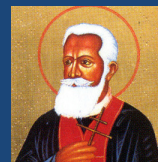




COLLEGIUM HUMANUM
VARŠAVSKÁ UNIVERZITA MANAŽMENTU



ZBORNÍK z VI. Medzinárodnej vedeckej konferencie

ZDRAVOTNO-SOCIÁLNE
A OŠETROVATEĽSKÉ ASPEKTY CIVILIZAČNÝCH OCHORENÍ



COLLEGIUM HUMANUM
WARSAW MANAGEMENT UNIVERSITY



ZBORNÍK

z VI. Medzinárodnej vedeckej konferencie

**ZDRAVOTNO-SOCIÁLNE A OŠETROVATEĽSKÉ
ASPEKTY CIVILIZAČNÝCH OCHORENÍ**

Peter Vansač, Pavel Czarnecki, Mária Popovičová, (Eds.)

ZBORNÍK

z VI. Medzinárodnej vedeckej konferencie

***ZDRAVOTNO-SOCIÁLNE A OŠETROVATEĽSKÉ
ASPEKTY CIVILIZAČNÝCH OCHORENÍ***

Michalovce 15. november 2019

Warszawa 2020

Editori

prof. ThDr. Peter Vansač, PhD, mim. prof.
Dr h. c. prof. ThLic. PhDr. Pavel Czarnecki, PhD., MBA
doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Recenzenti:

doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.
Assoc. Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.
doc. MUDr. Mária Avdičová, PhD.
doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
PhDr. Petr Snopek, PhD., DiS.

Vydavateľstvo:

Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska
ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa, Polska
www.humanum.pl

Grafická úprava: doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Tlač: PrintMedia reklamná agentúra Michalovce

Rok vydania: 2020

Počet strán: 309

Náklad: 100 ks

ISBN: 978-83-952951-3-3

Zborník neprešiel jazykovou úpravou.

OBSAH

| | |
|---|----|
| <i>Babečka J., Gulášová I.</i> PREVENCIA A PROFYLAXIA HIV INFEKcie | 9 |
| <i>Babejová A., Konečná M., Sovičová A., Čolláková I., Sedlák V., Bernasovská J., Poráčová J.</i> SOMATICKÝ VÝVIN ADOLESCENTNÝCH DIEVČAT | 16 |
| <i>Barkasi D., Murgová A.</i> PROSOCIÁLNE TENDENCIE U BUDÚCICH POMÁHAJÚCICH PROFESIONÁLOV | 23 |
| <i>Belovičová M., Popovičová M., Barkasi D., Nemčíková M., Balážová I., Murgová A., Gulašová M., Vansáč P.</i> HEPATITIDA C VO VYBRANÝCH RESOCIALIZAČNÝCH ZARIADENIACH REGIÓNU VÝCHODNÉHO SLOVENSKA | 31 |
| <i>Blažiček P.</i> NEBEZPEČIE INTERFERENCIE NUTRIČNÝCH DOPLNKOV PRI ANALÝZACH V BIOCHEMICKOM LABORATÓRIU | 37 |
| <i>Demčáková E., Moravcová M.</i> ETICKÝ PRÍSTUP AKO ZÁKLAD POMÁHAJÚCICH PROFESII | 40 |
| <i>Fajčáková E.</i> POSTOJ ČLOVEKA K ZOMIERANIU A SMRTI V 21. STOROČÍ | 49 |
| <i>Gállová A.</i> SÚČASNÉ KOMPETENCIE SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB | 63 |
| <i>Gulášová I., Babečka J.</i> OŠETROVATELSKÁ STAROSTLIVOSŤ V KOMUNITE O PACIENTOV S PORUCHOU TRÁVENIA | 72 |
| <i>Gulášová, I., Babečka J.</i> POZITÍVA A NEGATÍVA RÓMSKEJ KULTÚRY VO VZŤAHU K ZDRAVIU | 80 |
| <i>Gulášová M.</i> SPRÁVAME SA K SVOJMU ZDRAVIU AKO DOSPELÍ? | 87 |

| | |
|--|------------|
| <i>Hanobik F.</i> | |
| VPLYV RODINNÉHO PROSTREDIA NA SOCIALIZÁCIU RÓMSKYCH DETÍ..... | 91 |
| <i>Hrindová T.</i> | |
| UPLATNENIE OŠETROVATEĽSTVA V PRIMÁRNEJ PREVENCII | |
| DUŠEVNÝCH PORÚCH..... | 112 |
| <i>Hudáková T., Popovičová M.</i> | |
| EXTRÉMNE OBÉZNY PACIENT NA INTENZÍVNOM ODDELENÍ | |
| Z HĽADISKA OŠETROVATEĽSKÉHO PRÍSTUPU..... | 117 |
| <i>Cholewa J., Cholewa J.</i> | |
| HEALTH RELATED PHYSICAL ACTIVITY FOR PEOPLE WITH | |
| PARKINSON'S DISEASE..... | 125 |
| <i>Kačmariková M., Jurašková J.</i> | |
| ALTERNATÍVNE STRAVOVANIE – KRABIČKOVÉ DIÉTY..... | 131 |
| <i>Kilíková M., Nemčoková A.</i> | |
| KVALITA ŽIVOTA ŽIEN S ONKOGYNEKOLOGICKÝM OCHORENÍM..... | 137 |
| <i>Kilíková M., Nemčoková A.</i> | |
| VPLYV POSKYTOVANEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI | |
| NA SPOKOJNOŠŤ PACIENTOV V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH..... | 142 |
| <i>Kimáková T., Issa M., Nasser B., Uher I., Schuster J.</i> | |
| VYBRANÉ ASPEKTY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU V PREVENCII | |
| CHRONICKÝCH NEINFEKČNÝCH OCHORENÍ..... | 155 |
| <i>Konečná M., Poráčová J., Miklošová A., Gogaľová Z., Sedlák V., Babejová A., Mydlárová</i> | |
| <i>Blaščáková M., Majherová M., Avuková A., Vašková H.</i> | |
| BIOCHEMICKÉ ASPEKTY OCHORENIA DIABETES MELLITUS 2 TYPU..... | 161 |
| <i>Lukáčová S., Paľun M.</i> | |
| SLUŽBY AGENTÚRY DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI..... | 168 |
| <i>Manková M., Lišuchová O.</i> | |
| STRATÉGIE V OBLASTI VÝŽIVY VO VZŤAHU K PREVENCII OBEZITY..... | 176 |
| <i>Málková I.</i> | |
| MOŽNOSTI VYUŽITÍ AKTIVIT STOBUV PRAXI LÉKAŘŮ | |
| A NUTRIČNÍCH TERAPEUTŮ..... | 184 |

| | |
|---|------------|
| <i>Murgová A.</i> CHRONICKÁ OBŠTRUKČNÁ CHOROBA PLŮC V KONTEXTE SEKUNDÁRNEJ PREVENCIE..... | 193 |
| <i>Mydlárová Blaščáková M., Tomková Z., Poráčová J., Petrejčíková E., Avuková A., Sedlák V., Zigová M., Tomková S., Konečná M.</i> BIOCHEMICKÉ MARKERY A DENZITOMETRICKÉ PARAMETRE OSTEOPORÓZY U POSTMENOPUZÁLNYCH ŽIEN..... | 203 |
| <i>Myronyuk I., Dub M.</i> APPLICATION OF INTEGRATED PROGRAMMES ON PHYSICAL REHABILITATION TO THE FEMALE STUDENTS WITH OBESITY AND RISK OF METABOLIC SYNDROME..... | 211 |
| <i>Myronyuk I., Huzak O.</i> STUDY OF MUSCLE-SKELETON SYSTEM DISORDER IN YOUNG SPORTSMEN IN VARIOUS SPORTS ACTIVITIES..... | 215 |
| <i>Nemčíková M., Murgová A.</i> OŠETROVATEĽSTVO AKO DOLEŽITÝ FAKTOR V PREVENCII OBEZITY MLÁDEŽE..... | 218 |
| <i>Petrejčíková E., Šebaljšová L., Mydlárová Blaščáková M., Zigová M., Avuková A., Boroňová I., Bernasovská J., Poráčová J.</i> SLEDOVANIE POZITÍVNYCH ÚČINKOV 24 HODINOVÉHO HLADOVANIA NA VYBRANÉ BIOCHEMICKÉ A FYZIOLOGICKÉ PARAMETRE..... | 235 |
| <i>Popovičová M.</i> PODIEL OŠETROVATEĽSTVA V PREVENCII DIABETICKEJ RETINOPATIE..... | 245 |
| <i>Rónayová I., Dimunová L.</i> VÝZNAM EDUKÁCIE V PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ..... | 256 |
| <i>Sedlák V., Poráčová J., Kováčová V., Gogaľová Z., Konečná M., Mydlárová Blaščáková M., Babejšová A., Vaškova H., Avuková A., Majherová M.</i> STANOVENIE ZÁKLADNÝCH BIOCHEMICKÝCH MARKEROV V PREDIKTÍVNEJ DIAGNOSTIKE KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ..... | 265 |
| <i>Sivčo P., Melichová J., Plančíková D., Carsten W., Majdan M.</i> PRÍSTUPY V PRIMÁRNEJ PREVENCII DIABETES MELLITUS 2. TYPU V PRACOVNOM PROSTREDÍ..... | 271 |

Snopek P., Plisková B., Schneider M.

**ETICKÁ DILEMATA KLINICKÉ PRAXE STUDENTŮ
OŠETŘOVATELSTVÍ.....277**

Spivak A.

**ASSESSMENT OF THE NEED FOR REHABILITATION OF PATIENTS
AFTER URGENT SURGICAL INTERVENTIONS AT ORGANS
OF ABDOMEN.....282**

Ševčovičová A., Andraščíková L.

**POSTOJE RODIČOV - ZDRAVOTNÍKOV K OČKOVANIU PROTI
INFEKCI LUDSKÝM PAPILOMAVÍRUSOM.....286**

Vansač P.

**VPLYV ŽIVOTNÉHO PROSTREDIA NA CIVILIZAČNÉ
OCHORENIA V KONTEXTE ENCYKLIKY PÁPEŽA FRANTIŠKA
LAUDATO SI.....293**

Zigová M., Mydlárová Blaščáková M., Petrejčíková E., Bernasovská J.

**INDIKÁTORY ADIPOZITY VO VZŤAHU K ATEROGENÉZE
U PROBANDOV Z VÝCHODNÉHO SLOVENSKA.....300**

PREDSLOV

Pojem „civilizačné ochorenia“ sa v súčasnosti vzťahuje na chronické stavy, ktoré sú stále nejasného pôvodu a sú dominantné v industrializovaných spoločnostiach. Civilizačné ochorenia predstavujú skupinu chorôb, ktoré majú spoločné rizikové faktory ako výsledok dlhoročnej expozície nezdravému životnému štýlu, nezdravému stravovaniu, fajčeniu, nedostatku fyzickej aktivity a stresu. Problematika civilizačných ochorení je komplexným celospoločenským problémom. Z hľadiska príčin smrti zaberajú civilizačné ochorenia v slovenskej populácii dominantné miesto. Z tohto dôvodu je potrebné na túto tému diskutovať na vedeckej odbornej úrovni a poznatky prenášať do bežného života.

Príspevky uvedené v zborníku boli prednesené na VI. Medzinárodnej vedeckej konferenciiiv Michalovciach 15. novembra 2019. Téma konferencie bola „*Zdravotno-sociálne a ošetrovateľské aspekty civilizačných ochorení.*“

Jednotliví prednášajúci a prispievatelia do zborníka modifikovali tému konferencie z oblastí medicíny, verejného zdravotníctva, ošetrovateľstva, sociálnej práce, psychológie, ekológie a spirituality.

V uvedenom zborníku najviac rezonujú témy, ktoré sa týkajú:

- ♣ ochorení súčasnej generácie a to predovšetkým diabetes mellitus, kardiovaskulárne ochorenia, obezita, hepatitída C, duševné poruchy,
- ♣ prevencie obezity, kardiovaskulárnych ochorení, diabetes mellitus,
- ♣ saturácie spirituálnych potrieb,
- ♣ etického prístupu ku pacientom/klientom.

V 1. informácii a v programe sme uviedli, že konferencia je určená pre: všeobecných lekárov, internistov, kardiológov, diabetológov, hepatológov, nutričných terapeutov, sestry, sociálnych pracovníkov, psychológov, psychiatrov, vedeckých pracovníkov, výchovných poradcov, teológov a študentov.

Vyššie uvedení odborníci môžu účinne ovplyvňovať životný štýl pacientov/klientov. Ak je človek považovaný za celok, myšlienky, perspektívy a postupy priamo ovplyvňujú jeho telo a dušu a vplývajú na jeho zdravie.

Jednotlivé príspevky uvádzame bez abstraktov, nakoľko abstrakty sme publikovali v samostatnom zborníku. Odbornej verejnosti a študentom želám aby pri čítaní jednotlivých príspevkov načerpali inšpirácie pre písanie vedeckých a odborných prác.

Peter Vansač

PREVENCIA A PROFYLAXIA HIV INFEKČIE

Prevention and prophylaxis of HIV infection

Babečka J., Gulášová I.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, SK^{1,2}

Úvod

HIV infekcia a AIDS ochorenie sa dá označiť za stále nový fenomén, s ktorým sa v 21. storočí stretávame čoraz častejšie. Rozšíreným mýtom vo všeobecnej populácii je, že HIV a AIDS je problémom homosexuálov alebo, že sa týka krajín tretieho sveta. HIV a AIDS predstavuje pre nás a tiež pre celý svet veľké nebezpečenstvo, o ktorom treba diskutovať a riešiť ho.

História HIV

Najstarší zo zdokumentovaných prípadov infekcie vírusom HIV je z roku 1959 z mesta Leopoldville v Kongu – tzv. pacient nula. Vírus bol zachovaný v krvnej vzorke pacienta, len sa nevie, či sa niekedy vírus prejavil a rozvinul v AIDS a či na AIDS aj zomrel. V tom istom roku boli zachytené zvláštne príznaky u 25 ročného britského námorníka a to dýchavičnosť, kožné lézie fialovej farby, rýchla strata hmotnosti, extrémna únava, nočné potenie a horúčky. Po jeho smrti na pitve sa zistil zápal pľúc *Pneumocystis carinii*. O 31 rokov neskôr vykonali na jeho odložených tkanivách HIV testy, ktoré boli pozitívne. V minulosti sa objavovali názory, že ľudia nie sú chorí či infikovaní, ale že existujú rizikové skupiny typu muži homosexuáli či drogovovo závislé osoby, ktoré sú zdrojom nákazy pre spoločnosť. Dnes s takýmito názormi už nesúhlasíme, no kedysi to bol fakt (Jilich, 2014).

Epidemiológia HIV

Pandémia postihuje ľudí, ktorí sú vo veku najvyššej sexuálnej aktivity, sú ekonomicky najviac aktívni a produktívni. HIV predstavuje celosvetový a tiež celospoločenský problém. Dotknuté sú všetky štáty vo svete, jednotlivci, rodiny, komunity (Jilich, 2014). Podľa WHO žilo na konci roka 2016 na svete asi 36,7 miliónov ľudí s HIV vírusom, z tohto počtu bolo približne 1,8 milióna novo-infikovaných osôb. Najviac postihnutý je región africký. Zaznamenaný bol približne 1 milión úmrtí na AIDS. Antiretrovírusová liečba bola v roku 2014 zabezpečená u 54 % dospelých ľudí a 43 % detí s vírusom HIV. V 51 krajinách EÚ a Európskeho hospodárskeho priestoru bolo v roku 2014 novo diagnostikovaných 29444 nových prípadov HIV a 3628 prípadov AIDS. Najviac nových prípadov HIV infekcie bolo hlásených z krajín Lotyšsko, Estónsko a Malta. Najvyšší podiel infekcií majú muži majúci sex s mužmi – 40 % a heterosexuálny prenos je druhý najčastejší spôsob prenosu infekcie HIV – 32 % (WHO, 2017). SR patrí k členským štátom EÚ s najnižšou incidenciou HIV infekcie. V poslednom desaťročí pozorujeme u nás vzostupný trend vo výskyte nových prípadov HIV infekcie a rýchlo stúpa aj počet ľudí žijúcich s HIV infekciou. Od roku 1985, kedy sa zaviedlo sledovanie nákazy HIV/AIDS na Slovensku do 31.12.2017, bolo registrovaných občanov SR i cudzincov spolu 970 infekcií vírusom HIV. Občanov SR bolo počtom 822, z toho 725 mužov

a 97 žien. Z celkového počtu 970 osôb u 104 osôb, 91 mužov a 13 žien, prešla HIV infekcia do štádia AIDS. Zaznamenaných bolo 65 úmrtí HIV osôb, 49 v štádiu AIDS. HIV infekcia bola v SR zaznamenaná hlavne v skupine mužov, ktorí majú sex s mužmi. Získanie nákazy homosexuálnym stykom bolo v 64,1 % prípadov, heterosexuálnym stykom 23,0 %, injekčným užívaním drog 2,0 %, transfúziou krvi 0,1,% a v 10,0 % prípadov nebol spôsob prenosu stanovený. Najviac HIV pozitívnych ľudí žije vo väčších mestách, na Slovensku je to v Bratislavskom kraji (ÚVZ SR, 2018).

Klinický obraz HIV

Priebeh HIV infekcie sa odlišuje v jednotlivých fázach ochorenia. Podľa WHO rozdeľujeme HIV infekciu do štyroch štádií.

Prvé štádium - primárna akútna infekcia, ktorá trvá asi jeden až dva týždne, kde sa vírus HIV snaží dostať do CD4 buniek. V tomto štádiu sa môžu, ale aj nemusia vyskytnúť príznaky, ktoré sú podobné chrípke napr. : zvýšená teplota až horúčka, zdurené uzliny, nočné potenie, triaška, slabosť. Asi 20 % chorých navštívi lekára, ktorý pri týchto príznakoch nemá podozrenie na HIV infekciu. Testy na protilátky HIV nepotvrdia ešte infekciu, pretože organizmus ešte nemá vytvorené protilátky, hovoríme o „falošne negatívnom“ výsledku

Druhé štádium – asymptomatické, bezpríznakové štádium, trvá 8 – 12 rokov. Toto štádium nenaznačuje, že je človek chorý, s výnimkou zdurených lymfatických uzlín. HIV vírus sa prebudí, snaží sa dostať do väčšiny ľudských buniek. Stále sa rozmnožuje a preniká ďalej do organizmu. Pacienti, ktorí už vedia, že sú chorí, sú v starostlivosti lekára infektológa a ten sleduje počet CD4 lymfocytov a vírusovú záťaž. Tie zohrávajú dôležitú úlohu pri nasadení ART liečby. Vďaka tejto liečbe oddiaľujeme samotné ochorenie AIDS.

Tretie štádium – symptomatické, príznakové štádium je, kde je imunitný systém dlhodobo vystavený vírusu HIV. Pacienti začínajú pociťovať prvé príznaky infekcie HIV napr.: úbytok na váhe, nočné potenie, infekcie kože, herpetické ochorenia. Štádium trvá rôzne dlho, ovplyvňuje ho mnoho faktorov ako je rýchlosť množenia vírusu HIV, či chorý má zahájenú liečbu alebo sa len teraz dozvedel o infekcii. Priemerná doba trvania príznakového štádia je 5 – 7 rokov. V tomto štádiu sa začínajú prejavovať oportúnne, pridružené infekcie.

Štvrté štádium – neskoré je štádium AIDS. Tu je imunitný systém vážne poškodený. Syndróm AIDS sa skladá z viacerých zdravotných problémov. Diagnostikuje sa podľa samostatných kritérií, počet CD4 lymfocytov, hodnota vírusovej záťaže, ktorá je veľmi vysoká alebo prítomnosť jednej alebo viacerých oportúnnych infekcií. Niektorí pacienti aj po nasadení liečby sú stále vystavení vysokému riziku oportúnnych infekcií. Platí, že všetci pacienti s AIDS majú počas prvých 6 mesiacov ART liečby relatívne vysoké riziko oportúnnych infekcií (Jilich, 2014).

Diagnostika HIV

Diagnostika vírusu HIV sa vykonáva dôkazom špecifických protilátok. Skriningová skúška je založená na princípe enzýmovej imunoanalýzy. Reaktívne nálezy sa potvrdzujú konfirmačnými testami, ktoré sa vyšetrujú v NRC pre prevenciu HIV/AIDS v Bratislave. Vyšetrenie HIV protilátok sa robí pred každou operáciou, gravidným ženám a sú prístupné každému nášmu občanovi. Testovanie hradí príslušná zdravotná poisťovňa, okrem tých osôb, ktoré cestujú do zahraničia a ten, ktorý štát si to vyžaduje. Vyšetrenie je dôverné, dá sa urobiť

aj anonymne. Vyšetrenie môže urobiť obvodný lekár, ÚVZSR a NRC pre prevenciu HIV/AIDS. Vyšetrenie HIV protilátok sa robí u každého darcu krvi, plazmy, kostnej drene, orgánov, tkanív, materského mlieka a spermy. Na laboratórnu diagnostiku HIV protilátok sa používajú dve základné metodiky: priamy a nepriamy dôkaz pôvodcu ochorenia. Falošne pozitívny výsledok sa opakovane vyšetruje. K sérokonverzii z negativity do positivity dochádza v priebehu 22 dní (Jilich, 2014).

Terapia HIV

Vírus HIV sa dá liečiť, ale nedá sa vyliečiť. Základnou liečbou je antiretrovírusová liečba, HIV chemoterapia a liečba oportúnnych infekcií, rovnako starostlivosť o správnu výživu a zdravú životosprávu. Pri nakazení vírusom HIV počet CD4 klesá (norma 600 – 1200/mm³). Naopak hladina HIV RNA stúpa z nedetekovateľnej hranice na státisíce až milióny kópii/mm³. Do nedávna boli indikácie na antiretrovírusovú liečbu nasledovné:

- a) akútna HIV infekcia,
- b) infekcia v štádiu AIDS,
- c) symptomaticky aj asymptomatically prebiehajúca infekcia HIV pri poklese CD4 pod 350 buniek / mm³ alebo pri hladine HIV RNA viac ako 100 000 kópii / mm³,
- d) postexpozičná profylaxia.

Štúdia zmenili tieto fakty, s liečbou je potrebné začať u každého pacienta, aj s normálnou hodnotou vírusovej záťaž a imunitou. V súčasnosti sa používa kombinácia dvoch alebo troch rozdielnych liekov na HIV – HAART alebo aj cART . Každý užívaný liek kombinovanej liečbe má za dôležitú úlohu zasahovať v inom štádiu života vírusu. ART dramaticky zmenila priebeh HIV infekcie, pretransformovala toto ochorenie od takmer istej smrti do chronického ochorenia (Jilich, 2014).

Cieľom ART liečby je udržať kontrolu nad HIV, poskytnúť pacientom lepšiu kvalitu života, spomaliť progresiu ochorenia, znížiť výskyt oportúnnych infekcií, zvýšiť počet CD4 buniek a tiež znížiť vírusovú nálož.

Prameň infekcie HIV

Zdrojom nákazy je zdanlivo zdravý, ale infikovaný človek vírusom HIV. Vírus sa prenáša infekčnými telesnými tekutinami, v ktorých sa vírus nachádza v infikovaných bunkách prítomných v materiáli. Faktorom prenosu je krv, spermie, vaginálny sekrét, materské mlieko. V zanedbateľnom množstve je vírus HIV prítomný v slinách, slzách a v tekutine v pľuzgieroch. Vírus HIV nie je prítomný v moči, stolici, zvratkoch a v pote. Vírus sa prenáša iba z človeka na človeka (Hamplová, 2015).

Prenos infekcie HIV

Vírus infekcie HIV sa prenáša tromi spôsobmi a to sexuálnym pohlavným stykom, krvou a krvnými derivátmi a vertikálnym prenosom z matky na dieťa.

Sexualita je základnou ľudskou potrebou. Prenos vírusu môže byť spôsobený homosexuálnym alebo heterosexuálnym stykom. Najvyššie percento tvorí homosexuálny styk. Prenos spôsobujú spermie, vaginálne výlučky a v prípade raniek tiež krv. K najrizikovejším praktikám prenosu HIV patrí nechránený análny sex, k rizikovým praktikám nechránený vaginálny sex a najnižšie riziko prenosu predstavuje nechránený orálny sex. V

heterosexuálnom styku je vyššie riziko nákazy HIV z muža na ženu ako opačne. Riziko prenosu vírusu HIV sa zvyšuje pri vysokej vírusovej náloži HIV pozitívneho partnera, inými pohlavnými ochoreniami ako je lues alebo kvapavka a tiež počtom sexuálnych stykov. Medzi pozitívnymi pacientmi sú aj takí, ktorí sa nakazili behom jedného pohlavného styku s HIV osobou (Konvalinka, 2011).

Ďalší spomínaný prenos vírusu HIV môžeme rozdeliť na prenos transfúziou infekčnej krvi a krvnými derivátmi a prenos HIV vírusu medzi drogovu závislými osobami. Prenos HIV infekcie transfúziou je dnes veľmi vzácny, pretože je zavedené vyšetovanie darcov krvi. Na Slovensku máme jedného pacienta, ktorý bol nakazený transfúziou krvi v roku 1986. Prenos nákazy HIV u drogovu závislých osôb patrí medzi najpravdepodobnejšiu cestu nákazy od iného HIV pozitívneho pri používaní rovnakej ihly. Po použití ihly nakazenou osobou, zostanú v striekačke kvapky krvi, ktoré si vstrekuje zdravá osoba do vlastnej žily a nakazí sa (Jilich, 2014).

Vertikálny prenos vírusu HIV môže nastať v priebehu gravidity, behom pôrodu alebo pri kojení. Počas pôrodu sa môže vírus na dieťa preniesť krvou matky, ale aj vaginálnymi sekrétmi. Gravidná žena rodí na Slovensku sekciou. HIV pozitívna matka nesmie dieťa koiť a darovať materské mlieko. Novonarodenému dieťaťu je hneď po pôrode vyšetrená krv na protilátky HIV v laboratórií NRC pre prevenciu HIV/AIDS. Dieťa je v dispenzarizácii do dvoch rokov života resp. 18 mesiacov (Šuvada, 2010). Matka chodí s dieťaťom každé tri mesiace na odbery. V centre pre liečbu HIV/AIDS v Bratislave bolo sledovaných 21 detí HIV pozitívnych matiek (Szilágyiová, 2010).

Profylaxia voči HIV

Zdravotnícky pracovník sa môže pri výkone svojho povolania nakaziť vírusom HIV. Najčastejšie to býva injekčnými ihlami. Pokiaľ sú dodržané určité bezpečnostné pravidlá, pri práci sa používajú ochranné pomôcky, riziko prenosu je prakticky nulové. Ak sa zdravotnícky pracovník poraní, musia byť dodržané určité postupy:

- a) ranu necháme samovoľne krváčať,
- b) postihnuté miesto dezinfikujeme,
- c) zahájime kombinovanú ART liečbu.

Táto postexpozičná profylaxia trvá 28 dní a začína sa s ňou až po úvodnom vylúčení prítomnosti infekcie v krvi vyšetrením protilátok a antigénu p24. Pre tento účel sa dnes používajú aj tzv. RDTs – rýchle diagnostické testy. Až po negatívnom výsledku vyšetrenia sa indikuje postexpozičná profylaxia, ktorá sa má začať čím skôr po expozícii, ideálne do 4á hodín, najneskôr však do 72 hodín od expozície. Vyšetrenie sérologie sa opakuje každé tri mesiace do jedného roka od udalosti expozície. Počas ožívania samotnej postexpozičnej profylaxie sa v pravidelných intervaloch sledujú parametre možnej toxicity podávaných liečiv a vyšetrujú sa okrem klinického vyšetrenia aj niektoré biochemické a hematologické parametre. Všetko musí byť zdokumentované v zdravotnej dokumentácii. Lieky hradí v celej výške zdravotná poisťovňa.

Prevenca pred HIV

Prevenca je súbor opatrení, ktoré majú zabrániť nežiadúcim udalostiam. Delí sa na primárnu, kde cieľom je zabrániť prenosu infekcie HIV napr. zdravotnou výchovou žiakov na základných a stredných školách, výmena injekčných striekačiek a ihliel u osôb drogovovo závislých, sekundárnu, uplatňuje sa už u infikovaných HIV vírusom, ktorí nevedome už nerozširujú vírus HIV a terciárnu, pacienti dodržiavajú liečbu, pravidelne chodia na kontroly a tým majú šancu prežiť kvalitný život. Národný program prevencie HIV/AIDS v SR na roky 2017 – 2020 zohľadňuje odporúčania WHO a UNAIDS. Základným cieľom zostáva obmedzovať šírenie vírusu HIV v SR a zmierňovať dopady nákazy HIV v tých častiach spoločnosti, ktorých sa to týka. Všetky aktivity musia byť založené na princípe ochrany ľudských práv, uplatňovania vedeckých poznatkov, rešpektovania národnej koordinácie a zmysluplného zapojenia občianskej spoločnosti a mimovládnych organizácií v oblasti boja proti HIV/AIDS (ÚVZ SR, 2017). Národný program prevencie HIV/AIDS v SR na roky 2017 – 2020, ktorý uviedol ÚVZ SR, sa zameriava na nasledovné strategické ciele :

1. Znížiť riziko vzniku a šírenia HIV infekcie

Prevenca sexuálneho prenosu HIV:

- a) podpora aktivít k vernosti a sexuálnej abstinencii,
- b) podpora aktivít bezpečnejšieho sexu,
- c) ochrana pred prenosnými infekciami,
- d) zabezpečenie dostupnosti prezervatívov,
- e) zabezpečenie zdravotnej starostlivosti u osôb s pohlavne prenosnými ochoreniami,
- f) zabezpečenie preventívnych aktivít medzi mladými ľuďmi a ľuďmi v rizikových situáciách,
- g) podpora programov zameraných na sexuálne zdravie,
- h) zabezpečenie dostupného, dobrovoľného poradenstva,
- i) testovanie na HIV protilátky u všetkých občanov SR,
- j) poskytovanie možnosti ART pre osoby s HIV,
- k) poskytovanie post – expozičnej profylaxie.

Prevenca prenosu HIV krvou:

- a) zabezpečenie zariadení bezpečnou krvou, krvných derivátov a účelné,
- b) používanie transfúzných prípravkov,
- c) zabezpečenie aseptických podmienok,
- d) podpora opatrení pred infekciou HIV u osôb aplikujúcich si drogy injekčne,
- e) podpora predaja injekčných striekačiek,
- f) zabezpečenie poradenstva, testovania HIV protilátok u osôb aplikujúcich si drogy injekčne,
- g) zabezpečenie dostupnosti liečby pre všetkých užívateľov drog.

Prevenca vertikálneho prenosu infekcie HIV:

- a) poskytovanie informácií ženám o prevencii HIV infekcie,
- b) tehotné ženy testovať na HIV infekciu,
- c) podporiť programy na reprodukčné zdravie ľudí žijúcich s HIV,
- d) zabezpečenie gynekologickej zdravotnej starostlivosti a tiež pôrodnickej,
- e) zabezpečenie dostupnej ART liečby,
- f) starostlivosť o novorodencov matiek s HIV pozitivitou.

2. Znížiť nežiaduce následky, osobný a sociálny dopad HIV infekcie na jednotlivcov a spoločnosť

Zabezpečiť adekvátnu zdravotnú a sociálnu starostlivosť:

- a) zabezpečenie zdravotnej starostlivosti u ľudí žijúcich s HIV a AIDS,
- b) zabezpečenie psychosociálnej, psychologickkej a psychiatrickej starostlivosti u ľudí žijúcich s HIV,
- c) zabezpečenie zdravotnej starostlivosti o HIV pozitívnych s inými pohlavnými ochoreniami, vrátane TBC,
- d) zabezpečenie sociálnych služieb pre ľudí s HIV a AIDS.

Podporovať akcie a aktivity smerujúce ku zníženiu sociálnych a ekonomických dopadov infekcie HIV/AIDS na spoločnosť:

- a) zvyšovanie informovanosti populácie, aby nevznikli diskriminačné postoje,
- b) zabezpečenie, aby sa k HIV a AIDS pristupovalo ako k inému ochoreniu,
- c) hájiť práva ľudí žijúcich s HIV (ÚVZ SR, 2017).

Červená stužka

Červená stužka je medzinárodným symbolom solidarity s osobami, ktoré sú nakazené vírusom HIV alebo sú postihnuté ochorením AIDS. Červená farba je vybratá ako symbol krvi a života. 1. december je Svetový deň boja proti HIV a AIDS. Ľudia si tento deň pripínajú červenú stužku, aby tak vyjadrili svoj postoj k HIV a AIDS. Červená stužka vznikla v New Yorku v roku 1991. Vytvorili ju umelci z Vizuálneho AIDS klubu. Autori zostali v anonymite a vďaka tomu nevznikli nároky na autorské práva. Znak červenej stužky sa kopíruje zadarmo a nikto nemá zisk z používania červenej stužky. Kampaň je zameraná na mládež, na zvýšenie informovanosti o HIV a AIDS, na prevenciu závislostí a chorôb, ktoré sú spojené s uvedenou problematikou, na podporu prevencie, vzdelávania v oblasti obchodovania s ľuďmi. Červená stužka patrí aj ku kampani povedomia o HIV a AIDS medzi žiakmi a študentmi ZŠ a SŠ.

Výskyt HIV a AIDS v ČR a SR

Česká republika patrí ku krajinám z nízkym počtom HIV a AIDS osôb. HIV infekcia a ochorenie AIDS sa začali sledovať od roku 1985. Od obdobia zahájenia sledovania, to je od 1.10.1985 do 31.12.2017 bolo v ČR celkovo zistených 3160 HIV pozitívnych ľudí, z toho 2421 občanov ČR a 739 cudzincov. Z celkového počtu pozitívnych osôb bolo 2715 mužov a 445 žien. Z nich na AIDS ochorelo 590 osôb, 481 mužov a 109 žien. Z celkového počtu 3160 osôb zomrelo 398 pacientov, pričom 281 pacientov bolo v štádiu AIDS a 117 zomrelo z iných príčin. Tak ako ČR tak aj SR patrí ku krajinám z najnižším počtom HIV/AIDS osôb. Od roku 1985 do 31.10.2017 bolo v SR diagnostikovaných 970 pozitívnych ľudí, z toho 822 občanov SR a 148 cudzincov. Z 822 pozitívnych občanov SR bolo 725 mužov a 97 žien. Na AIDS ochorelo 104 osôb, 91 mužov a 13 žien. V štádiu AIDS zomrelo 49 osôb a 15 osôb zomrelo z iných príčin. Od roku 2013 do 31.10.2017 bolo najviac infikovaných ľudí v Bratislavskom kraji 139, potom nasledoval Nitriansky kraj počtom 64 osôb, ďalej Trnavský kraj 49 osôb, Žilinský kraj 34 osôb, Trenčiansky kraj 33 osôb, Banskobystrický kraj 25 osôb, Prešovský kraj 22 osôb a posledný kraj s najmenším výskytom HIV pozitívnych ľudí Košický kraj počtom 16 HIV pozitívnych ľudí.

Záver

Záverom môžeme konštatovať, že tak ako v ČR tak aj v SR má výskyt infekcie HIV stúpajúcu tendenciu počtom infikovaných ľudí. Na rozdiel od iných krajín, ČR aj SR stále patria ku krajinám s najmenším výskytom HIV infekcie a AIDS ochorením. HIV infekcia je chronická a zatiaľ stále nevyliciteľná. Kvalitná liečba, pochopenie a ľudský prístup rodiny, lekárov, či priateľovsa výrazne podieľa najmä na zložitom psychickom aspekte tohto ochorenia.

Zoznam použitej literatúry

- GALLAGHER, J. 2016. HIV Patient Zero cleared by science. BBC News Online. [online] [cit. 2018-05-10] Dostupné na: https://en.wikipedia.org/wiki/Ga%C3%ABtan_Dugas
- GYMNÁZIUM SV. FRANTIŠKA ASSISKÉHO V LEVOČI, 2018. [online] [cit. 2018-05-10] Dostupné na: <https://gsfalev.sk/clanok/cervene-stuzky/>
- HAMPLOVÁ, L. a kol. 2015. Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena. Praha: Triton. 264 s. ISBN 978-80-7387-934-1.
- JILICH, D. – KULÍŘOVÁ, V. a kol. 2014. Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství. Praha: Mladá Fronta a.s., 2014. 173 s. ISBN 978-80-204-3325-1.
- ROZSYPAL, H. 2001. AIDS. Praha: Maxdorf, 2001. 236 s. ISBN 978-80-8580-092-0. 69 SČK. 2017. Svetový deň boja proti AIDS.[online] [Cit.2018-05-10]. Dostupné na internete: http://www.redcross.sk/kampane/svetovy_den_boja_proti_aids_2017
- ŠUVADA, J. et al. 2010. HIV infekcia u detí a adolescentov. *Pediatrica : recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis*. ISSN 1336-863X. Roč. 5, č. 1 (2010), s. 20-25
- STANEKOVÁ, D. 2015. Infekcia HIV – stále aktuálny problém. In: *Dermatológia pre prax*. roč. 12. č. 6. s. 250 – 253. ISSN 1339-4241.
- SZILÁGYIOVÁ, M., ŠIMEKOVÁ, K. et al. 2010. *Infektológia pre prax*. Bratislava: Herba, 2010. 292 s. ISBN 978-820-89171-66-8. U.S. Department of Veterans Affairs, 2018. [online] [cit. 2018-05-10] Dostupné na: <https://www.hiv.va.gov/provider/image-library/toxoplasma-gondii.asp?post=1&slide=186>
- ÚVZ SR. 2018. WorldHealthOrganization.[online] [Cit.2018-05-10]. Dostupné na internete: http://www.uvzs.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1687%3
- ÚVZ SR. 2018. WorldHealthOrganization.[online] [Cit.2018-05-10]. Dostupné na internete:http://www.uvzs.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1687%3Awho--svetova-zdravotnicka-organizacia&catid=125%3Amedzinarodna-spolupracaaeu&Itemid=11

Kontakt: PhDr. Mgr. Jozef Babečka, PhD.

VŠ zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., P.O.BOX 104, 81001 Bratislava, SK
jozef.babecka@hotmail.com

SOMATICKÝ VÝVIN ADOLESCENTNÝCH DIEVČAT

Somatic development of adolescent girls

Babejová A.¹, Konečná M.¹, Sovičová A.², Čolláková I.¹, Sedlák V.¹, Bernasovská J.¹,
Poráčová J.¹

Prešovská univerzita v Prešove, fakulta humanitných a prírodných vied, katedra biológie

Úvod

Pojem adolescencia je odvodený z latinského slova “*adolescere*” čo znamená dorastať, dospievať, mohutnieť. Adolescencia je mostom medzi pubertou a dospelosťou. (Pánková 2012). Toto vývojové obdobie označuje relatívne dlhé časové obdobie dospievania, vyplňuje prechodné obdobie medzi detstvom a dospelosťou, kedy prebieha premena dieťaťa v dospelého jedinca. Zvyčajne trvá približne od 15 do 20 rokov života (Macek 2003).

Na rozdiel od puberty je rast pomalší, plynulejší. Telesné a psychické dospievanie sa nemusí časovo zhodovať. Telesné premeny sú súčasťou pohlavného dospievania. Negatívne pocity u dospievajúcich môžu byť následkom toho, že telesný vývin predbieha psychický. To sa dotýka najmä dievčat, pretože v priemere dospievajú skôr ako chlapci (Tomšík 2013). Pocit sociálnej akceptácie, prestíže a sebavedomia získavajú adolescenti spokojní so svojim zovňajškom a naopak handicapovaní esteticky alebo funkčne zvyknú byť neistí a negatívne sa hodnotia. Oceňovanie vlastného zovňajšku je ovplyvnené sociálnym prostredím, ale aj “módnyimi” normami a stereotypmi. Fyzická atraktivita je vysoko cenená a slúži ako opora sebavedomia (Pánková 2012).

Mladý človek je v tomto vývinovom období veľmi senzitívny a často veľmi rázne vyjadruje svoje myšlienky, stanoviská, idey a názory. Jeho úsudok je často skreslený subjektívnym vnímaním a emočnou stránkou – hnevom, smútkom, radosťou. Situácie rieši radikálne, uprednostňuje zásadné a rýchle riešenia vedúce k istote a kompromisy berie skôr ako nežiaduce (Šulganová 2009). Komunikácia, verbálna aj neverbálna sa rozvíjajú paralelne. Hlavnou úlohou adolescentov je vymaniť sa z vplyvu rodičov. Okruh známych sa zväčšuje a uzatvára sa skupina priateľov (Šútovec a kol. 1994).

V období dospievania sa telo človeka mení, rastie a preto potrebuje prijať viac energie vo forme stravy. Často sa však mladí stravujú nesprávne a nepravidelne v dôsledku čoho môžu trpieť nedostatkom živín. Avšak kvantita a kvalita priamo ovplyvňuje emočné stavy, efektivitu učenia, psychickú pohotovosť a výkonnosť (Jakušová a Dostál 2006).

Stravovacie návyky dieťaťa výrazne ovplyvňujú jeho rodičia, hlavne matka. Deti majú tendenciu kopírovať stravovacie návyky, negatívne aj pozitívne, svojich rodičov – držanie diét, odmietanie určitého jedla, pravidelnosť prijímania potravy. Výsledky výskumov dokazujú, že dievčatá, ktoré sa prejedali, vnímajú rodinné prostredie ako negatívne. Okrem uvedeného má stravovanie v rodine vplyv na telesné zdravie a duševné zdravie adolescenta, na jeho sebaúctu a hodnotenie jeho vlastného tela (Miertová 2011).

Adolescencia je obdobie keď má človek problém prijať svoje telo, s ktorým nie je vždy spokojný. Nie je preto fenoménom, že dievčatá sa snažia vylepšiť svoj vzhľad držaním rôznych diét. Opačný extrém je obezita. V súčasnosti trpí obezitou 15 miliónov detí a adolescentov (Vadovičová a Fatrcová-Šramková 2011). Jej dôvodom je nielen zvýšená

energetická hodnota a cukor, ale aj vysoké množstvo tuku v potrave, nedostatok pohybovej aktivity a stres. Nadváha predstavuje problém pri získavaní nových kontaktov a vzťahov (Polešenská 2013).

Väčšina mladých ľudí si uvedomuje, aké riziká prináša užívanie drog - fajčenie, no i napriek tomu podceňujú škodlivosť jeho vplyvu na svoje zdravie. Křivohlavý (2001) uvádza, že prvotným dôvodom k fajčeniu je vplyv druhých ľudí okolo. Štart fajčenia býva preto označovaný aj ako sociálna nákazlivosť – sociálne ovplyvnenie zrodu rizikového správania. Fajčenie cigariet považuje mnoho mladých ľudí za moderné, chcú vyniknúť v kolektíve alebo sa dajú zlákať zlým príkladom dospelých (Polešenská 2013).

Cieľ výskumu

Cieľom štúdie bolo poskytnúť pohľad do života adolescentných dievčat a spracovať prehľad špecifik tohto obdobia.

Na základe antropometrických meraní telesnej výšky (cm), hmotnosti (kg) a rozloženia tukového tkaniva zistiť možný výskyt nadváhy a obezity dievčat v tomto veku. Dotazníkovou metódou sme zisťovali, aká je životospráva dievčat. Popísali sme úroveň vzťahov k rodičom, rovesníkom a získali sme informácie o užívaní resp. neužívaní drog – fajčenie.

Charakteristika súboru a metodika

Do štúdie bolo zahrnutých 86 adolescentných dievčat prvého a druhého ročníka Strednej zdravotníckej školy v Prešove vo veku 15 - 16 rokov. Výskum bol realizovaný dotazníkovou metódou, ktorá sa uskutočnila anonymne. V dotazníku sme sa zamerali na otázky týkajúce fajčenia, dĺžky nočného spánku, vyhodnotenia vzťahu s rodičmi a možnosti obrátiť sa na niekoho v prípade, ak majú nejaký problém.

Antropometrickým meraním bola zistená – telesná hmotnosť, výška a percentuálne rozloženie tuku. Na meranie telesného tuku sme použili tukomer OMRON BF 306, ktorý pracuje na princípe bioimpedančnej metódy. Svaly, cievy a kosti sú telesné tkanivá s vysokým obsahom vody a sú elektricky vodivé. Naopak telesný tuk má nízku elektrickú vodivosť. Nameraná vodivosť telesného tkaniva sa s pomocou špeciálneho algoritmu prevedie na výslednú hodnotu. Jedným z dôležitých ukazovateľov, ktorý odmeria tukomer je hodnota viscerálneho tuku. BMI index bol vypočítaný na základe telesnej výšky a telesnej hmotnosti respondentov podľa špeciálne stanovených percentilových grafov pre BMI index detí a adolescentov.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

V skúmanom súbore 86 respondentov- dievčat vo veku 15-16 rokov pri výpočte percentilu BMI indexu pre adolescentov sme zistili, že 7% respondentiek trpí obezitou, nadmernou hmotnosťou 4,6%, normálnou hmotnosťou 45,35% adolescentných dievčat, zníženou hmotnosťou 19,8% a 5,81 % respondentiek trpí nízkou hmotnosťou. Hodnotu BMI indexu a počet respondentov uvádza tabuľka 1.

Tab.1: Percentuálne zastúpenie probandov podľa hodnoty BMI indexu

| Kategórie BMI | Počet | Percentá |
|--|-------|----------|
| <i>veľmi nízka hmotnosť</i> (<3. percentil) | 5 | 5,81% |
| <i>znižovaná hmotnosť</i> (3.- 25. percentil) | 17 | 19,80% |
| <i>norma</i> (25.–75. percentil) | 39 | 45,35% |
| <i>zvýšená hmotnosť</i> (75.–90. percentil) | 15 | 17,44% |
| <i>nadhmotnosť</i> (90.–97. percentil) | 4 | 4,60% |
| <i>obezita</i> (>97. percentil) | 6 | 7% |

Pri meraní množstva tuku sme detegovali normálnu hladinu u 50 % respondentov, nízku hladinu malo u 23,25% a zvýšenú hladinu sme zaznamenali u 26,74% probandov. Tabuľka 2 uvádza percentuálne zastúpenie respondentov v závislosti od hladiny tukov v tele.

Tab. 2: Percentuálne zastúpenie respondentov v jednotlivých kategóriách v závislosti od hladiny tuku

| | Počet | Percentá |
|---|-------|----------|
| <i>nízkepercento tuku v tele</i> 5-25% | 20 | 23,25% |
| <i>normálna hodnota tuku v tele</i> 25-30% | 43 | 0,50% |
| <i>zvýšená hodnota tuku v tele</i> >35% | 23 | 26,74% |

Na základe odpovedí z dotazníka sme zistili, že pri otázke koľko hodín denne spia 34,8% respondentov odpovedalo, že spí viac ako 8 hodín, 41,9 % respondentiek spí 7 hodín, 19,8 % spí 6 hodín a menej ako 5 hodín spí 3,5% respondentov (tab.3).

Zo všetkých respondentov si možnosť "výborný vzťah s rodičmi" vybralo 12,8 % dievčat, 62,8 % označilo svoj vzťah s rodičmi za veľmi dobrý, 22,1 % považuje vzťah s rodičmi za priemerný a 2,3 % adolescentných dievčat s rodičmi komunikuje len v prípade nutnosti (tab.4).

Tab. 3: Percentuálne zastúpenie respondentov v jednotlivých odpovediach v závislosti od dĺžky spánku

| | Počet | Percentá |
|-------------------|-------|----------|
| 8 a viac hodín | 30 | 34,80% |
| 7 hodín | 36 | 41,90% |
| 6 hodín | 17 | 19,80% |
| Menej ako 5 hodín | 3 | 3,50% |

Tab. 4: Počet respondentov a percent v jednotlivých odpovediach

| | Počet | Percentá |
|--------------|-------|----------|
| Výborný | 11 | 12,80% |
| Veľmi dobrý | 54 | 62,80% |
| Priemerný | 19 | 22,10% |
| Podpriemerný | 2 | 2,30% |

Pri odpovedi na otázku:“Máte sa na koho obrátiť, ak máte nejaký problém?“ sme sa dozvedeli, že 69,77% dievčat sa má vždy na koho obrátiť, 27,91% niekedy a 2,32% málokedy nájde človeka, na ktorého sa môže obrátiť. Možnosť "nie nemám sa na koho obrátiť“ nezvolil žiaden respondent (tab.5).

Tab. 5: Počet respondentov a percentuálne zastúpenie v jednotlivých odpovediach.

| | Počet | Percentá |
|----------|-------|----------|
| Vždy | 60 | 69,77% |
| Niekedy | 24 | 27,91% |
| Málokedy | 2 | 2,32% |
| Nie | 0 | 0% |

Pri odpovedi na otázku o fajčení sme v dotazníku zistili, že denných konzumentov tabakových výrobkov je až 18,6 % respondentov. Príležitostne si zafajčí 19,75% adolescentných dievčat a výnimočne 10,45 %. Nefajčiarov tvorilo viac ako polovica respondentov (tab.6).

Tab. 6: Počet respondentov a ich percentuálne zastúpenie v jednotlivých odpovediach

| | Počet | Percentá |
|---------------|-------|----------|
| Každý deň | 16 | 18,60% |
| Príležitostne | 17 | 19,75% |
| Výnimočne | 9 | 10,45% |
| Nefajčím | 44 | 51,20% |

Diskusia

Z výsledkov nášho výskumu vyplýva, že 7% dievčat vo veku 15-16 rokov trpí obezitou, čím sme potvrdili zistenia Kožuchovej a kol. (2013), kde autori uvádzajú, že s vekom klesá výskyt nadhmotnosti a obezity u dievčat (z 8 % u 11-ročných na 6 % u 15-ročných). Klesajúci výskyt nadhmotnosti a obezity môže s prichádzajúcim nástupom obdobia puberty súvisieť u dievčat a chlapcov s tendenciou zmeniť svoj telesný vzhľad.

Zistili sme relatívne vysoké percento dievčat takmer 25% s nízkou hodnotou BMI. Beňo (2008) uvádza, že dievčatá majú predovšetkým tendenciu k štíhlosti (modelky), odrazom čoho je často zníženie energetického príjmu a mnohokrát aj zníženie príjmu proteínov, čo môže byť dôvod takého vysokého percenta respondentiek s nízkou hmotnosťou.

Zastúpenie tuku v tele sme stanovili orientačne bioimpepačným tukomerom, samotné BMI neodráža pomer zastúpenia tuku v organizme, teda podiel tuku a netukovej hmoty, preto pre lepšiu interpretáciu výsledkov výskumu uvádzame, že v analyzovanom súbore malo 26,74 % dievčat zvýšené percento tuku v tele. Tieto zistenia vyžadujú rozšírenie výskumu o antropometrické metódy somatometrie. Výsledky, ale môžu naznačovať, že adolescenti majú nedostatok pohybu, stravu bohatú na tuk a málo svalovej hmoty.

Ľudia, ktorí nezačnú fajčiť do 20. roku svojho života obvykle už nezačnú vôbec. Až 85 % fajčiarov získa návyk už v adolescencii (Fenwicková a Smith 1994). Podľa Matejovičovej a kol. (2008) fajčí každý deň takmer 9% adolescentiek, podľa našich zistení každý deň fajčí priemerne 19% dievčat, čo naznačuje, že v priebehu posledných rokov vzrastá počet fajčiarok v adolescencii. Polešanská a kol. (2013) zistili u respondentov rôznych typov škôl, že 33% žiakov nikdy nefajčilo. V našom súbore predstavoval počet nefajčiarov až 44%. Výsledky výskumu Ústavu informácií, prognóz a školstva realizovaného v podsúbore žiakov stredných škôl však ukázali, že denne fajčí až 23,2 % respondentov (Pétiová 2009).

V našej práci sa dajú pozitívne hodnotiť zistenia v oblasti osobných vzťahov v rodine, vzhľadom k tomu, že len 2 % respondentiek nemá dobré vzťahy s rodičmi, 22% dievčat označilo vzťah za priemerný- komunikujú v prípade nutnosti. Dievčatá sa podľa výsledkov výskumu majú na koho obrátiť, ak majú problém, žiadna z nich neuviedla, že by nemala vo svojom okolí dôveryhodnú osobu.

Záver

V štúdiu sme sa zaoberali somatickými charakteristikami adolescentov a stanovením výskytu obezity. Okrem antropometrickej analýzy sme použili aj dotazníkovú metódu. Na základe indexov BMI sme zistili 7% výskyt obezity u respondentiek vo veku 15-16 rokov v súbore 86 dievčat. V skúmanom súbore sme detegovali aj pomerne vysoký počet aktívnych fajčiarok a to 19% respondentiek. Pozitívne zistenia sa týkali vzťahov s rodičmi a rovesníkmi. Táto skutočnosť by sa mala využiť ako nástroj účinnejšej prevencie obezity a závislosti u adolescentov organizovaním preventívnych programov na pôde školy nie len pre študentov.

Pod'akovanie:

Práca bola finančne podporená projektom VEGA, č. 1/0461/18; KEGA, č. 018PU-4/2018 a táto publikácia vznikla aj vďaka podpore v rámci operačného programu Výskum a inovácie pre projekt: "Inovatívne diagnostické postupy personalizovanej medicíny so zameraním na skeletomuskulárne ochorenia" NFP313010T543, spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja"

Zoznam použitej literatúry

- BEŇO, I., 2008. *Náuka o výžive: fyziologická a liečebná výživa*. Martin: Osveta; ISBN: 9788080632946
- DOSTÁL, A., JAKUŠOVÁ, Ľ., 2006. *Stravovacie zvyklosti adolescentov a zdravotné riziká*. [online] Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/081.pdf
- FENWICKOVÁ, E.; SMITH, T., 1994. *Adolescencia. Ako prežiť obdobie dospievania*. In: Príručka pre rodičov aj pre teenagerov. 1. slovenské vydanie. Bratislava: INA, spol. s r.o., 1994, 286 s. ISBN 80-8568032-7
- KOŽUCHOVÁ, M., BAŠKOVÁ, M., 2013. *Výskyt nadhmotnosti a obezity u detí v školskom veku a adolescencii v oblasti stredného Slovenska*. In Hygiena č. 58(1) 11-15, ISSN 1802-6281
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279s. ISBN 80-7178-551-2
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2006, 344 s. ISBN 80-7169-195-X
- MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Portál. Praha. 144s. ISBN 80-17178-747-7
- MIERTOVÁ, M., 2011. *Stravovacie návyky v kontexte rodiny očami adolescenta*. In: Ošetrovateľstvo. Martin. roč. 1, s. 28-33. ISSN 1338-6263
- PÁNKOVÁ, P., 2012. *Test troch stromov a Kresba rodiny v skupine mladších školských detí a adolescentov*. [online]. Brno : Filozofická fakulta Masarykovskej univerzity, 2012. 116 s. [cit. 2019-10-07]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/231525/ff_m/DP_Petra_Pankova.pdf
- PÉTIOVÁ, M., a kol. 2009. *Konzumácia legálnych a nelegálnych drog u žiakov základných a stredných škôl. Záverečná správa z výskumu*. ÚIPŠ Bratislava. . [online]. Dostupné z: https://www.cvtisr.sk/buxus/docs//prevencia/texty/Konzumcia__upraven.pdf
- ŠULGANOVÁ, K., 2009. *Kvalita života adolescentov v detských domovoch*. Brno
- ŠÚTOVEC a kol, 1994. *Psychológia a pedagogika, učebnica pre stredné školy*. vyd. Banská Bystrica, ISBN 8-217-0575-2

TOMŠÍK, R., 2013. Osamelosť v adolescencii. [online]. In Conferencepaper. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/261601931_Loneliness_in_adolescence_OSAMELOST_V_ADOLESCENCII

VADOVIČOVÁ, P., FATRACOVÁ-ŠRAMKOVÁ, K., 2011. *Vplyv celospoločenským preventívnych programov v EÚ na správnu výživu a spôsob života u obéznych detí a adolescentov v SR*. Nitra. [online] Dostupné z: <http://www.slpk.sk/eldo/2011/zborniky/05-11/vadovicova-fatrcova.pdf>

Kontakt na autora:

Mgr. Andrea Babejová
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta humanitných a prírodných vied
Katedra biológie
Ul. 17. Novembra č.1
08001 Prešov
andrea.babejova@smail.unipo.sk

PROSOCIÁLNE TENDENCIE U BUDÚCICH POMÁHAJÚCICH PROFESIONÁLOV

Barkasi D., Murgová A.

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Detašované pracovisko
bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach*

Úvod

Oblasť štúdia pomáhajúcich profesií možno v súčasnosti považovať za veľmi dôležité najmä z dôvodu, že pre súčasnosť je charakteristické starnutie populácie, menší počet rodiacich sa detí a tým prichádza predpoklad nárastu potreby rozširovania ponuky sociálnych služieb. Pomáhajúce profesie, ktoré sú predmetom nášho skúmania sa vyznačujú tým, že nie sú finančne lákavo ohodnotené, ich práca sa často krát prirovnáva k poslaniu, nakoľko je pre ich výkon nevyhnutný súbor odborných teoretických vedomostí, praktických zručností a určitej osobnostnej výbavy takého pomáhajúceho profesionála. Prosociálne správanie je pri práci sestry alebo sociálneho pracovníka veľmi dôležité z dôvodu, že klientom či pacientom je častokrát človek, ktorý má rôzny zdravotný či sociálny problém. Takéto pomáhajúce správanie je preto nevyhnutným článkom výbavy pomáhajúceho profesionála. Vo všeobecnosti je prosociálne správanie chápané a vymedzované ako pomáhajúce správanie, ktoré je vykonávané s cieľom pomôcť inému bez toho aby za to pomáhajúci očakával nejakú odmenu.

Prosociálne správanie je prospešné iným ľuďom a človek sa správa prosociálne, ak vníma a rozumie potrebám či túžbam iných ľudí. Prosociálne správanie je správanie človeka, ktoré má za úlohu ochraňovať, podporovať a zlepšovať stav sociálneho subjektu (Valihorová, Paľová, 2013). Autorka Kopčáková (2002) uvádza, že prosociálne správanie spočíva v ochote a schopnosti pochopiť iných a človek ho vykonáva za účelom uľahčenia problémov iných, pričom to správanie si nevyžaduje očakávanie nejakej odmeny. Je to správanie, ktoré predpokladá, že človek, ktorý pomáha, sa odpúta od svojich vlastných problémov či potrieb a slúži potrebám iných ľudí. Podľa Fridrichovej (2012) je prosociálne správanie spoločensky prijateľné správanie, ktoré je v súlade s normami spoločnosti a je zamerané na podporu, ochranu a zlepšenie stavu človeka, spoločnosti. Motívom takéhoto správania je potreba vychádzajúca z vnútra človeka vykonať niečo, čo bude prospešné inému.

Pri vymedzení pojmu prosociálne správanie sa v literatúrach často stretávame s pojmom altruizmus alebo pojmom altruistické správanie, ktoré niektorí autori považujú za synonymum pojmu prosociálne správanie, iní sú zase názoru, že sú to dva rozdielne pojmy. Ako sme už vyššie uviedli, prosociálne správanie je druh sociálneho správania, ktoré je prospešné iným ľuďom. Zaraďujeme ho medzi pomáhajúce správanie rovnako ako altruistické správanie. Babinčák (2011) uvádza, že prosociálne správanie je cesta medzi pomáhaním a altruizmom a zakladá sa na kombinácii sebeckých záujmov a cieľov altruistického charakteru.

Carlo a Randall (2002) uvádzajú existenciu šiestich typov prosociálneho správania: Altruistické prosociálne správanie je definované ako dobrovoľná pomoc, ktorá je motivovaná primárne záujmom o potreby a blaho druhých. Správanie je väčšinou indukované sympatiou

a internalizovanými normami, ktoré sú v súlade s pomáhaním iným ľuďom. Tento typ prosociálneho správania je charakteristický tým, že pomáhanie môže viesť pomáhajúceho k stratám alebo nákladom.

Kompliantné prosociálne správanie je typ prosociálneho správania, ktoré sa realizuje na základe verbálnej alebo neverbálnej žiadosti či požiadavky. Je charakteristické pre deti a adolescentov a má väčšinou podobu spontánnej pomoci.

Emocionálne prosociálne správanie je správanie orientované na pomoc iným v situáciách evokujúcich emócie. Situácie, v ktorých sa tento druh prosociálneho správania prejavuje, sú silne citovo nabité. Pomoc je častokrát motivovaná súcitom a pre pomáhajúceho je charakteristická vysoká miera empatie.

Verejné prosociálne správanie je druh prosociálneho správania, ktoré je zamerané na benefit druhých, realizované za prítomnosti iných ľudí. Z časti býva tento druh prosociálneho správania motivovaný tým, že pomáhajúci túži získať pochvalu, súhlas a rešpekt u iných osôb, čím si zvyšuje svoju seba-hodnotu.

Anonymné prosociálne správanie je anonymným prosociálnym správaním, ktoré je v anonymite, čo znamená, že aktéri správania nie sú verejní. Pomáhajúci nevie, komu pomáha a osoba, ktorej sa pomáha nevie, kto je aktérom pomoci. Tento druh správania môžeme považovať za negatívny v zmysle, že každý človek má potrebu byť spoločensky ocenený a získať v spoločnosti uznanie za vykonanú pomoc.

Prosociálne správanie v kríze je pomáhanie iným ľuďom v naliehavých alebo krízových situáciách.

Cieľ práce

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť prosociálne tendencie u študentov študijného odboru sociálna práca a ošetrovatelstvo z pohľadu študijného odboru a formy studia.

Metodika

Vo výskume bol použitý dotazník, ktorý pozostával z 23 otázok (položiek) a bol prevzatý od Babinčáka (2011), ktorý sledoval overenie psychometrických vlastností metodiky merania prosociálneho správania. Stupnica odpovedí k jednotlivým otázkam Likertovského typu bola 5-stupňová s možnosťami výberu odpovedí, kde: (1) znamenala vôbec ma to nevystihuje, (2) slabo ma to vystihuje, (3) do určitej miery ma to vystihuje, (4) silno ma to vystihuje a (5) znamenalo, že ma to úplne vystihuje. Babinčák (2011) uvádza, že diagnostika tendencií k prosociálnemu správaniu je špecifikovaná do šiestich typov prosociálneho správania. Carlo a Randall (2002) vyvinuli metodiku Prosocial Tendencies Measure respektíve jej revidovanú verziu PTM – R, umožňujúcu okrem hodnotenia tendencií k jednotlivým typom prosociálneho správania merať i globálne skóre.

Súbor

Náš výskumný súbor tvorilo 615 respondentov - študentov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave a jej detašovaných pracovísk v Michalovciach, Košiciach, Rožňave a Prešove (zámerný dostupný výber). Boli to študenti z dvoch študijných odborov (študijného odboru Sociálna práca a Ošetrovatelstvo), v dennej a externej forme, v magisterskom a bakalárskom stupni štúdia. Zo 615 respondentov bolo 487

respondentov ženského pohlavia (čo predstavuje 79 %) a 128 mužského pohlavia (čo predstavuje 21 %). Vyššie zastúpenie vidíme vo výskumnom súbore u žien, čo je vzhľadom na sledované študijné odbory prirodzený jav. Z celého výskumného súboru boli študenti odboru Sociálna práca zastúpení v počte 386 a študenti odboru Ošetrovateľstvo v počte 229. Študenti boli vo veku od 18 do 63 rokov, s priemerným vekom 31, 1 rokov (SD = 8,9).

Tabuľka 1 Socio-demografické charakteristiky výskumného súboru

| | | Spolu | | SP | | OŠE | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Spolu | | 615 | 100 | 386 | 100 | 229 | 100 |
| Forma štúdia | Denná | 234 | 38,0 | 57 | 14,8 | 177 | 77,3 |
| | Externá | 381 | 62,0 | 329 | 85,2 | 52 | 22,7 |
| Stupeň štúdia | Bc. | 398 | 64,7 | 208 | 53,9 | 190 | 83,0 |
| | Mgr. | 217 | 35,3 | 178 | 46,1 | 39 | 17,0 |
| Pohlavie | Muži | 128 | 20,8 | 104 | 26,9 | 24 | 10,5 |
| | Ženy | 487 | 79,2 | 282 | 73,1 | 205 | 89,5 |
| Vzdialenosť bydliska od školy | v mieste štúdia | 129 | 21,0 | 104 | 26,9 | 25 | 10,9 |
| | do 20 km | 110 | 17,9 | 80 | 20,7 | 30 | 13,1 |
| | viac ako 20 km | 376 | 61,1 | 202 | 52,3 | 174 | 76,0 |
| | | Priemer (SD) | Rozpätie | Priemer (SD) | Rozpätie | Priemer (SD) | Rozpätie |
| Vek | | 31,1 (8,9) | 18 – 63 rokov | 31,6 (8,6) | 18 – 55 rokov | 30,3 (9,5) | 19 – 63 rokov |

Výsledky

Údaje, ktoré sme prostredníctvom zozbieraných dotazníkov získali, sme vyhodnotili a spracovali v štatistickom softvare SPSS. Pri štatistickom opise získaných dát sme uplatnili základnú štatistickú deskripciu a na overenie štatisticky významných rozdielov skúmaných premenných sme v našom výskumnom súbore vzhľadom na nesymetrickosť distribúcie jednotlivých premenných v sledovaných výberoch použili neparametrický test pre dva nezávislé výbery - Mann-Whitneyho U-test.

V našom výskume sme stanovili dve hypotézy:

Hypotéza 1: Študenti študijných odborov Sociálna práca a Ošetrovateľstvo sa budú štatisticky významne líšiť v prevládajúcom type prosociálnych tendencií. Tieto rozdiely sú znázornené v tabuľke 2, kde vidíme, že zo šiestich typov prosociálnych tendencií boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely v dvoch sledovaných typoch, a to konkrétne vo vyžiadovaných prosociálnych tendenciách ($U = 36494,5$; $p < 0,001$) a prosociálnych

tendenciách v kritických situáciách ($U = 37560,0$; $p < 0,01$). Pritom obidva typy prosociálnych tendencií boli zaznamenané u študentov študijného odboru Ošetrovateľstvo s dosiahnutými vyššími priemernými hodnotami v porovnaní so študentmi odboru Sociálna práca, čo znamená, že budúci ošetrovatelia – sestry majú vyššiu tendenciu sa správať prosociálne v kritických situáciách, napríklad keď je nejaký človek v ohrození života a vo vyžiadanom prosociálnom správaní, čo znamená, že mu je signalizovaná požiadavka na pomoc či už charakteru verbálneho alebo neverbálneho. V dvoch typoch prosociálnych tendencií boli zaznamenané vyššie priemerné hodnoty u študentov odboru Ošetrovateľstvo a konkrétne to bolo v prípade emocionálnych prosociálnych tendencií a anonymných prosociálnych tendencií.

Na základe dosiahnutých výsledkov môžeme konštatovať, že boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely v dvoch typoch prosociálnych tendencií zo šiestich sledovaných typov a to konkrétne vo vyžiadanom type prosociálnych tendencií a prosociálnych tendenciách v kritických situáciách.

Tabuľka 2 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa študijného odboru

| Typ prosociálnych tendencií | SP (N = 386) | | OŠE (N = 229) | | U |
|-----------------------------|-----------------|-----|------------------|-----|------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Verejné | 2,5 | 0,8 | 2,5 | 0,8 | 42547,5 |
| Emocionálne | 3,2 | 0,7 | 3,3 | 0,8 | 40598,0 |
| Vyžiadané | 4,1 | 0,7 | 4,3 | 0,7 | 36494,5*** |
| Anonymné | 3,1 | 0,9 | 3,2 | 1,1 | 41589,0 |
| Altruistické | 4,1 | 0,8 | 4,1 | 0,8 | 42958,5 |
| v kritických situáciách | 3,4 | 0,8 | 3,6 | 0,7 | 37560,0** |

sig. $p < 0,01$; *sig. $p < 0,001$

Tabuľka 3 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa formy štúdia

| Typ prosociálnych tendencií | Denná forma (N = 234) | | Externá forma (N = 381) | | U |
|-----------------------------|--------------------------|-----|----------------------------|-----|---------|
| | M | SD | M | SD | |
| Verejné | 2,5 | 0,9 | 2,4 | 0,7 | 42346,0 |
| Emocionálne | 3,2 | 0,9 | 3,1 | 0,8 | 41252,5 |
| Vyžiadané | 4,1 | 0,8 | 4,1 | 0,9 | 45685,5 |
| Anonymné | 3,2 | 1,2 | 3,3 | 0,8 | 41937,5 |
| Altruistické | 4,2 | 0,9 | 4,2 | 0,9 | 41454,0 |
| v kritických situáciách | 3,6 | 0,8 | 3,6 | 0,9 | 43424,0 |

Hypotéza 2: Študenti sa budú štatisticky signifikatne líšiť v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na formu štúdia. Uvedené rozdiely sú znázornené v tabuľke 3, kde vidíme, že zo šiestich sledovaných typov prosociálnych tendencií neboli zaznamenané štatisticky signifikantné rozdiely ani v jednom sledovanom type. Vyššie priemerné hodnoty boli zaznamenané u denných študentov v prípade verejných prosociálnych tendencií a emocionálnych prosociálnych tendencií a u externých študentov v prípade anonymných prosociálnych tendencií. Hypotéza 2 sa nám nepotvrdila, keďže sme predpokladali, že medzi dennými a externými študentmi budú zistené štatisticky signifikantné rozdiely.

Diskusia

Vo výskume sme skúmali prosociálne tendencie u vysokoškolákov študijných odborov Sociálna práca a Ošetrovateľstvo. Predpokladali sme, že sa študenti budú líšiť v závislosti od odboru, ktorý si vybrali študovať. Náš predpoklad sa nepotvrdil, pretože boli zaznamenané štatisticky signifikantne rozdiely len v dvoch typoch prosociálnych tendencií (vo vyžiadanom type prosociálnych tendencií a v type prosociálnych tendencií v kritických situáciách). Tieto typy prosociálnych tendencií dosiahli vyššie priemerné hodnoty v skupine študentov ošetrovateľstva. To znamená, že pre budúce sestry je charakteristické, že majú vo väčšej miere tendenciu správať sa prosociálne ako budúci sociálni pracovníci, pričom majú tendenciu sa správať prosociálne v situáciách, ktoré sú kritické a pomoc poskytnú v prípade, že sú o to požiadaní. Prosociálne tendencie vysvetľuje autor Mlčák (2006) prostredníctvom toho, že človek je vnútorne pripravený k takémuto druhu správaniu a zároveň je toho názoru, že tendencie môžeme zistiť skúmaním introspekcie bez vonkajšieho pozorovania. Prosociálne správanie je podľa autorov Pipasovej – Karolovej a Babinčáka (2011) široké spektrum správania, ktoré sa vyznačuje pomáhaním alebo plánovaním pomáhať ľuďom a je v rozmedzí od altruistických činov, ktoré sú sebaobetujúce až po činy, realizované z vlastnej vôle. Prosociálnosť vníma Hetteš (2014) ako základný atribút sociálneho pracovníka, pretože je to

povolanie, v ktorom je sociálny pracovník v úzkom kontakte s ľuďmi nachádzajúcimi sa v problémových situáciách.

Vychádzajúc z dosiahnutých výsledkov môžeme povedať, že najvyššiu priemernú hodnotu z celého výskumného súboru dosiahli študenti ošetrovateľstva vo vyžiadanom type prosociálnych tendencií, čo potvrdzuje i tvrdenie Carla a Randalla (2002), ktorí uvádzajú, že vyžiadané prosociálne správanie je správaním, ktoré sa vyskytuje častejšie ako spontánne pomáhanie. Ďalej sme sa zamerali na zistenie rozdielov v prevládajúcom type prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa formy štúdia. Na základe dosiahnutých výsledkov môžeme konštatovať, že medzi sledovanými skupinami študentov neboli zaznamenané štatisticky významné rozdiely. Bolo zistené, že obidve skupiny študentov dosiahli najvyššie priemerné hodnoty vo vyžiadanom type prosociálnych tendencií, čo sa zhoduje opäť s tvrdením autorov Carla a Randalla (2002), že vyžiadané prosociálne správanie je častejšie sa vyskytujúce v dnešnej spoločnosti ako spontánne správanie v rámci poskytnutia pomoci. Ďalším typom prosociálnych tendencií, ktoré dosiahlo najvyššiu priemernú hodnotu bol altruistický typ opäť s rovnakou priemernou hodnotou pre obidve skupiny študentov. Najnižšie priemerné hodnoty dosiahli študenti vo verejnom type prosociálnych tendencií. Tieto zistenia korešpondujú so zistením Pipasovej – Karolovej a Babinčáka (2011), ktorí skúmali prosociálne tendencie u vysokoškolákov, ktorí sú darcami krvi a ich výsledky porovnávali s vysokoškolákmi, ktorí nie sú darcami krvi. Tak ako u našich študentov sme predpokladali istú tendenciu správať sa prosociálne rovnako môžeme porovnať naše výsledky s výsledkami výskumu spomínaných autorov, kde sa tiež predpokladá určitá tendencia k prosociálnemu správaniu. Autori na získanie dát použili rovnaký dotazník ako my a zistili, že najvyššie priemerné hodnoty boli zaznamenané v altruistickom a anonymnom type prosociálnych tendencií a najnižšie priemerné hodnoty vo verejnom type prosociálnych tendencií, čo sa zhoduje s našimi výsledkami.

Záver

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť aké sú prosociálne tendencie u študentov, ktorí študujú študijný odbor Sociálna práca a Ošetrovateľstvo z pohľadu odboru štúdia a formy štúdia. Zistili sme, že medzi študentmi ošetrovateľstva a sociálnej práce existujú štatisticky významné rozdiely v dvoch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo vyžiadanom type a v prosociálnych tendenciách v krízových situáciách, v týchto typoch boli zaznamenané vyššie priemerné hodnoty u študentov ošetrovateľstva. Z pohľadu formy štúdia neboli zistené štatisticky významné rozdiely. Obidva študijné odbory sa vyznačujú pomáhaním, je preto veľmi dôležité aby budúci pomáhajúci profesionál či už je to sociálny pracovník alebo sestra bol pre kvalitný výkon svojho povolania vybavený vedomostne, odborne a osobnostne. Z hľadiska odbornosti nadobúda študent počas vysokoškolského štúdia súhrn teoretických vedomostí a praktických zručností. Osobnostne by mal byť zrelý, empatický a prosociálny (Belovičová, Vansač, 2018). Prosociálnosť je vlastnosť, ktorú môžeme budovať aj počas štúdia rôznymi technikami v rámci sociálno-psychologického výcviku v oboch študijných odboroch. Autorka Nová (2016) uvádza, že prosociálne správanie študentov v odbore Sociálna práca je vo veľkej miere podporené v rámci dobrovoľníctva na základných a stredných školách, čiže ešte pred začatím štúdia na vysokej škole v danom odbore štúdia. Autori Popovičová, Vansač, Pristašová (2017), v súvislosti s povolaním sestry uvádzajú, že

povolanie sestry je výzvou, v ktorej je ochota odborne sa starať o tých, ktorí potrebujú pomoc. Aby tento cieľ sestry splnili, potrebujú nielen motiváciu, stimuly, ale dôležitým prvkom sú taktiež osobnostné predpoklady - prosociálnosť.

Zoznam použitej literatúry

- BABINČÁK, P. 2011. *Prosocial Tendencies Measure – Revised (PTM-R) - prvá skúsenosť s krátkou metodikou na meranie prosociálneho správania*. Sociální procesy a osobnost Člověk na cestě životem: Křižovatky a mosty Kroměříž 14. – 16. 9. 2011. Sborník příspěvků Conference Proceedings Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno 2011. Tribun EU, 2011. s. 7 – 12. ISBN 978-80-263-0029-8.
- BELOVIČOVÁ, M. - VANSÁČ, P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowakow w Polsce. Krakow 2019, 153 s., ISBN: 97883 8111 1096.
- CARLO, G. - RANDALL, B. A. 2002. *The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents*. Journal of Youth and Adolescence, 2002, vol. 31, no 1, s. 31 – 44.
- FRIDRICHOVÁ, P. 2012. Komplexná prosociálnosť v etickej výchove. Pedagogická fakulta Mateja Bela v Banskej Bystrici. 2012. 59 s. ISBN 978-80-557-0353-4.
- HETTEŠ, M. 2014. Nová definícia sociálnej práce. In *Prohuman [cit. 3.10.2017]* Dostupné na: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/nova-definicija-socialnej-prace>.
- KOPČÁKOVÁ, A. 2002. Prosociálnosť v práci učiteľa. In *Naša škola*, Roč. 5, 2001/2002, č. 6. ISSN 1335-2733. s. 12-19.
- NOVÁ, M. 2016. Edukace v kontextu nových fenoménů společnosti - sociální a edukační aspekt. In *Nová sociální edukácia človeka V. recenzovaný zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2016. s. 128 – 132. ISBN 978-80-555 1742-1.
- MLČÁK, Z. 2006. *Altruistické jednání a možnosti jeho rozvoje v podmínkách současné české školy*. 2. Konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21 , Brno
- PIPASOVÁ – KAROLOVÁ, V. – BABINČÁK, P. 2011. *Tendencie k prosociálnemu správaniu u darcov krvi*. Inštitút psychológie FF PU v Prešove. s. 30 – 38 [cit. 11.11.2019] Dostupné na: www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Babincak1/subor/4.pdf
- POPOVIČOVÁ, M. - VANSÁČ, P. - PRISTÁŠOVÁ, K. 2017. Motivácia sestier k autonómnej ošetrovateľskej praxi. In *MEDSTAT 2017. Monografia s tematickým zameraním na medicínsku štatistiku*. Ružomberok : MedStato.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293 1-3.
- VALIHOROVÁ, M. – PALOVÁ, M. 2013. Prosociálnosť a morálne správanie žiakov. In *Dobro a zlo alebo o morálne* II. Psychologické a filozofické aspekty o morálke. Zborník príspevkov zo sympózia. Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. Pedagogická fakulta. Banská Bystrica. 2013. ISBN 978-80-557-0539-2. s. 15 – 34.

Kontakt na autorov:

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach

email: daniela.barkasi@gmail.com

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Detašované pracovisko

bl. Metoda Dominika Trčku v Michalovciach

email: annamurgov@gmail.com.

HEPATITIDA C VO VYBRANÝCH RESOCIALIZAČNÝCH ZARIADENIACH REGIÓNU VÝCHODNÉHO SLOVENSKA

Belovičová M¹, Popovičová M¹, Barkasi D¹, Nemčíková M², Balážová I, Murgová A¹,
Gulašová M¹, Vansáč P.

¹VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Michalovce a Prešov - pedagógovia

²VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Michalovce a Prešov – pedagógovia

Úvod

Vírusové ochorenia pečene sú popri metabolických chorobách (NAFLD - nealkoholová tuková choroba pečene, NASH - nealkoholová steatohepatitída) považované za najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia pečene (1, 2).

Celosvetová prevalencia infekcie HCV (hepatitídy C) sa pohybuje v bežnej populácii okolo 2%. Celosvetovo je infikovaných vírusom hepatitídy C asi 150 miliónov ľudí. Ročne zomrie v súvislosti s HCV infekciou približne 350-700 000 ľudí (3).

Najvyššia prevalencia HCV sa tradične popisuje v Egypte, kde dosahuje 15%. Krajiny východnej Európy udávajú prevalenciu do 3.5%, USA 1.68%. HCV infekcia je v rozvojových oblastiach i dnes šírená kvôli existujúcemu obrovskému rezervoáru infekcie asymptomaticky infikovanými osobami bez diagnózy a liečby (4).

Svetová zdravotnícka organizácia prijala globálnu stratégiu na elimináciu vírusovej hepatitídy ako závažnej verejno-zdravotnej hrozby do roku 2030. Táto stratégia sa týka ako hepatitídy B (HBV) tak aj hepatitídy C (HCV). Medzi jej ciele patrí 90% redukcia dôsledkov a 65% redukcia úmrtnosti v dôsledku HBV/HCV do roku 2030.

Chronická hepatitída C (CHC) je prekanceróza s vysokým rizikom vzniku hepatocelulárneho karcinómu. Na Slovensku bola zistená v rámci epidemiologickej štúdie prevalencia protilátok anti-HCV u dospelých osôb nad 15 rokov v 1.52%, pričom chronická infekcia sa potvrdila dôkazom replikácie vírusu v 0.67% (5). Predstavuje to viac ako 30000 chronicky infikovaných, z ktorých podľa údajov o počte hlásených ochorení bola diagnostikovaná len menšia časť. Podobné údaje o poddiagnostikovaní vírusových hepatítid boli publikované aj v iných krajinách a upozorňujú na potrebu aktívneho skríningu tejto infekcie.

Zraniteľné skupiny sú konkrétne skupiny osôb zo širšej populácie. Sú náchylnejšie k celému radu problémov (napr. zlý zdravotný stav, užívanie návykových látok, zlé stravovanie, horšie študijné výsledky). Zraniteľnosť vo vzťahu k drogovej závislosti : definuje sa na základe toho, či konkrétna skupina založená na sociodemografickom profile a príslušných rizikových faktoroch má zvýšenú náchylnosť k užívaniu drog. Identifikácia zraniteľných skupín - dôležitý nástroj pri smerovaní opatrení protidrogovej politiky v EÚ.

Intravenózni užívatelia drog (IDUs) - najrizikovejšia skupina s vysokou prevalenciou vírusovej hepatitídy C v celosvetovom meradle. Podľa analýzy epidemiologických údajov bolo anti-HCV pozitívnych na celom svete približne 10 miliónov intravenózných užívateľov drog (IDU). Vo východnej Európe žije celkovo asi 2.3 milióna infikovaných IDU, vo východnej a juhovýchodnej Ázii asi 2.6 milióna infikovaných IDU, Čína udáva číslo 1.6 milióna, Rusko 1.3 milióna a USA 1.5 milióna infikovaných IDU (6).

Počas prvého roka drogovej závislosti sa HCV nakazí približne 70-80% všetkých infikovaných IDU. Prenos medzi IDU nie je viazaný len na kontaminované injekčné inštrumentárium. Zdrojom sú aj ďalšie osobné súčasti, ktoré súvisia s prípravou injekčného roztoku (filtre, lyžičky).

Okrem hepatitídy C môžu mať súčasne koinfekciu hepatitídou A, B a HIV. Často trpia aj alkoholovou chorobou pečene, liekovými závislosťami alebo nealkoholovým tukovatením pečene. Každá pridružená choroba pečene zhoršuje priebeh CHC. Výsledkom každej neliečenej choroby pečene je vznik fibrózy až cirhózy pečene (7).

Resocializačné zariadenia sú jedným zo záverečných stupňov komplexnej starostlivosti o drogovu závislých. Sú určené pre plnoleté fyzické osoby a pre deti, ktoré ukončili liečbu v zdravotnom zariadení a do resocializácie sa dostali na základe odporúčania psychiatra alebo adiktológa. Cieľom pobytu v zariadení je resocializácia drogovu závislých a ich integrácia do majoritnej spoločnosti, do ich prirodzeného prostredia (8).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo: a) zistiť prevalenciu a riziká vzniku hepatitídy C vo vybraných resocializačných zariadeniach; b) iniciovať nevyhnutné opatrenia na prevenciu a zníženie výskytu týchto ochorení; c) zistiť najčastejšiu primárnu drogu v resocializačných zariadeniach na východnom Slovensku.

Súbor pacientov

Skríning hepatitídy C prebiehal v mesiacoch júl 2018 až august 2019. Doteraz sme otestovali celkovo 1387 klientov a zamestnancov z resocializačných zariadení, charitných zariadení, komunitných centier, osád v rámci východného Slovenska. Skríning prebiehal na základe dobrovoľnosti. Vyšetřili sme celkovo 132 zamestnancov (9.5%) a 1255 klientov (90.5%) - z toho bolo 786 mužov (56.6%) a 602 žien (43.4%). Celkovo sme navštívili 28 resocializačných zariadení.

Metodika

Na stanovenie protilátok proti hepatitíde C (antiHCV) sme použili test na rýchlu diagnostiku hepatitídy C (Liver HCV rapid test – Voyage). Zároveň sme klientom rozdali dotazník vlastnej konštrukcie s otázkami, ktoré boli zamerané na rizikové faktory vzniku vírusových hepatitíd ako aj príčiny ich príchodu do resocializačného zariadenia. Z prostriedkov grantu sme zakúpili jednorazové rýchle testy na stanovenie antiHCV protilátok a jednorazové ihly. Na stanovenie protilátok voči hepatitíde C sme použili kvapku kapilárnej krvi, ktorú sme umiestnili na diagnostický set. Výsledok pozitivity resp. negativity protilátok antiHCV sme zaznamenali po 15 minútach. Pedagogovia VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Michalovce a Prešov, vo svojom voľnom čase vycestovali do jednotlivých resocializačných zariadení. V spolupráci so sociálnymi pracovníkmi realizovali testovanie na antiHCV protilátky u klientov a vyplňali spolu s nimi dotazníky na zisťovanie rizikových faktorov vírusových hepatitíd ako príčin príchodu klientov do resocializačného zariadenia. V prípade pozitivity antiHCV protilátok sme realizovali vyšetřenie krvného obrazu, biochemických parametrov (glukóza, kreatinín, bilirubín, tzv. pečeneové testy, lipidový profil, albumín, nadstavbová metodika na stanovenie možnej prítomnosti vírusu chronickej

hepatitídy C - HCV RNA). Pri pozitívite HCV RNA sme klienta objednali na vyšetrenie do odbornej hepatologickej ambulancie za účelom začatia liečby chronickej hepatitídy C.

Výsledky

Z celkového počtu 1387 vyšetrených bolo antiHCV negatívnych 1335 klientov, antiHCV pozitívnych bolo 52 (3.7%). V prípade positivity antiHCV protilátok sme odoslali pacientov do centier pre liečbu chronickej hepatitídy C za účelom ďalšej diagnostiky. Okrem intravenózneho užívania drog, spoločného užívania náradia pri aplikácii drogy, tetovania, klienti v dotazníku často uvádzali viaceré rizikové faktory, ktoré boli príčinou ich príchodu do resocializačného zariadenia. Medzi najčastejšie problémy patrila závislosť od alkoholu.

Klienti, ktorí intravenózne užívali drogy, mali častejšie skúsenosť aj s inými drogami: marihuanou, benzodiazepínmi, pervitínom, heroínom, kokaínom, inými halucinogénmi, hypnotikami, amfetamínmi.

V dotazníku sme klientom kládli aj otázky ohľadne rizikových faktorov, ktoré boli príčinou ich príchodu do resocializačného zariadenia. Medzi najčastejšie príčiny uvádzali: alkohol, stratu rodiny, zlú finančnú situáciu, nezamestnanosť, iné dôvody, stratu bytu (domova). Niektorí uvádzali viaceré rizikové faktory súčasne. Ako najrizikovejší faktor sa javí konzumácia alkoholu, ktorá následne viedla k zlej finančnej situácii, strate rodiny, nezamestnanosti, strate bytu.

Diskusia

Chronické vírusové hepatitídy B a C (CHB/CHC) sú závažným medicínskym, verejno-zdravotníckym, sociálnym a ekonomickým problémom v globálnom meradle, v Európe ako celku, a v strednej a východnej Európe zvlášť.

Faktory spojené s progresiou postihnutia pečene pri chronickej HCV infekcii sú: a) prenos infekcie vo vyššom veku (riziko narastá po 40.-45. roku života); b) konzumácia alkoholu viac ako 50 g denne; c) obezita a steatóza pečene z akéhokoľvek iného dôvodu; d) koinfekcia s HBV a/alebo HIV; e) vyšší stupeň postihnutia pečene (fibróza pečene 2. a vyššieho stupňa). Pri hodnotení príjmu alkoholu sa väčšinou počíta s gramami čistého alkoholu, teda etanolu. Je dokázané na podklade štúdií, že denný príjem etanolu medzi 30-50 g predstavuje množstvo, ktoré dokázateľne zhoršuje priebeh chronickej HCV infekcie – urýchľuje totiž progresiu fibrózy pečene (9, 10).

Chronická hepatitída C je považovaná za najčastejšie krvou prenosné ochorenie u intravenózných užívateľov drog. V 49 krajinách sveta sa potvrdila viac ako 50%-ná prevalencia infekcie hepatitídy C u IDUs. Štúdie Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) potvrdili vysokú prevalenciu hepatitídy C u IDUs mladších ako 25 rokov, ako i užívajúcich drogy kratšie ako 2 roky. Toto poukazuje na skutočnosť, že mnohí IDUs sa infikujú veľmi rýchlo a existuje len relatívne krátke časové okienko na realizáciu efektívnych preventívnych opatrení (11).

Záchyt, diagnostika a liečba CHC u intravenózných užívateľov drog je spojená so špecifickými problémami: a) compliance, b) zvýšený výskyt depresie, c) recidíva konzumu drogy, d) potreba multidisciplinárnej starostlivosti, e) organizačné a finančné problémy a limity.

Základným dokumentom Slovenskej republiky v oblasti protidrogovej politiky v súlade s úrovňou súčasného poznania fenoménu drog je Národná protidrogová stratégia (aktuálne na obdobie 2013 – 2020). Vláda Slovenskej republiky ju schválila uznesením č. 380 z 10. júla 2013. Jedným z cieľov je aj tvorba účinných nástrojov vyhľadávania osôb a skupín, žijúcich na okraji spoločnosti, poskytovania primeranej starostlivosti a pomoci týmto skupinám a nástrojov, zabraňujúcich šíreniu chorôb spojených s užívaním drog, osobitne HIV a hepatítid (najmä chronickej hepatitídy B a C).

Najčastejšou primárnou drogou v resocializačných zariadeniach na východnom Slovensku podľa výsledkov nášho pilotného skriningového projektu bol alkohol.

Alkohol je hlavnou príčinou viac než 200 ochorení a poškodení (choroby pečene, ďalších orgánov tráviaceho systému, CNS, závažné psychické a sociálne poruchy), predčasnej pracovnej neschopnosti a úmrtnosti. *Neexistuje vlastne taký orgánový systém, na ktorý by alkohol nemal škodlivý účinok.* Alkohol a jeho nadmerné pitie poškodzuje periférny nervový systém a spôsobuje polyneuropatiu. Poškodzuje aj srdcovocievny systém a spôsobuje ischemickú chorobu srdca, vysoký krvný tlak, kardiomyopatiu (12, 13).

Záver

V roku 2018 centrum EMCDDA podporilo novú iniciatívu, ktorej cieľom je zvýšiť povedomie a podporiť prístup k testovaniu na hepatitídu C a jej liečbu a v dôsledku toho efektívnejšie riešiť jeden z hlavných problémov v oblasti súvisiacej s drogami. Chronická hepatitída C je v súčasnosti jediná chronická vírusová infekcia, ktorú je možné definitívne vyliečiť (7).

K naplneniu stratégie WHO ohľadne eliminácie/eradikácie HCV by určite prispel celoplošný skrining v jednotlivých európskych krajinách a aktívna spolupráca so všeobecnými praktickými lekármi, ktorí by mohli liečiť pacientov s HCV samostatne - t.j. bez pomoci špecialistov pangenotypovými liekmi.

Pokiaľ v súčasnosti nebudeme realizovať skriningové programy, o 2-3 roky pacienti s už diagnostikovanou CHC budú vyliečení, ale v populácii zostane naopak veľa nediagnostikovaných pacientov s CHC. Bez uľahčenia prístupu k liečbe ako aj aktívnej spolupráce so všeobecnými praktickými lekármi rýchla eradikácia HCV z populácie nebude možná (14, 15).

Najvýznamnejší faktor v predchádzaní výskytu vírusových hepatítid u IDUs je prijatie základných opatrení, ktorým je ukončenie rizikového správania – prerušenie užívania drog. **Resocializačné zariadenia** napomáhajú tomuto cieľu a umožňujú klientom nájsť nový zmysel života – životný cieľ bez drogy. Konečným cieľom resocializačného procesu je reintegrácia drogovovo závislých do prirodzeného (resp. náhradného) sociálneho prostredia a získanie nezávislosti od inštitucionálnej sociálnej podpory (16).

Náš skriningový projekt je prospektívny (2018-2019-2020). Prínos projektu vidíme v: a) priebežnej edukácii klientov resocializačných zariadení; b) záchyte konkrétnych osôb s infekciou CHC c) realizácii sekundárnej prevencie.

Úspešná detekcia a liečba vírusových hepatítid u osôb užívajúcich návykové látky bezpodmienečne vyžaduje efektívnu spoluprácu a funkčné prepojenie nielen zdravotníckych špecialistov a odborníkov, ale celého širokého spektra odborníkov a inštitúcií zapojených do starostlivosti o tohto pacienta – sociálnych pracovníkov, dobrovoľníkov pracujúcich v rámci

vládných i mimovládnych organizácií, v svojpomocných skupinách a nadáciách, rodinných príslušníkov a priateľov drogov závislých osôb (17, 6). Súčasťou komplexnej starostlivosti o klientov v resocializačných zariadeniach by malo byť skriningové vyhládávanie a následná liečba chronickej hepatitídy C.

PodĎakovanie: autori sa chcú srdečne poďakovať všetkým pracovníkom z resocializačných zariadení za ich ústretový prístup a pomoc pri vyplňaní dotazníkov.

Zoznam použitej literatúry

1. BLACHIER M, LELEU H, PECK-RADOSAVLJEVIC M, VALLA D-Ch, ROUDOT-THORAVAL F. *The Burden of liver disease in Europe 2013. A review of available epidemiological data.* J Hepatol 2013; 58: 593-608.
2. BELOVIČOVÁ M, BALÁŽOVÁ I. *Chronic hepatitis C - a serious public health problem. Experience from eastern Slovakia.* J Health Inequal 2018; 4(1): 36-38.
3. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/data-and-statistics> 30.07.2018
4. HALOTA W, FLISIAK R, JUSZYK J, MALKOWSKI P, PAWLOWSKA M, SIMON K, TOMASIEWICZ K. *Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertow HCV dotyczace leczenia wirusowych zapalen wantroby typu C w roku 2018.* Hepatologia 2018; 18: 1- 9.
5. SCHRÉTER I. *Skrining vírusovej hepatitídy C. Nové lieky - časopis o liekoch.* Bratislava, 2016. Ročník III (samostatná príloha): 6-8. ISSN 1339-8091.
6. BELOVIČOVÁ M (2018). *Vybrané choroby pečene a ich dopad na verejné zdravie.* Tlačiareň Svidnícka, 2018, 159 s. ISBN 978-80-971460-6-1.
7. BELOVIČOVÁ M. *Choroby pečene v bežnom živote – kazuistiky.* Nové lieky - časopis o liekoch. Bratislava, 2016. Ročník III (samostatná príloha): 10-11. ISSN 1339-8091.
8. *Resocializačné zariadenia.* www.infodrogy.sk. 2.08.2019.
9. HÉZODE C, LONJON I, ROUDOT-THORAVAL E et al. *Impact of moderate alcohol consumption on histological activity and fibrosis in patients with chronic hepatitis C and specific influence of steatosis: a prospective study.* Aliment Pharmacol Ther. 2003; 17: 1031-1037.
10. HÉZODE C, ROUDOT-THORAVAL E, DGUYEN S et al. *Daily cannabis smoking as a risk factor for progression of fibrosis in chronic hepatitis C.* Hepatology 2005; 42: 63-71.
11. HOLOMÁŇ J. *Hepatitída C v drogovom prostredí - editoriál.* Trendy v hepatol. 2012; 4(2): 3-4.
12. BELOVIČOVÁ, M. *Cirhóza pečene.* In: Kiňová S, Hulín I et al.: *Interná medicína.* Bratislava, Slovensko: Pro Litera; 2013: 699-710. ISBN 978-80-970253-9-7.
13. SZÁNTOVÁ, M. *Diagnostika a liečba alkoholového poškodenia pečene.* Via pract. 2008; 5 (4/5): 170 -172 ISSN 1336-4790.
14. JAROSZEWICZ J. *Eliminacja HCV do 2030 roku jako element strategii WHO. Recepta na HCV – Magazyn informacyjny na temat WZW C.* Gilead Sciences Poland 2018; 7.

15. KLAPACZYNSKI J. *Od aspiracji do sukcesu w eradykacji HCV. Recepta na HCV – Magazyn informacyjny na temat WZW C.* Gilead Sciences Poland 2018;12 .
16. GAZDÍKOVÁ K., GAZDÍK F., HUČKOVÁ D, KAJABA I, MIKOVÁ Z. *Prevalencia vírusových hepatítid C a B u klientov resocializačných zariadení Slovenska.* Psychiatr.prax 2010; 11 (4): 136-138.
17. GLASOVÁ H, CYMBALOVÁ D, HOLOMÁŇ. *Aktívny skrining vírusových hepatítid, edukácia a multidisciplinárna spolupráca v starostlivosti o drogovu závislých pacientov.* Trendy v hepatológii 2012; 4(2): 11 – 17.

NEBEZPEČIE INTERFERENCIE NUTRIČNÝCH DOPLNKOV PRI ANALÝZACH V BIOCHEMICKOM LABORATÓRIU

Hazard of interference of nutritional additives in analysis in biochemical laboratory

Blažíček P.

*Slovenská spoločnosť pre laboratórnu medicínu
Ústav chémie a klinickej biochémie a laboratórnej medicíny LF SZU*

Úvod

Nadmerné užívanie nutričných doplnkov je bežná prax nielen vo svete, ale aj na Slovensku, avšak treba si uvedomiť, že nadmerné užívanie vitamínov a mikronutrientov nie je bez rizika. Veľmi vážne riziko poškodenia pacienta môže spôsobiť aj interferencia nutričných doplnkov pri meraní v biochemickom laboratóriu. Ako teda správne postupovať? Ideálne by bolo nechať si zmerať jednotlivé vitamíny a minerálne a podľa výsledku starostlivo si zvoliť doplnky a porozprávať sa s lekárom, ak máte nejaké otázky ohľadne ovplyvňovania výsledkov biochemickej analýzy. Užívanie vitamínov, minerálov sa vo všeobecnosti považuje za bezpečné, pokiaľ sa tieto nepoužívajú v nadmernom množstve. Do laboratória však dostávame vzorky s minimálnou klinickou históriou a práve spolupráca medzi klinikmi a laboratóriami je kľúčom k odhaleniu rušenia a v prevencii nesprávnej diagnostiky. Laboratóriá by mali vzdelávať lekárov nielen o rizikách interferencie nutričnými doplnkami hlavne interferencie biotínom a upozorniť ich, aby o podivných výsledkoch by mali lekári ihneď ihneď kontaktovať laboratórium., „*Klinici sú oči a uši laboratória*“ a laboratórni diagnostici musia pokračovať v príprave súčasných aj budúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, aby vedeli presne interpretovať výsledok laboratória a vedeli presne informovať lekárov o preanalytickej fáze. Takisto pacienti by si mali skontrolovať dennú dávku a dávať pozor, aby neprijímali príliš veľa nutričných doplnkov. Nesmierne dôležité je tiež, aby pacient upozornil lekára na to, ktoré nutričné doplnky užíva resp. lekár by sa mal vždy na tento fakt pacienta opýtať. Nie je to bežná prax a napr. aj na internej klinike v Londýne 26,8% pacientov neoznámilo ošetrojúcemu lekárovi skutočnosť, že užívajú výživové doplnky. O nebezpečenstve vedľajších účinkov niektorých liekov spôsobených interferenciou sa vie už dlho. a ošetrojúci lekár musí upozorniť pacienta na možné nebezpečie interferencie a ale aj napriek tomu v roku 2017 zomrelo v USA 72 300 ľudí. (Aug. 27, 2018 HealthDay News). Ale to sú lieky a ako je to teda s nutričnými doplnkami? Diétne doplnky sú populárne, ale nie sú bez rizika. Podobne ako lieky, doplnky stravy obsahujú zložky, ktoré ovplyvňujú fungovanie organizmu. Niektoré doplnky môžu byť prospešné ak chýba mikronutrient alebo vitamín, ale v iných prípadoch môžu byť rizikové. Dňa 9.11.2017 FDA vydalo varovanie, leboookrem zdravotného rizika nadmerného užívania nutričných doplnkov existuje aj závažné riziko interferencie pri samotných biochemických analýzach. Zistilo sa, že vysoké dávky vitamínu B7 (biotínu) výrazne ovplyvňujú analytický výsledok. Zodpovednosťou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je že musí pripraviť pacienta na odber krvi a na transport vzorky krvi do laboratória. Vysoké dávky biotínu v potravinových doplnkoch môžu interferovať so stovkami bežných laboratórnych testov - vrátane niektorých, na ktoré sa lekári na pohotovosti najviac spoliehajú pri diagnostike srdcového infarktu, ale

riziko biotínovej interferencie sa rozširuje hlavne na testy kritické pre vnútorné lekárstvo, ako sú testy na anémiu, zhubné nádory, autoimunitné a infekčné ochorenia a poškodenie srdca. Užívanie suplementov by sa malo starostlivo zvažovať a overovať ich dopad aj na iné procesy v organizme (napr. interakcia s podávanými liekmi). S výnimkou diagnózy vitamínovej deficiencie, nemajú vysoké dávky nutričných doplnkov zdraviu prospešné účinky a môžu byť škodlivé. (Haslam A, Prasad V. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018) Biotín neinterferuje s laboratórnymi testami, ak sa užíva pri hladinách, ktoré sa prirodzene vyskytujú v potravinách a multivitamínoch (Institute of Medicine doporučuje biotín v dávke 30 mikrogramov denne) avšak biotínové doplnky sa predávajú v dávkach, ktoré ďaleko prevyšujú toto množstvo od 1 mg do 300 mg.

Pacienti si nemusia byť vedomí, že užívajú biotín, pretože nie je vždy označený v doplnkoch, alebo nevedia o tom, že nutričné doplnky musia pred lekárom spomenúť.

Aký vplyv má interferencia biotínu?

Komplex biotín-streptavidín je jedným z najsilnejších nekovalentných väzieb vyskytujúcich sa v prírode, asi 1000 krát je väčšia afinita ako afinita interakcie najsilnejšej protilátky-haptén, takže je odolný nielen na pH a teplotné extrémny, ale aj na rozpúšťadlá. V dôsledku toho biotín a streptavidín sú používané v rôznych imunologických testoch. Holmes a jeho tím preskúmali 374 testov, ktoré sa používajú v niektorých najobľúbenejších laboratóriách pre testovanie v USA. Zistili, že 221 z nich používa biotín vo svojom teste. Rušenie závisí od konštrukcie testu. Niektoré výsledky sú falošne zvýšené, niektoré boli nesprávne znížené.

Analýza biotínovej interferencie:

Falošne znížené výsledky typické použitie:

Meranie veľkých molekúl, ako sú hormóny a proteíny.

Príklady testov: *hormón stimulujúci štítnu žľazu, hypofyzárne glykoproteínové hormóny, ľudský chorionický gonadotropín, paratyroidný hormón, inzulínový rastový faktor-1, inzulín, tyreoglobulín, C-peptid, ferritín, N-koncový natriuretický peptid b-typu, prolaktín, PSA (prostata špecifický antigén)*

Rušenie závisí od konštrukcie testu. Dva z najbežnejších návrhov imunoanalýzy sú sendvičové testy a kompetitívny test. Existuje tiež riziko, že biotín maskuje skutočnú diagnózu. Napríklad úmrtie hlásené FDA sa vyskytlo, keď pacient, ktorý užíval vysoké dávky biotínu, mal falošne nízke výsledky troponínu. Biotín je malá molekula, ktorá môže byť pripojená kovalentnou väzbou na rôzne ciele - od veľkých proteínov, ako sú protilátky proti malým steroidným hormónom - s minimálnym účinkom na ich biologickú aktivitu. Biotín potom umožňuje cieľ ľahko zachytiť, pretože tvorí silnú, stabilnú a špecifickú nekovalentnú väzbu s proteínmi avidínu, streptavidínu. Detekčné systémy založené na biotíne sú jadrom imunologických testov na mnohých platformách, samozrejme pokiaľ v laboratóriu nepoužívajú LC-MS/MS. Veľký prebytok biotínu rozpusteného vo vzorke séra bude súťažiť o streptavidín s protilátkou viazaného a teda následok je neúplné alebo žiadne fázy formovania. Nie všetky imunotestovacie systémy sú náchylné na interferenciu s biotínom a niektoré testy založené na biotíne sú tiež navrhnuté s biotínom vopred naviazaným na streptavidín predtým, ako je prítomná vzorka, takže teoreticky nie sú citlivé na interferenciu s biotínom. Vždy sa odporúča konzultovať to s príbalovým letákom výrobcu. Ako dlho trvá

biotínunež sa vyplaví z tela? Neexistuje jednotný čas vymývania biotínu, ktoré by zaručilo výsledky testov bez rušenia. Pacienti by nemali užívať žiaden doplnok stravy, pokiaľ sa s lekárom neporadia a pred odberom krvi sa doporučuje neužívať nutričný doplnok s biotínom aspoň týždeň pred odberom.

Užívanie prílišného veľkého množstva vitamínov, minerálov alebo bylenných doplnkov môže spôsobiť nežiaduce, alebo nebezpečné vedľajšie účinky a môžu byť nebezpečné pre zdravie pacientov.

Záver

Dôležitá je diskusia o zmiernení rizika interferencie je príležitosťou pre laboratóriá, aby sa ujali vedenia v oblasti vzdelávania lekárov nielen o biotíne, ale aj o iných možnostiach interferencie všeobecne. Vzdelávanie a využívanie informatiky je riešením a treba si uvedomiť že klinici sú skutočne oči a uši laboratória a malo by sa pokračovať v príprave súčasných aj budúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, aby jedinečné výsledky laboratória podporila aj nasledujúca správna bezchybná interpretácia. Musíme zlepšiť vzdelávanie lekárov o podmienkach, v ktorých sa môžu výsledky laboratória stať nepresnými. Zodpovednosťou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je nielen správne pripraviť pacienta na odber krvi a včas dopraviť vzorku do laboratória ale aj zabezpečiť presnú interpretáciu výsledkov.

ETICKÝ PRÍSTUP AKO ZÁKLAD POMÁHAJÚCICH PROFESII

An ethical approach as a basis for helping the profession

Demčáková E.¹, Moravcová M.²

Úvod

Sociálny pracovník je povinný vykonávať svoju prácu v súlade s etickými princípmi a metódami sociálnej práce. Uplatňovanie etických noriem vo všetkých oblastiach verejného života, napr. v ekonomike, politike, zdravotníctve, školstve atď. má pre prežitie človeka rozhodujúci význam.

Na rozdiel od teórie ich uplatňovanie v praxi je spojené aj s problémami, ktoré si vyžadujú zo strany sociálneho pracovníka citlivé prehodnocovanie svojho postupu. Okrem toho môžu v praktickej sociálnej práci nastať situácie, kedy sa sociálny pracovník ocitne v dileme medzi splnením zákonnej povinnosti a rešpektovaním záujmu, ktorý pred ním vyjadril klient.

V súčasnosti stále viac ľudí nadobúda presvedčenie, že na riešenie problémov nestačí spravodlivosť či láska uplatňovaná v osobných vzťahov, rodine, či medzi kolegami.

Prax sociálnej práce ukázala, že sociálna práca je veľmi potrebná v zdravotníctve, čo svedčia výsledky sociálnej práce pre pacientov a ich rodinných príslušníkov. V tomto období v zdravotníctve vidíme aj dôležitosť sociálnych služieb, zvlášť potrebu umiestnenia do pobytových zariadení, nakoľko pobytové sociálne zariadenia sú preplnené a i to je málo pre našich pacientov.

1. Etický kódex sociálneho pracovníka

Etika rieši otázky o podstate a konaní mravného dobrá (resp. zlá) z hľadiska jednotlivého človeka ako aj ľudskej spoločnosti. V celom historickom vývoji etiky sa riešia tieto základné problémy:

- vzťah medzi tým, čo je a čo by malo byť,
- vzťah medzi záujmom individuálnymi spoločenským,
- vzťah medzi dobrom a zlom

(Kutnohorská a kol., 2011)

Každá profesia ma svoju etiku. Mnohé z nich majú vypracované etické kódexy. Ide o normatívne zhrnutie, celkovú orientáciu na určité hodnoty /hodnotový systém/, má to regulatívnu funkciu v danej oblasti, chráni pred zneužívaním profesie a manipulovaním. Sociálny pracovník musí vykonávať svoju prácu v súlade s etickými princípmi, zahrnutými v kódexe. Avšak, na rozdiel od teórie, ich uplatnenie v praxi je spojené aj s problémami, čo si od sociálneho pracovníka vyžaduje vysokú mieru citlivosti, opatrnosti a pozorné uvažovanie o vlastných postupoch – etické dilemy, riziká. V sociálnej práci musíme donášať rozhodnutia, ktoré v sebe zahrňujú morálne sudy. Často sú to ťažké rozhodnutia, tým viac, že môže mať veľmi závažné dopady na individuálny život ľudí – klientov, či prijímateľov sociálnych služieb. Aspekty kontroly a dominancie sú nevyhnutné v sociálnej práci. Osoba hľadajúca pomoc je v pozícii slabosti, bezmocnosti. Preto je dôležité vyhýbať sa hodnotiacim súdom, ktoré by polozenie klienta sťažili.

¹ Referát sociálnej práce, e-mailová adresa: ludkademka@gmail.com ; +421 901 710 212

² Referát sociálnej práce, e-mailová adresa: maria.moravcova@gmail.com ; +421 908 975 723

Etický kódex môže prácu sociálneho pracovníka odľahčiť, urobiť jasnejšou, ale mu neponúkne hotové „recepty“ na každú jednotlivú situáciu, respektíve nerieši sociálny problém podľa klienta, prijímateľa sociálnej situácie, podľa jeho predstáv, ale ani predstáv sociálneho pracovníka.

Podstatou etického kódexu je rešpektovanie práva druhých. Etický kódex sadá naučiť naspamäť, ale efekt sa dostaví až v momente, keď si sociálny pracovník neuvedomele vžije, vštepí jeho hodnoty a používa ich. Etický kódex môžeme považovať za profesijný štandard sociálnej práce, ktorý obsahuje všeobecné ustanovenia etického správania sa ku každému klientovi bez rozdielu.

Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov (IFSW) formulovala Medzinárodný etický kódex profesionálnych sociálnych pracovníkov, do súhrnu ktorého patria nasledovné normy:

- ***Normy pre vystupovanie a správanie sa sociálneho pracovníka:***

Vystupovanie – Sociálny pracovník by mal neustále udržiavať svoje osobné pracovné správanie a vystupovanie na úrovni vysokoškolského štúdia.

Schopnosti a profesionálny rast – sociálny pracovník by sa mal zo všetkých síl snažiť o dosiahnutie a udržanie vysokej profesionality pri výkone svojej práce a funkcií.

Služba – sociálny pracovník by mal vo svojej práci považovať za prvoradý záväzok slúžiť.

Čestnosť – sociálny pracovník by mal konať v zhode s najvyššími požiadavkami profesionálnej cti.

Štúdium a vedecký výskum – sociálny pracovník, ktorý sa zaoberá štúdiom alebo vedeckým výskumom, ba sa mal riadiť konvenciami vedeckej práce. /Michal Schavel-František Číšecký – Michal Olah. Sociálna prevencia str. 33/

Etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči klientom

Prvoradosť záujmov klienta – sociálny pracovník má zodpovednosť v prvom rade voči klientovi.

Práva klientov – sociálny pracovník by sa mal zo všetkých síl snažiť v čo najväčšej miere podporiť snahu klienta rozhodovať o svojej budúcnosti samostatne.

Dôvernosť a mlčanlivosť – sociálny pracovník by mal rešpektovať klientovo súkromie a zachovávať dôvernosť informácii získaných pri svojej práci.

Honoráre – pri stanovení výšky honoráre by sa mal sociálny pracovník uistiť, že jeho výška je rozumná, primeraná poskytnutým službám, a pri rozhodovaní by mal zohľadňovať klientovu finančnú situáciu /táto forma sa na Slovensku takmer neuplatňuje/.

Etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči kolegom

Slušnosť a zodpovednosť - sociálny pracovník ba si mal vážiť svojich kolegov a pristupovať k nim s úctou a dôverou.

Práca s klientmi kolegov – povinnosťou sociálneho pracovníka je venovať sa klientom kolegov s najvyššou profesionálnou snahou a citlivosťou.

Etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči zamestnávateľom

Záväzky voči zamestnávateľským organizáciám – sociálny pracovník by mal s vážnosťou pristupovať zamestnávateľským organizáciám.

Etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči spoločnosti

Udržanie profesionálnej cti – sociálny pracovník by mal udržiavať a pozdvihovať etické hodnoty, odborné poznatky a poslanie svojej profesie.

Služba spoločstvu – sociálny pracovník by mal napomáhať snahe profesionálneho spoločstva sprístupniť svoje služby čo najširšej verejnosti.

Rozvoj poznatkov – sociálny pracovník by sa mal snažiť získať a rozvíjať odborné poznatky a uplatňovať ich v praxi.

Podpora všeobecného blaha – sociálny pracovník by mal podporovať blaho spoločnosti /podľa ASP, 1999./Michal Schavel- František Čišecký – Michal Olah. Sociálna prevencia str. 34 35/.

Etický prístup sociálneho pracovníka voči sociálnemu klientovi, resp. prijímateľovi

Sociálny pracovník v sociálnej práci by mal vedieť, že musí ovládať etický kódex sociálneho pracovníka, častejšie sa k nemu vracáť, aby kvalitne realizoval v praxi sociálnu prácu.

Sociálna práca v zdravotníctve

Vybrali sme si *dospelých jedincov*, ktorí boli umiestnení v sociálnych zariadeniach, sú v dlhodobom nepriaznivom zdravotnom alebo sociálnom stave. Mali zdravotné alebo iné postihnutia a boli hospitalizovaní v nemocničných zariadeniach, konkrétne na LDCH a hospicioch, alebo celkovú odkázanosť na pomoc druhej osoby riešili aj inštitucionálnym ich pobytom v domove sociálnych služieb /DSS/, podľa vyššie uvedeného zákona o sociálnych službách.

Potrebnú sociálnu službu môžu dostať dospelý jedinca a seniori aj v *špecializovaných zariadeniach*, kde majú zabezpečenú potrebnú celodennú starostlivosť. *Seniori*, ktorí sú odkázaní na pomoc druhej osoby, dovŕšili dôchodkový vek, a sú umiestnení v zariadení pre seniorov, sú ďalšou vybranou skupinou osôb, ktorej sa v tejto práci venujeme.

Staroba je poslednou etapou procesu starnutia. Dnešná doba umožňuje predlžovať život modernými technikami a novými farmákami, ale ľudia strácajú chuť žiť. Maskalíková, T. (in: 2009, s. 26) tvrdí, že starý človek sa cíti byť izolovaný, vylúčený na okraji spoločnosti. Staroba má aj svoje nebezpečenstvá. Nesie so sebou úbytok síl, únavu zníženú bystrosť zmyslov a pamäte, dostavuje sa pesimizmus. Autorka ďalej uvádza, že „starší ľudia sú nositeľmi hodnôt, ktoré sa strácajú. Sú vlastníčkmi múdrosti, ktorú potrebujeme.“ (in: Maskalíková, T., 2009, s. 26).

Nesebestačnosť, odkázanosť na pomoc druhej osoby pri každodenných činnostiach si vyžaduje celodennú *bio-psycho-socio-duchovnú starostlivosť* zabezpečenú dospelým jedincom a seniorom, ktorí si tieto činnosti nedokážu, nevedia alebo nemôžu zabezpečiť samostatne ani s pomocou ich rodinných príslušníkov, ako tvrdí autorka tejto práce.

Aby bola staroba prežitá kvalitne, je potrebné zabezpečiť dobrý zdravotný stav, zachovať sebestačnosť a nezávislosť starého človeka, pozitívne rodinné prostredie, a dobre fungujúci zdravotný a sociálny systém, ako uvádzajú Hudáková, A. - Obročníková, A. (2008, s. 75).

V dnešnej dobe v súvislosti s inštitucionálnou starostlivosťou seniorov je popisovaná aj prítomnosť *týrania, zanedbávania a zneužívania seniorov*. Uvedenú tému autorka práce zaradila medzi dôležité etické problémy, ktoré je potrebné zisťovať, skúmať a pri zistených

nedostatkoch v inštitucionálnej starostlivosti aj primerane riešiť. Na spomínanú tému, chce autorka teoreticky upozorniť, lebo ju zaradila medzi morálny problém, ktorý súvisí s témou tejto práce a je potrebné sa mu podrobnejšie venovať a skúmať ho.

Bužgová, R. - Ivanová, R. (2008, s. 10) popisujú, že dochádza k nevhodnému zaobchádzaniu seniorov v inštitucionálnej starostlivosti. Tvrdia, že je nutné realizovať ďalšie výskumy, ale s rešpektovaním a zachovaním úcty a dôstojnosti k skúmanému človeku, lebo seniori sú ľahko zraniteľnou skupinou. Etike v zdravotníctve a v ošetrovatelstve s vybranými skupinami osôb sa venujeme v nasledujúcej kapitole. *Základné princípy medicínskej etiky*, ako popisujú Šoltés, L. a Pullmann, R. (2008) sú: prospešnosť, neškodnosť, autonómia a spravodlivosť. Spomínajú autori ďalej uvádzajú *etické požiadavky lekárskeho povolania* - telesné a duševné zdravie; odborná a osobnostná zdatnosť; lekárske stavovské cnosti: láska k blížnemu, zodpovednosť, obetavosť, poctivosť, sociálne cítenie a iné.

Špecifika sociálnej práce v zdravotníctve

V každom z uvedených období sa vyznačovala soc. práca ako profesia určitými špecifickými charakteristikami v závislosti od chápania spoločenského významu a poslania soc. práce

Profesionalizácia soc. práce je podmienená zdokonalením systému vzdelávania sociálnych pracovníkov po obsahovej i organizačnej stránke. V tejto súvislosti „je dôležité si uvedomiť, že pri riešení akejkoľvek sociálnej situácie je ťažiskom sociálno-výchovné pôsobenie. Táto skutočnosť sa musí odraziť pri koncipovaní vzdelávacieho obsahu. Aj keď vedomosti a zručnosti sociálneho pracovníka vychádzajú z interdisciplinárneho chápania soc. práce, základnú bázu musia tvoriť humanitné – spoločensko-vedné disciplíny.“ (Hudecová)

Je teda zrejmé, že profesionalizácia soc. práce je determinovaná počiatočným odborným vzdelávaním a výcvikom, ako i kontinuálnym vzdelávaním.

Ukazuje sa naliehavá potreba zavedenia do praxe soc. práce už spracovaných štandardov (profesijných, akreditačných i viazaných na zamestnávanie soc. pracovníkov)

Od procesu profesionalizácie sa očakáva okrem iného zvyšovanie informovanosti verejnosti o sociálnej práci ako profesii a zvyšovanie jej kreditu. K zmene statusu tejto profesie je možné dospieť len systematickým úsilím všetkých zainteresovaných – od ústredných orgánov štátnej správy až po samotných soc. pracovníkov.

Aj keď je pre soc. prácu ako profesiu príznačný prudký rozvoj, je zrejmé potreba

Odlerová /2011, str. 55/ In Tokovská, Odelgová 2011 definuje sociálnu prácu v zdravotníctve ako: Odborná činnosť, pri ktorej sociálno-zdravotní pracovníci pomáhajú pacientom pri zmiernení alebo odstránení problémov, ktoré vyvolávajú dopad choroby na oblasť ich sociálneho fungovania.“ Najčastejšie sa využíva metóda sociálnej práce s jednotlivcom – prípadová sociálna práca. Je zameraná na poradenskú činnosť a pomoc pri orientácii v probléme pacienta. Určité riešenie problému si pacient vyberá sám. Sociálny pracovník je v úlohe sprievodcu, radcu alebo je pacientovým zákonným zástupcom, ak pacient súhlasí. Keď je pacientom maloleté dieťa, ktoré sa sralo obeťou týrania, pracovník spolupracuje aj s rodinou, pokiaľ pacient súhlasí / Odlerová, 2011, In Tokovská, Odlerová, 2011/

Sociálny pracovník a jeho úloha v zdravotníctve

Zložkou sociálnej práce v zdravotníctve je aj úplná liečebnou – preventívna starostlivosť o pacienta. Má smerovať ku skvalitneniu existenčných podmienok ľudí, ktorí nedokážu zvládnuť svoju vzniknutú situáciu bez pomoci iných /Mojtová, 2008/.

Sociálny pracovník musí rešpektovať zdravotný stav klienta a niektoré problémy riešiť až po stabilizovaní stavu pacienta. Občas oddialenie riešenia do úvahy. Osoba sociálneho pracovníka si vyžaduje mať dispozíciu flexibilne riešiť problémy, orientovať sa v dostupných zdrojoch. Či zvládnuť porady so zástupcami rozmanitých inštitúcií i s ďalšími profesiami.

V prípade keď klient prejaví svoje emócie by mal sociálny pracovník pomôcť tieto emócie dobre spracovať pre vytvorenie pocitu bezpečnosti. Ak mu nevie pomôcť spracovať pocity, mal by mu odporučiť iného pomáhajúceho profesionála, resp. posunúť k iným kompetentným odborníkom, ktorý sa svoju prácu zodpovedajú. Nie je na mieste, ak sociálny pracovník si myslí, že zvládne „všetko“, tým môže klientovi aj ublížiť. V našej kompetencii sociálne práce v zdravotníctve, resp. referáte sociálnej práce je poskytnúť pomoc a pomáhať pri vypisovaní žiadosti o odkázanosti na sociálnu službu, ako aj pri vybavovaní sociálnych služieb ako sú: Zariadenie pre seniorov, Zariadenie opatrovateľskej služby, Opatrovateľská služba, Denný stacionár, Prepravná služba, ktoré sú v kompetencii mesta a obcí. Ďalšie sociálne služby v kompetencii Prešovského samosprávneho kraja: Domov sociálnych služieb, Zariadenie podporného bývania, ..

Sociálne služby ako nástroj pomoci klientom

Sociálne služby sú integrálnou súčasťou verejných a neverejných služieb. Napomáhajú občanom riešiť sociálnu situáciu a vďaka ich pôsobeniu sa tak môžu podieľať na všetkých stránkach života spoločnosti a uplatňovať si svoje ľudské a občianske práva. Významné je tiež zmierňovanie a odstraňovanie sociálnej exklúzie a tým zvyšovanie miery opätovnej integrácie občanov do spoločnosti. Riešenie sociálnych jednotlivcov, rodín a skupín ovplyvňuje pozitívne celkovú sociálnu klímu v spoločnosti. /Repková, Brichtová 2009/ Na území Slovenskej republiky v oblasti poskytovania sociálnych služieb stále prevláda dopyt nad ponukou. Obmedzené a nespočetné sú tiež kapacity jednotlivých zariadení, ktoré tieto služby poskytujú. /Olah a kol. 2014/ Medzi objektívne príčiny tejto situácie patrí z demografického hľadiska nárast občanov v dôchodkovom veku, ako aj neustále zvyšujúci počet ľudí s nepriaznivým zdravotným stavom, najmä seniorov a existencia kombinovaných zdravotných postihnutí u mladšej generácii. Túto ťažko riešiteľnú situáciu zažívame v zdravotníctve, nakoľko pacienti, resp. ich pobyt v nemocnici je limitovaný zdravotnými poisťovňami a ich liečba v nemocnici končí. Pacient by mal mať pripravenú pobytovú sociálnu službu a pokračovať kontinuálne / pokiaľ rodina nemôže, nevláda, resp. nemá nikoho/ v starostlivosti o jeho zdravie a sociálnu pomoc, ktorú pacient potrebuje. V tomto probléme nemocnica v Prešove ma zriadený referát sociálnej práce, kde pracujú vy vzdelaní a dlhoročnou praxou pripravení sociálni pracovníci.

Sociálna práca v podmienkach hospicovej starostlivosti

Starostlivosť o nevyliciteľne chorých, zomierajúcich je predmetom interdisciplinárneho vedného odboru pod názvom thanatológia, ktorého názov je odvodený od gréckeho boha smrteľného spánku a smrti Thanata. Thanatológia ako vedná disciplína má úzky vzťah k

nasledujúcim vedám: filozofii, medicíne, teológii, psychológii, sociológii ako aj k sociálnej práci. Jej súčasťou sú nasledujúce problémové okruhy: fenomén smrti, proces umierania, zadržaná smrť (tzv. dystanázia), eutanázia, kvalita života, ritualizácia smrti a problematika zármutku a žiaľu. (Haškovcová, 2000). Thanatológia má v núdzovej situácii čeliť technokraticky koncipovanej (odľučenej) medicíne a pomáhať človeku v jeho najväčšej kríze: tesne pred príchodom alebo počas nastávajúcej smrti.

Procesuálnou stránkou thanatológie je *paliatívna starostlivosť*. Od 1.7.2006 v SR nadobudla účinnosť Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, podľa ktorej je paliatívna starostlivosť prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psycho-sociálne a duchovné problémy, a tým predchádza a zmierňuje utrpenie. Paliatívna starostlivosť podporuje život a považuje umieranie za prirodzený proces, neurýchľuje, ani neodďaľuje smrť, poskytuje úľavu od bolesti a iných príznakov, zaraďuje do starostlivosti o pacienta psychické a duchovné aspekty a vytvára podporný systém, ktorý pomáha rodine vyrovnat' sa s pacientovou chorobou a smútkom po jeho smrti. Paliatívna starostlivosť sa poskytuje v špecializovaných zariadeniach pod názvom hospice. Hospic v zmysle § 7 ods. 3 písm. c) Zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov je samostatné zdravotnícke zariadenie určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Optimálny počet postelí v hospici je 20. Paliatívnu starostlivosť poskytovanú hospicmi označujeme ako hospicovú starostlivosť. Myšlienka hospicu vychádza z úcty k človeku ako k jedinečnej a neopakovateľnej bytosti, ktorá vychádza z jeho potrieb: biologických, psychologických, sociálnych a duchovných. Hospic nevyliciteľne chorému a zomierajúcemu pacientovi garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, vždy bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť a v posledných chvíľach života nezostane sám. (Svatošová, 1995)

Formy paliatívnej starostlivosti zo zahraničných skúseností uvádzajú autori Slama a Vorlíček (2007):

- *Domáca hospicová starostlivosť* (niekedy taktiež mobilná paliatívna starostlivosť). Túto starostlivosť je možné realizovať jedine v situácii, kedy existuje fungujúce rodinné zázemie.
- *Lôžkový hospic* – dôraz je kladený predovšetkým na kvalitu života klienta.
- *Ambulancie paliatívnej medicíny a konziliárny paliatívny tím*, ktorý sa skladá minimálne z lekára, zdravotnej sestry a sociálneho pracovníka.
- *Oddelenie paliatívnej starostlivosti*. Malo by sa jednať o oddelenie, ktoré v duchu hospicového ideálu ponúka v rámci zdravotníckeho zariadenia komplexnú paliatívnu starostlivosť o chorých, ktorí potrebujú pre diagnostiku a liečbu komplement nemocnice.
- *Stacionárna paliatívna starostlivosť* – dôvody k prijatiu môžu byť respitné, psychoterapeutické, rehabilitačné, diagnostické, terapeutické.
- *Špeciálna hospicová poradňa* – ponúka poradenstvo telefonické, internetové i priamo pre pacientov, rodinu chorého, ako aj pozostalých.

Hospicová starostlivosť tvorí systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktorej cieľom je poskytovanie ambulantnej a ústavnej starostlivosti všetkým vekovým skupinám nevyliciteľne chorých a zomierajúcich pacientov s rešpektovaním ich ľudskej dôstojnosti, zabezpečením komfortu, spokojnosti a pohodlia.

Sociálny pracovník ako člen multidisciplinárneho tímu

Sociálna práca má v rámci paliatívnej starostlivosti svoje významné miesto a spolu s ostatnými profesiami zahŕňa pomoc a podporu blízkym, ako aj rodine chorého. Úlohou práce s umierajúcimi je sprevádzanie klienta, jeho rodiny a blízkych, kde vďaka svojim znalostiam a skúsenostiam má sociálny pracovník čo ponúknuť a môže prispieť k prechodu z pocitu smútku a depresie k vyrovnaniu sa s danou situáciou, k pokojnému prijatiu toho, čo život dáva i berie, k zlepšeniu rodinných vzťahov, k naplneniu posledných dní života naozajstným životom. To znamená, že paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu možnej kvality života chorého až do smrti, k zmierneniu jeho utrpenia a bolesti.

Sociálny pracovník je rovnoprávnym členom multidisciplinárneho tímu starajúceho sa o umierajúceho a jeho rodinu. Profesionálny spôsob práce sociálneho pracovníka je predovšetkým uskutočňovanie a napĺňovanie potrieb v línii pomoci. Jedná sa predovšetkým o profesionálne spôsoby práce a to poradenstvo a sprevádzanie.

Pri každodennej konfrontácii so smrťou sa veľmi rýchlo stráca rozdiel medzi profesiami, čo nie je prekážkou odbornosti. Núti to byť viac ľuďmi ako len pracovníkmi, zamestnancami, pričom kompetencie nie sú nijako porušené. Všetci členovia sú si rovnocenní a rovnako potrebný pre samotného pacienta. Je dôležité, aby jeho členovia vzájomne komunikovali a kooperovali. Tento tím tvoria: lekári, zdravotné sestry, rehabilitační pracovníci, psychológovia, sociálni pracovníci, kňaz, dobrovoľníci...

Celý tím ako celok uplatňuje voči klientovi i jeho rodine nedirektívny partnerský prístup, ktorý je plne nevyhnutný. Pranie pacienta je prvoradé a partnerský vzťah je zárukou dobrej spolupráce.

Kompetencie sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti

Pojem kompetencie je širokým pojmom, ktorý zahŕňa schopnosť prenášať znalosti a schopnosti do nových situácií v danej oblasti povolania. Zahŕňa organizáciu a plánovanie práce, inováciu a vyrovnanie sa s nerutinnými činnosťami. Na vymedzenie kompetencií v hospicovej starostlivosti autor Student a kol. (2006) uvádza tri kroky: vedomosti, schopnosti, postoje – Knowledge, Skills, Attitudes, ktoré sú pevnou súčasťou sociálnej práce.

Na základe týchto krokov autor Löcherbach (in Student, 2006) vypracoval koncept profesionálnych kompetencií k jednaniu použiteľný pre sociálnu prácu v hospicovej starostlivosti pre riadenie jednotlivých prípadov (Case – Manager). Vzniká ako prienik hardskills a softskills – vecnej, metodologickej, sociálnej a odbornej kompetencie.

Profesionálne kompetencie sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti

Zdroj: Student, 2006, s.118

- *Kompetencie vecné* – sociálny pracovník by mal mať odborné, infraštruktúrne a kultúrne vedomosti, znalosť vysvetľovania a schopnosť jednania.

- *Metodické kompetencie* – poznať možnosti a metódy poskytovaných služieb a intervencie, networking, komunikačné techniky, organizačné schopnosti, coaching, riadenie znalostí a evalvácia.
- *Sociálne kompetencie* – schopnosť komunikácie, kooperácie, schopnosť zvládať kritiku a konflikty, schopnosť multidisciplinárnej spolupráce, schopnosť poskytnúť emočnú podporu.
- *Osobné kompetencie* – schopnosť rozvoja vlastnej osobnosti, ochota a schopnosť sebareflexie. (Student a kol., 2006)

V podmienkach hospicovej starostlivosti sa využívajú profesionálne kompetencie sociálneho pracovníka ako sú: schopnosť komunikácie, vedenie rozhovoru, krízová intervencia, ale taktiež schopnosť sprevádzať umierajúcich podľa danej fázy umierania, aktivizovať, podporovať a pomáhať klientom, ako aj rodine. Sociálni pracovníci v hospicovom prostredí by mali spĺňať dve základné dimenzie a to odbornosť a ľudský prístup.

Zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Nedá mi spomenúť zákon o sociálnych službách a jeho využitie v praxi. Predmetom zákona o sociálnych službách je: Tento zákon upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb. Nebudem rozvádzať tento zákon, nakoniec každý sociálny pracovník by ho mal ovládať, resp. nájsť v zákone čo práve v danej sociálnej situácii potrebuje pre pomoc svojho klienta. Avšak nedá mi spomenúť plnenie zákona zo strany samosprávy, ktorej sociálne služby najviac chýbajú. Mesta a obce sú niekedy bezradné nemajú „kde“ umiestniť do pobytových zariadení svojich občanov, je to viditeľne vidno v praxi pri prepúšťaní pacientov z nemocničného lôžka.

Záver

Záverom našej práce chceme zdôrazniť potrebu sociálnej práce na Slovensku, nielen v zdravotníctve, ale aj v iných odboroch, kde sa realizuje sociálna práca. V tejto práci sme sa zamerali na etický kódex sociálneho pracovníka, ktorý by mal ovládať nielen teoretický každý sociálny pracovník. Sociálna práca v zdravotníctve je to toho času naše pracovisko a tak sme chceli poukázať na prácu a závažnosť sociálnych problémov, ktoré sa v praxi ukazujú. Nedalo nám spomenúť o sociálnych službách a hospicu, ako aj jeho podmienkach. Záverom našej práce sme dali do povedomia zákon o sociálnych službách, bez ktorého sa v praxi nezaobídeme. Prajeme všetkým aj sami sebe veľa zdravia, síl v tak náročnej, ale zároveň krásnej, naplňujúcej práce s ľuďmi, ktorí pomoc potrebujú.

Zoznam použitej literatúry

- ODEROVÁ, A. 2011 – Sociálna práca v zdravotníckych zariadeniach, In Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce. 1. Vydanie Banská Bystrica: Občianske združenie Rieka života – Centrum pomoci seniorom. 2011, 166str. ISBN - 978-80-970737-6
- ANDRÁŠOVÁ EVA, 2012, Sociálna práca v zdravotníctve, Katolícka univerzita v Ružomberku.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie. Náuka o umírání a smrti*. Praha : Galén, 2000. 190

s. ISBN 80-7262-034-7

SVATOŠOVÁ, M. 1995. *Hospic a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1995.

STUDENT, J. CH. – MÜHLUM, A. – STUDENT. U. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany : H & H, 2006. 161 s. ISBN-10: 80-7319-059-1

REPKOVÁ, BRICHTOVÁ, 2014 Sociálne služby. Str. 275, ISBN – 978-80-7138

OLAH, M. a kolektív -2014 Sociálny systém. Bratislava VŠZSP, ISBN 80-9694-496-7

Zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

POSTOJ ČLOVEKA K ZOMIERANIU A SMRTI V 21. STOROČÍ

Fajčáková L.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - doktorand¹

ÚVOD

Prečo je zomieranie v 21. storočí iné? Ľudia majú stále tie isté podvedomé predstavy a fantázie o smrti, aké mali ľudia aj pred rokmi. Čo sa zmenilo? Moderná doba má k zomieraniu a smrti zvláštny prístup. Na jednej strane sa tvárime, že nejestvuje. O smrti nechceme nič počuť, rozprávať a ani premýšľať. Chránime pred ňou aj deti. Možno odmietame vziať ich na pohreb najbližšieho príbuzného. Druhá strana mince ukazuje smrť, ako niečo úplne bežné a jednoduché. V kine, na televíznej obrazovke, v počítačových hrách denne zomierajú stovky ľudí. Kamera sa sústreďí na posledný výdych. Potom sa zdá, že o zomieraní vieme všetko. Už nemá nádych tajomstva a prechodu do večnosti. Zomieranie sa stalo technickou záležitosťou. Ľudia nechcú, aby niekto zomrel v ich blízkosti. Dnešná spoločnosť je charakteristická vytesnením utrpenia a vyznávaním materiálnych hodnôt. Podstatným je život v blahobyte. Smrť a dôstojné zomieranie akoby k životu vôbec nepatrili. Žijeme v ilúzii, že ak sme schopní ovládať toľko vecí, sme schopní ovládať aj smrť. Zomieranie a smrť sa stále tabuizuje, i keď si človek uvedomuje, že smrť sa týka každého z nás osobne, môže sa kedykoľvek objaviť. Každý z nás musí zomrieť, no mnohí si namýšľajú, že smrť je od nich vzdialená až tak, že ju strácajú z dohľadu. Žijeme v jej stálej blízkosti. Smrť nie je prekliatím, ale prirodzenou súčasťou života. Identifikovanie miery prežívania zomierania a smrti je dôležité z hľadiska prijatia faktu smrteľnosti, ako súčasť života. Ľudia, ktorí akceptujú svoju smrteľnosť, majú väčšiu schopnosť vyrovnat' sa so zomieraním a smrťou.

Dôležité je nevytesňovať smrť z bežného života a dostať ju do povedomia odbornej a laickej verejnosti. Postoj k smrti odráža postoj k životu. Smrť je kľúčom k otázke, kto je vlastne človek. Za hranicu smrti nikto z nás nevidí. Ale pri starostlivosti o zomierajúcich máme občas možnosť nahliadnuť o kúsok ďalej.

Cieľ výskumu

Hlavnou náplňou tejto štúdie je posúdiť názory sestier a jednotlivcov z bežnej populácie na smrť a ich postoj k zomieraniu vo východoslovenskom regióne v 21. storočí a posúdiť vplyv vybraných faktorov na ich názor. Na základe predchádzajúcich poznatkov a informácií sme stanovili tento výskumný problém: Aký názor na smrť a postoj k zomieraniu majú ľudia v súčasnosti? Na základe výskumného problému sme stanovili hypotézu, že postoje verejnosti k zomieraniu a smrti sú signifikantne odlišné ako postoje sestier

Súbor a metodika

Výskumnú vzorku, ktorú spolu tvorilo 600 respondentov sme rozdelili na dva súbory s rovnakým počtom respondentov. Prvú výskumnú vzorku tvorilo 300 sestier, ktoré pracujú na lôžkových oddeleniach v 5. zdravotníckych zariadeniach východoslovenského regiónu:

Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov, Nemocnica A. Leňa Humenné, n. o., Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a. s., Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a. s., Vranovská nemocnica n. o. Vranov nad Topľou. Druhu výskumnú vzorku tvorilo 300 jednotlivcov z bežnej populácie taktiež z východoslovenského regiónu. Pre takýto priebeh štúdie bol získaný informovaný súhlas zdravotníckych zariadení. Emitovaných bolo 600 dotazníkov so 100 % návratnosťou. Pri spracovaní výsledkov tejto štúdie boli použité metódy z indukívnej štatistiky: Chi- kvadrát, koeficienty kontingencie (Phi, Cramerovo V) a t-test (hladina štatistickej významnosti P). Výsledky sú znázornené v kontingenčných tabuľkách.

Analýza výsledkov výskumu

Tabuľka 1 Vek sestier

| Vek | n | % |
|-----------------|------------|--------------|
| 20 – 29 rokov | 45 | 15,0 |
| 30 – 39 rokov | 77 | 25,7 |
| 40 – 49 rokov | 127 | 42,3 |
| 50 a viac rokov | 51 | 17,0 |
| Spolu | 300 | 100,0 |

Súbor tvorilo 300 sestier z východoslovenského regiónu najčastejšie vo veku 40 - 49 rokov.

Tabuľka 2 Vzdelanie sestier

| Vzdelanie | n | % |
|--|------------|--------------|
| úplné stredné odborné vzdelanie | 94 | 31,3 |
| vyššie odborné vzdelanie | 53 | 17,7 |
| vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa /Bc./ | 98 | 32,7 |
| vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa /Mgr./ | 55 | 18,3 |
| Spolu | 300 | 100,0 |

Výsledky naznačujú, že najväčšie zastúpenie sestier tvorili sestry s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa. Potom nasledovali sestry s úplným stredným odborným vzdelaním.

Tabuľka 3 Dĺžka klinickej praxe sestier

| Dĺžka klinickej praxe | n | % |
|-----------------------|------------|--------------|
| do 3. rokov | 30 | 10,0 |
| od 4. – 10 rokov | 40 | 13,3 |
| od 11 – 20 rokov | 83 | 27,7 |
| od 21 – 30 rokov | 109 | 36,3 |
| nad 31 rokov | 38 | 12,7 |
| Spolu | 300 | 100,0 |

Z výsledkov vyplýva, že najviac sestier bolo s dĺžkou klinickej praxe od 21 – 30 rokov. Najmenej sestier má klinickú prax do 3. rokov.

Tabuľka 4 Pohlavie populácie

| Pohlavie | n | % |
|--------------|------------|--------------|
| žena | 185 | 61,7 |
| muž | 115 | 38,3 |
| Spolu | 300 | 100,0 |

Súbor tvorilo 300 respondentov z východoslovenského regiónu s prevahou žien.

Tabuľka 5 Vek populácie

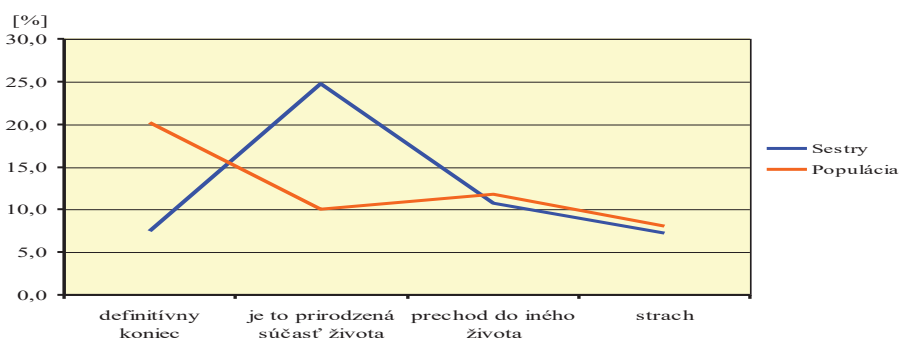
| Vek | n | % |
|-----------------|------------|--------------|
| 18 – 29 rokov | 28 | 9,3 |
| 30 – 39 rokov | 77 | 25,7 |
| 40 – 49 rokov | 44 | 14,7 |
| 50 – 59 rokov | 50 | 16,7 |
| 60 – 69 rokov | 73 | 24,3 |
| 70 – 79 rokov | 21 | 7,0 |
| 80 a viac rokov | 7 | 2,3 |
| Spolu | 300 | 100,0 |

Z uvedeného vyplýva, že najviac jednotlivcov, ktorí sa zúčastnili výskumu bolo vo veku 30 – 39 rokov.

Tabuľka 6 Vzdelanie populácie

| Vzdelanie | n | % |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| základné | 12 | 4,0 |
| stredné odborné bez maturity | 79 | 26,3 |
| úplné stredné odborné s maturitou | 149 | 49,7 |
| vysokoškolské | 60 | 20,0 |
| Spolu | 300 | 100,0 |

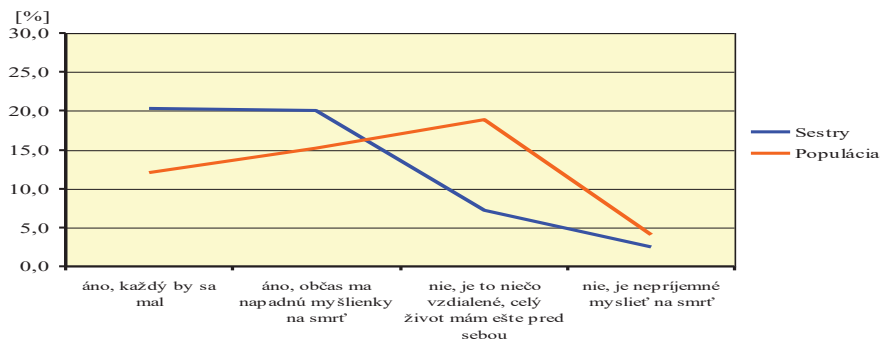
Výsledky naznačujú, že najväčšie zastúpenie tvorili jednotlivci so stredoškolským vzdelaním. Najmenej ich malo základné vzdelanie.



Graf 1 Myšlienková asociácia pri slove smrť u sestier v porovnaní s

Pearsonov Chi kvadrát = 72,664, df = 3, P = 0,000, Phi = 0,348, Cramerovo V = 0,348, P = 0,000

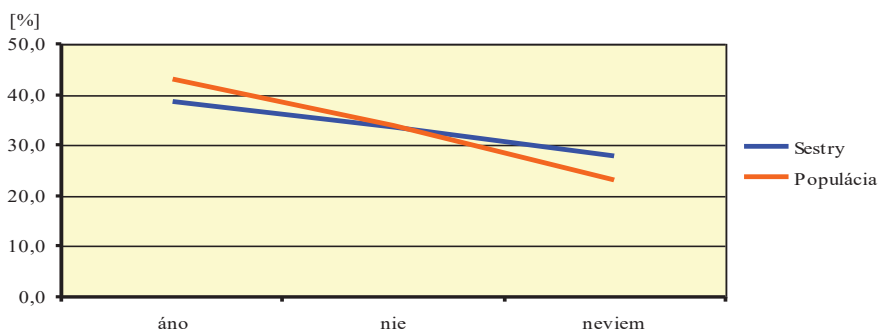
Koeficienty kontingencie Phi a Cramerovo V hovoria o signifikantnom stredne silnom vzťahu medzi myšlienkovými asociáciami so slovom smrť u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie. Z uvedeného vyplýva, že jednotlivci našej vzorky chápu smrť, ako definitívny koniec. Sestry ju berú, ako prirodzenú súčasť života.



Graf 2 Vzťah medzi myslením na svoju smrť u sestier v porovnaní s populáciou

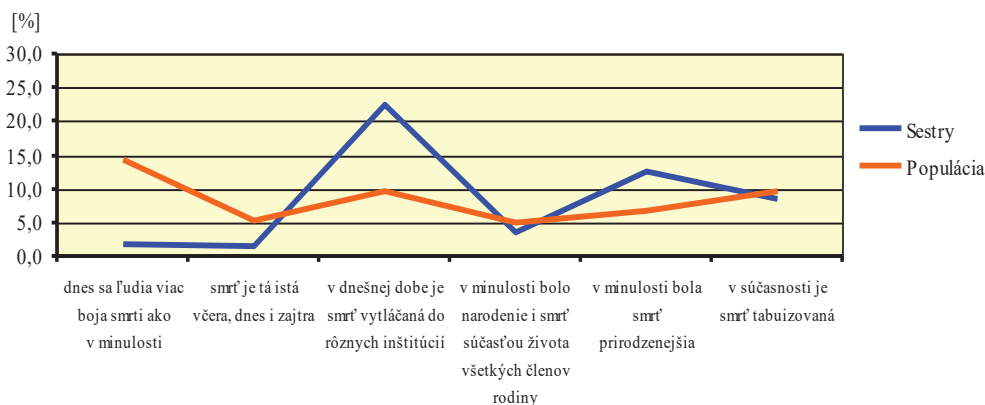
Pearsonov Chi kvadrát = 50,360, df = 3, P = 0,000, Phi = 0,290, Cramerovo V = 0,290, P = 0,000

Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom, ale slabom vzťahu medzi zamýšľaním sa nad svojou smrťou u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie. Z uvedeného vyplýva, že sestry sa častejšie zamýšľajú nad svojou smrťou v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie.



Graf 3 Vzťah medzi uvažovaním nad smrťou svojich blízkych u sestier v porovnaní s populáciou

Medzi uvažovaním nad smrťou svojich blízkych u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie neboli zistené rozdiely.



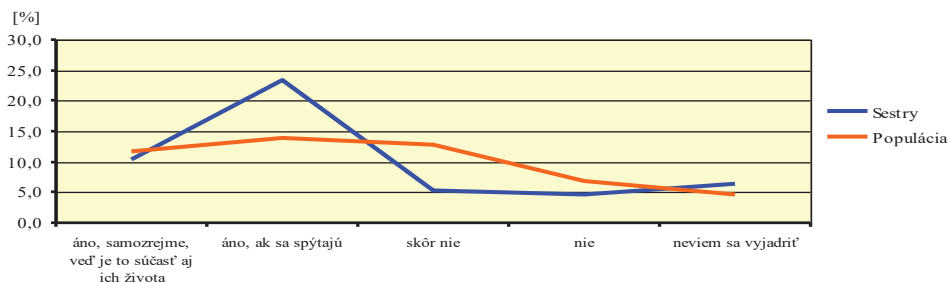
Graf 4 Vzťah medzi pohľadom sestier a populáciou na smrť v súčasnosti v porovnaní s minulosťou

Pearsonov Chi kvadrát = 114,926, df = 5, P = 0,000, Phi = 0,438, Cramerovo V = 0,438, P = 0,000

Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom stredne silnom vzťahu medzi pohľadom sestier a jednotlivcov z bežnej populácie na smrť v súčasnosti oproti minulosti. Z výsledkov vyplýva, že sestry si myslia, že smrť je vytláčaná do nemocníc a v minulosti

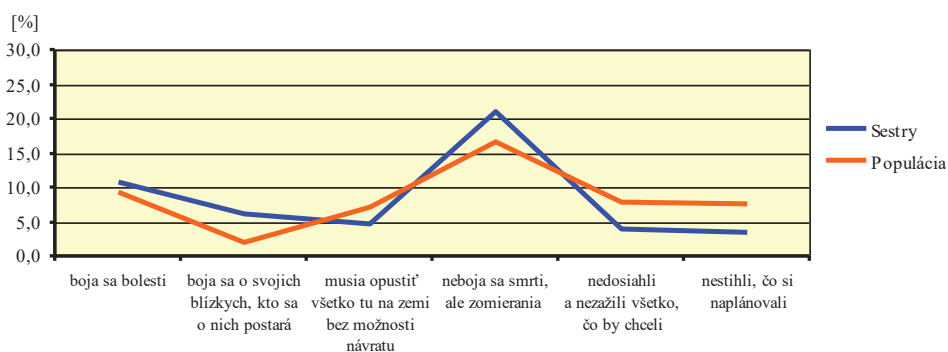
bola prirodzenejšia, jednotlivci si myslia, že dnes sa jej ľudia viac boja. V ostatných názoroch väčšinou panuje zhoda.

Pearsonov Chi kvadrát = 37,790, df = 4, P = 0,000



Graf 5 Názor sestier na to, či by rodičia mali rozprávať svojim deťom o smrti v porovnaní s

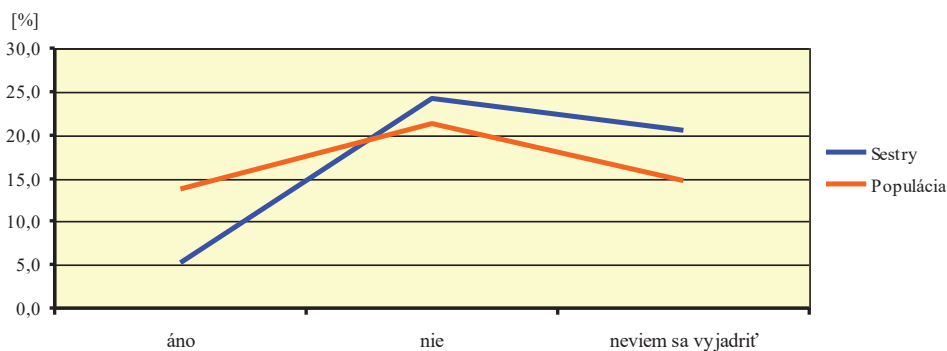
Rozdielne názory medzi týmito dvoma skupinami sú najmä v odpovedi, že treba s deťmi rozprávať aj na túto tému, ak sa spýtajú. K tomuto názoru sa viac prikláňajú sestry. Jednotlivci sa prikláňajú k názoru, že túto tému s deťmi skôr netreba rozoberať.



Graf 6 Názor na dôvody, prečo sa ľudia boja smrti u sestier v porovnaní s

Pearsonov Chi kvadrát = 35,774, df = 5, P = 0,000, Phi = 0,244, Cramerovo V = 0,244, P = 0,000

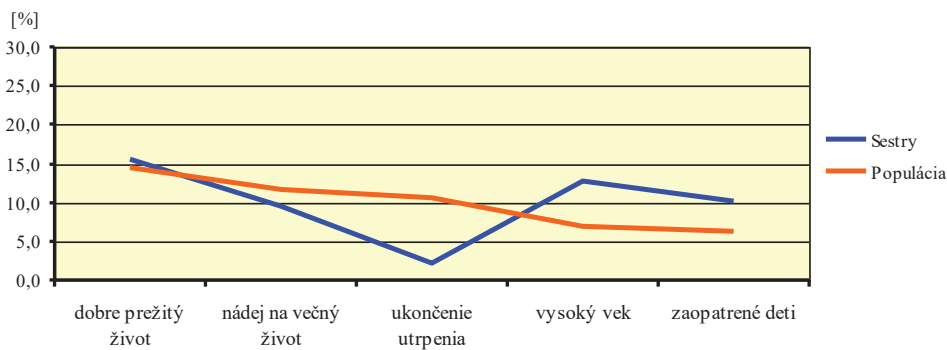
Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom slabom vzťahu medzi názorom na to, prečo sa ľudia boja smrti u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie. Z uvedeného vyplýva, že väčšina respondentov si myslí, že ľudia sa neboja až tak smrti, ale viac zomierania a bolesti, a to najmä sestry. Populácia sa viac obáva toho, že už musia všetko opustiť, nestihli ešte všetko dokončiť.



Graf 7 Názor na pripravenosť na zomieranie a smrť u sestier v porovnaní

Pearsonov Chi kvadrát = 29,129, df = 2, P = 0,000, Phi = 0,220, Cramerovo V = 0,220, P = 0,000

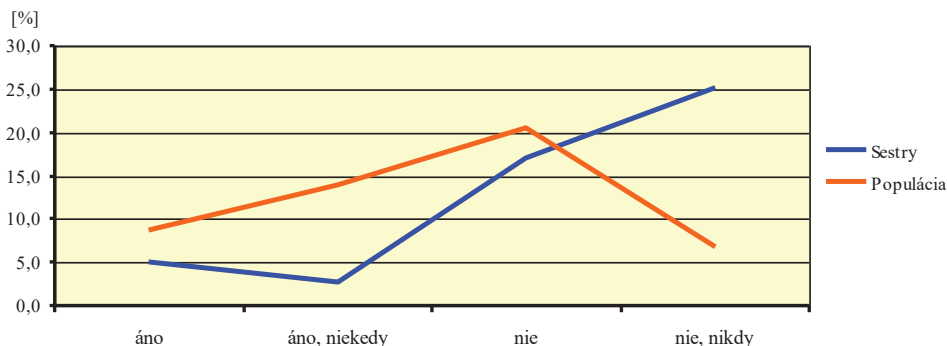
Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom, no slabom vzťahu medzi názorom na to, či sú samotní respondenti pripravení na zomieranie a smrť. Z uvedeného vyplýva, že nie sú pripravení. Sestry sa k danej téme nevedeli vyjadriť častejšie, ako jednotlivci z bežnej populácie.



Graf 8 Názor na to, čo by najviac pomohlo pri vyrovnávaní sa so smrťou u sestier v porovnaní s populáciou

Pearsonov Chi kvadrát = 49,565, df = 4, P = 0,000, Phi = 0,287, Cramerovo V = 0,287, P = 0,000

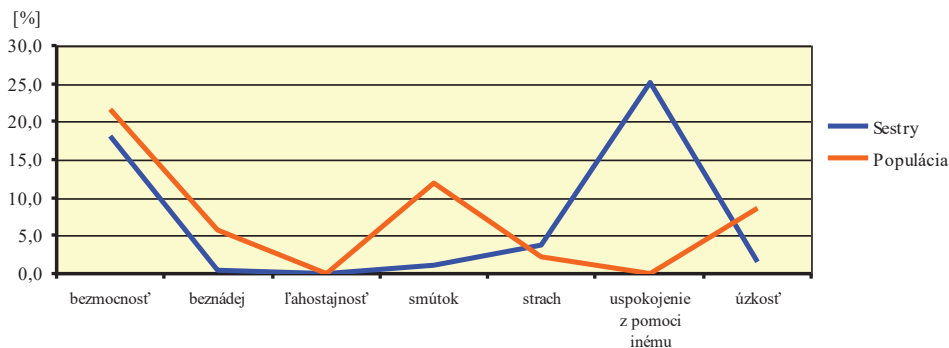
Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom slabom vzťahu medzi názorom na to, čo by najviac prispelo k vyrovnávaniu sa so smrťou u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie. Z uvedeného vyplýva, že v oboch prípadoch si väčšina myslí, že pozitívne hodnotenie života a nádej na večný život. Jednotlivci preferujú aj názor, že ukončenie utrpenia pomáha pri vyrovnávaní. Sestry si ďalej myslia, že aj myšlienka dosiahnutia vysokého veku a zaopatrené deti.



Graf 9 Strach z kontaktu s umierajúcim u sestier v porovnaní s

Pearsonov Chi kvadrát = 117,287, df = 3, P = 0,000, Phi = 0,442, Cramerovo V = 0,442, P = 0,000

Signifikantné hodnoty Pearsonovho Chi kvadrátu a koeficientov kontingencie hovoria, že jednotlivci z bežnej populácie majú väčší strach z kontaktu s umierajúcim než sestry.

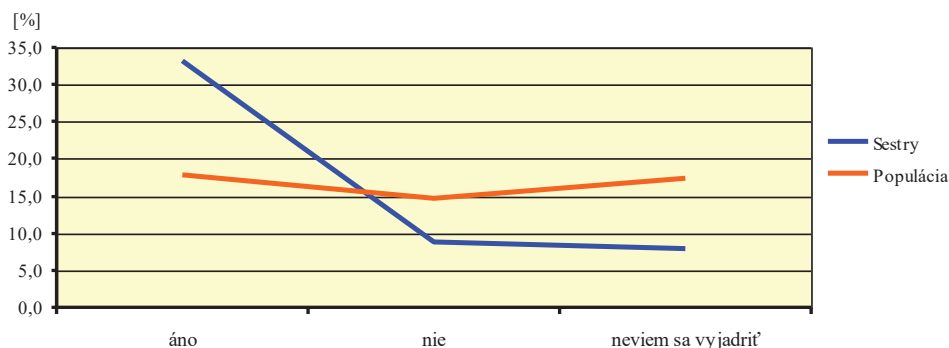


Graf 10 Pocity pri stretnutí s umierajúcim u sestier v porovnaní s populáciou

Pearsonov Chi kvadrát = 264,202, df = 5, P = 0,000, Phi = 0,664, Cramerovo V = 0,664, P = 0,000

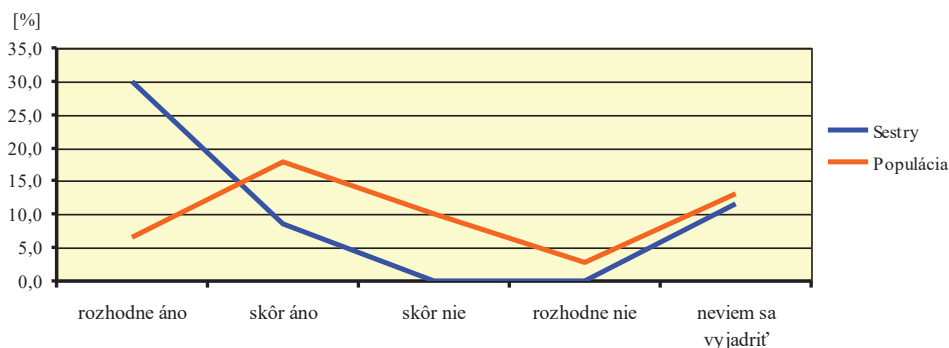
Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom silnom vzťahu medzi pocitmi pri stretnutí s umierajúcim u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie. Z uvedeného vyplýva, že väčšina má pocit bezmocnosti. Sestry uvádzajú aj pocit uspokojenia z pomoci inému. U jednotlivcov sa častejšie, ako u sestier objavuje smútok a úzkosť.

Pearsonov Chi kvadrát = 59,377, df = 3, P = 0,000, Phi = 0,315, Cramerovo V = 0,315, P = 0,000



Graf 11 Názor sestier v porovnaní s populáciou na to, či by ľudia v terminálnom štádiu mali zomrieť doma

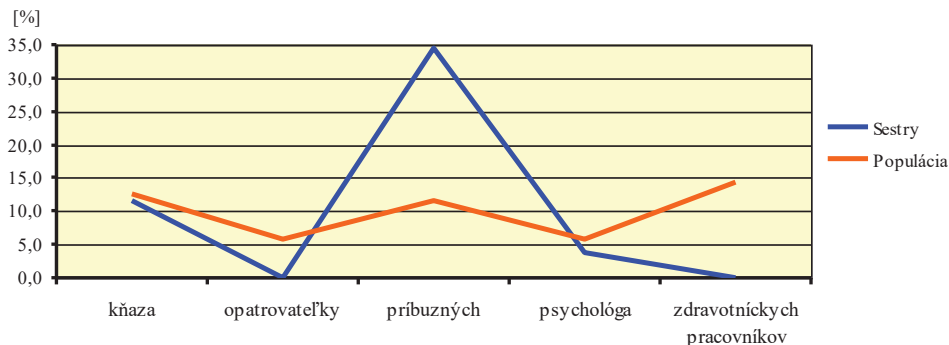
Sestry skôr preferujú myšlienku smrti ľudí v terminálnom štádiu doma. Jednotlivci z bežnej populácie nie, alebo sa nevedeli presne vyjadriť.



Graf 12 Názor sestier v porovnaní s populáciou na starostlivosť o svojho blízkeho, zomierajúceho doma

Pearsonov Chi kvadrát = 187,180, df = 4, P = 0,000, Phi = 0,559, Cramerovo V = 0,559, P = 0,031

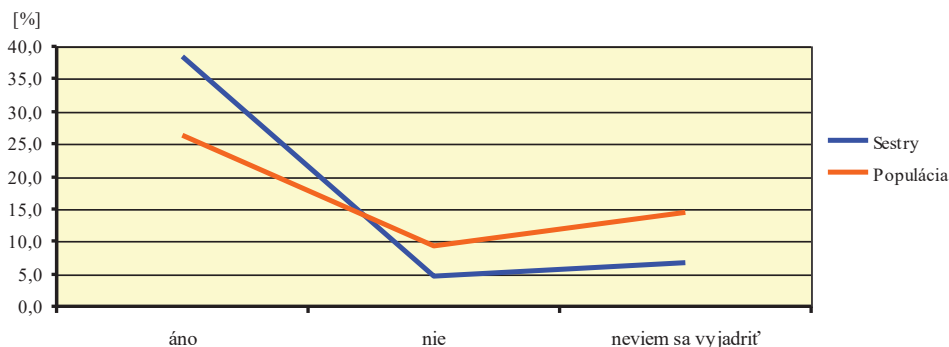
Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom silnom vzťahu medzi sledovaným názorom u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie. Z výsledkov vyplýva, že sestry uvádzajú väčšiu schopnosť postarať sa o svojho blízkeho, zomierajúceho doma než jednotlivci z bežnej populácie.



Graf 13 Koho pomoc by respondenti prijali pri starostlivosti o zomierajúceho

Pearsonov Chi kvadrát = 192,655, $df = 4$, $P = 0,000$, $\Phi = 0,567$, Cramerovo $V = 0,567$, $P = 0,000$

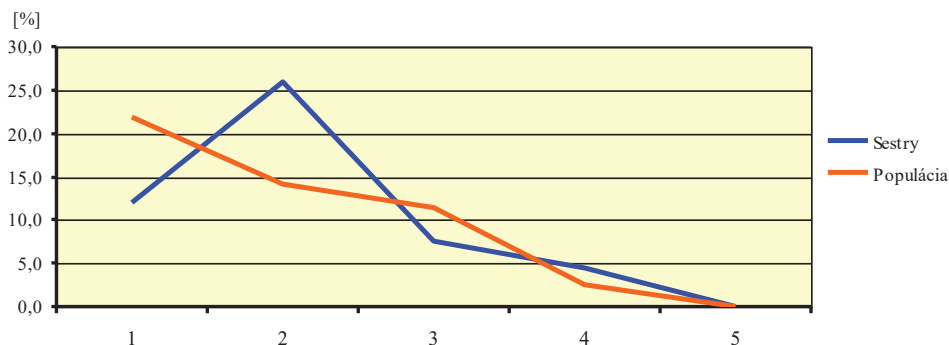
Koeficienty kontingencie hovoria o štatisticky významnom silnom vzťahu medzi sledovanými premennými. Obe skupiny respondentov preferujú najmä pomoc príbuzných, pričom sestry častejšie. Rovnako je preferovaná aj pomoc kňaza. V ďalších možnostiach už vidíme určité rozdiely medzi sestrami a jednotlivcami



Graf 14 Názor respondentov na dôležitosť duchovnej prípravy na smrť

Pearsonov Chi kvadrát = 39,014, $df = 2$, $P = 0,000$, $\Phi = 0,255$, Cramerovo $V = 0,255$, $P = 0,000$

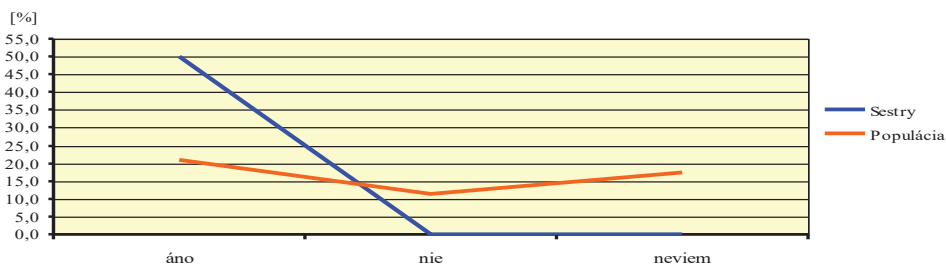
Koeficienty kontingencie hovoria o štatisticky významnom, no slabom vzťahu medzi názorom na dôležitosť duchovnej prípravy na smrť u sestier v porovnaní s jednotlivcami. Výsledky naznačujú, že viac ako polovica respondentov s uvedenou myšlienkou duchovnej prípravy súhlasí, pričom tento názor výraznejšie preferujú sestry.



Graf 15 Hodnotenie prítomnosti duchovného pri

Pearsonov Chi kvadrát = 46,546, df = 3, P = 0,000, Phi = 0,279, Cramerovo V = 0,279, P = 0,000

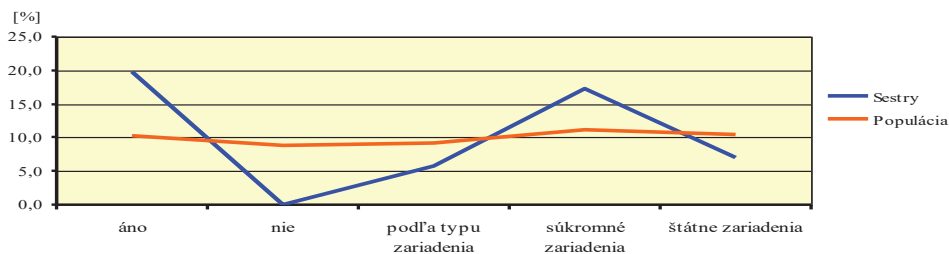
Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom slabom vzťahu medzi hodnotením prítomnosti duchovného pri zomierajúcom u sestier a jednotlivcov. Veľmi kladne klasifikačnou známku 1 hodnotia prítomnosť duchovného najmä jednotlivci z bežnej populácie. Sestry skôr oceňujú prítomnosť duchovného pri zomierajúcom známku 2.



Graf 16 Má zomierajúci špecifické

Pearsonov Chi kvadrát = 245,070, df = 2, P = 0,107, Phi = 0,639, Cramerovo V = 0,639, P = 0,107

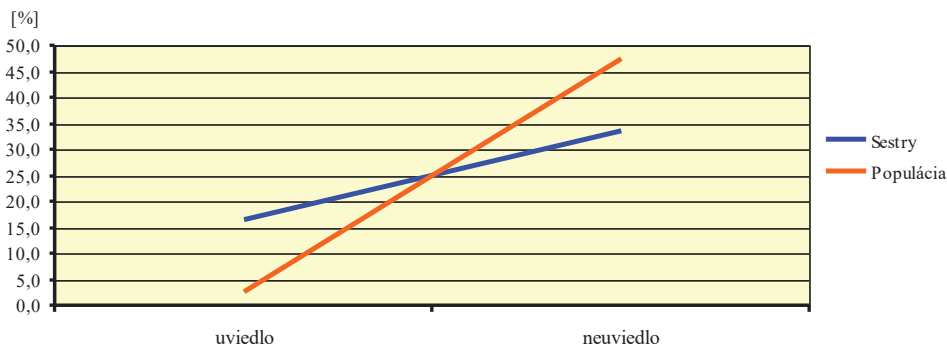
Väčšina respondentov si myslí, že umierajúci majú svoje špecifické práva. Pearsonov Chi kvadrát a aj koeficienty kontingencie nenadobudli štatisticky významné vysoké hodnoty. To podporuje tvrdenie, že sestry lepšie poznajú práva zomierajúcich než ostatná populácia.



Graf 17 Názor respondentov na dodržiavanie práv

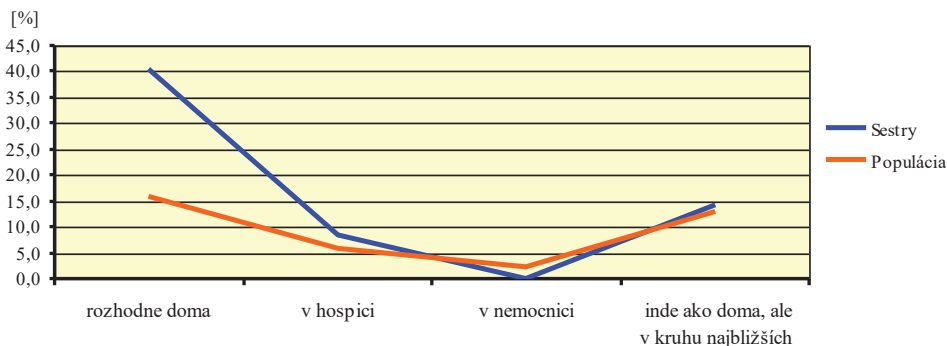
Pearsonov Chi kvadrát = 87,601, df = 4, P = 0,000, Phi = 0,382, Cramerovo V = 0,382, P = 0,000

Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom stredne silnom vzťahu medzi sledovanými premennými. Z uvedeného vyplýva, že väčšina respondentov si myslí, že práva zomierajúcich sa dodržiavajú, pričom v súkromných zdravotníckych zariadeniach sa dodržiavajú vo väčšej miere než v štátnych zariadeniach. U sestier je tento názor zreteľnejší než u jednotlivcov z bežnej populácie.



Graf 18 Uvedenie práv zomierajúcich

Aspoň tri práva zomierajúcich uviedlo podstatne viac sestier, ako jednotlivcov z bežnej populácie.



Graf 19 Výber miesta vlastnej smrti u sestier v porovnaní s populáciou

Pearsonov Chi kvadrát = 34,568, df = 3, P = 0,000, Phi = 0,270, Cramerovo V = 0,270, P = 0,000

Koeficienty kontingencie hovoria o signifikantnom, no slabom vzťahu medzi sledovanými premennými. Z výsledkov vyplýva pranie respondentov umrieť doma, pričom toto presvedčenie je vyššie najmä u sestier.

Diskusia

Cieľom empirickej časti bolo preskúmať názory a postoje k zomieraniu a smrti. Analýzou získaných odpovedí sestier a jednotlivcov z bežnej populácie z dotazníkových hárkov sme sa snažili objasniť problém výskumu, získať odpovede na formulované otázky, splniť ciele a úlohy a v konečnom dôsledku overiť stanovenú hypotézu, že postoje verejnosti k zomieraniu a smrti sú signifikantne odlišné ako postoje sestier. Myšlienková asociácia pri slove smrť je odlišná u sestier v porovnaní s jednotlivcami z bežnej populácie (graf 1). Jednotlivci chápu smrť, ako definitívny koniec. Sestry ju berú, ako prirodzenú súčasť života. Z grafu 2 vyplýva, že sestry častejšie myslia na svoju smrť. Podľa nich by sa každý mal zamýšľať nad svojou smrťou. Jednotlivci sa až tak nezamýšľajú nad svojou smrťou. Pre nich je to niečo vzdialené, celý život majú ešte pred sebou. Medzi sestrami a populáciou existuje aj rozdiel v názoroch, že ľudia v súčasnosti majú iný pohľad na smrť, ako v minulosti (graf 4). Sestry si myslia, že v dnešnej dobe je smrť vytlačaná do rôznych inštitúcií a v minulosti bola prirodzenejšia. Jednotlivci sa priklonili k názoru, že dnes sa ľudia viac boja smrti ako v minulosti. Rozdielne názory medzi týmito dvoma skupinami sú aj v tom, či rodičia by mali rozprávať svojim deťom o smrti (graf 5). Sestry sa prikláňajú k názoru, že áno, ak sa deti spýtajú. Jednotlivci sa zase prikláňajú k názoru, že túto tému s deťmi skôr netreba rozoberať. Z grafu 9 vyplýva, že jednotlivci z bežnej populácie majú väčší strach z kontaktu s umierajúcim než sestry. Stretnutie s umierajúcim vyvoláva v populácii pocit bezmocnosti, smútok a úzkosť. Sestry uvádzajú uspokojenie z pomoci inému (graf 10). Sestry jednoznačne preferujú myšlienku, že ľudia v terminálnom štádiu by mali zomrieť v domácom prostredí. Jednotlivci z bežnej populácie skôr nie, alebo sa nevedeli vyjadriť (graf 11). Z výsledkov vyplýva (graf 12), že sestry uvádzajú oveľa väčšiu schopnosť postarať sa o svojho blízkeho, zomierajúceho doma, než jednotlivci z bežnej populácie. Najväčšiu pomoc pri starostlivosti o zomierajúcich by sestry prijali od príbuzných a potom od kňaza. Jednotlivci z bežnej populácie by pomoc prijali od zdravotníckych pracovníkov a následne tiež od kňaza (graf 13). Výsledky naznačujú (graf 14) dôležitosť duchovnej prípravy na smrť. Pričom tento názor výraznejšie preferujú sestry. Veľmi kladne, klasifikačnou známku 1 hodnotia jednotlivci prítomnosť duchovného pri zomierajúcom (graf 15). Sestry to ohodnotili známku 2. Sestry oveľa lepšie poznajú práva zomierajúcich než ostatná populácia (graf 16). Aj keď si väčšina respondentov myslí, že sa práva zomierajúcich dodržiavajú, pričom v súkromných zdravotníckych zariadeniach sa dodržiavajú vo väčšej miere než v štátnych zariadeniach. U sestier je tento názor zreteľnejší než u jednotlivcov z bežnej populácie (graf 17). Aspoň tri práva zomierajúcich uviedlo podstatne viac sestier, ako jednotlivcov z bežnej populácie (graf 18). Z výsledkov ďalej vyplýva (graf 19) pranie respondentov zomrieť doma, ak by mali na výber. Pričom aj toto presvedčenie je vyššie najmä u sestier.

Na záver konštatujeme, že postoje verejnosti k zomieraniu a smrti sú signifikantne odlišné ako postoje sestier.

Záver

Súčasný postoje verejnosti k zomieraniu a smrti, a teda celej spoločnosti sa formovali už od 19. storočia, a tak tu pretrvávajú už viac ako storočia. Nie je preto jednoduché uskutočniť zmeny postojov k zomieraniu a smrti tak hlboko zakorenené v spoločnosti, ktorá preferuje mladosť, krásu a výkonnosť, ktorá vytlačá to, čo už je nepotrebné, staré, nevládze. A to už vôbec nie iba izolovane – sestrami. Takáto zmena si vyžaduje systémový prístup. No je vôbec otázne, či je spoločnosť na takúto zmenu pripravená, alebo či ju vôbec chce.

„Smrť je to posledné v našom živote, v živote je však to posledné podstatné.“

Zoznam použitej literatúry

- BLUMENTHAL-BARBY, K. et al. 1988. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin: Osveta, 1988. 240 s. ISBN 70-002-890TC.
- ILIEVOVÁ, Ľ. 2004. Prístupy k zomieraniu a smrti. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. III., č. 3, s. 16.
- IRANMANESH, S. et al. 2007. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. In: *Palliative and Supportive Care*. ISSN 1478-9515, 2007, roč. 6., č. 4, s. 363 – 369.
- KNIGHT, K. H. – ELFENBEIN, M. H. 2001. Relationship of Death Education to the Anxiety, Fear, and Meaning associated with death. In: *Death Studies*. ISSN 0748-1187, 2001, č. 17, s. 411 – 425.
- KRISTOVÁ, J. 2010. Postoje, presvedčenia a predsudky v interaktívnom procese sestra – pacient. In: *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2010, roč. VII., č. 3, s. 51 – 52.
- POMPEY, H. 2004. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha, 2004. 181 s. ISBN 80-7141-462-X.
- VORLÍČEK, J. et al. 2004. *Paliatívni medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

Kontakt na autora:

PhDr. Ľubica Fajčáková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, n. o.- študent doktorandského štúdia

email: lubica.fajcakova@gmail.com

SÚČASNÉ KOMPETENCIE SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Current competences of social workers in social service facilities

Gáľlová A.

Úvod

„Dôstojnosť ľudskej osoby má svoje korene v stvorení na Boží obraz a Božiu podobu. Človek je stvorený na Boží obraz, má dôstojnosť osoby.“

Ľudské práva sa zaručujú a patria ľuďom, sú základom ľudskosti v každej spoločnosti a predstavujú univerzalitu vo svojej všeobecnosti. Spoločnosť vyjadruje bezprostredný vzťah medzi jednotlivcom a ostatnými členmi spoločnosti sociálnou solidaritou. Princíp solidarity je vlastný európskemu kresťanskému chápaniu spravodlivej spoločnosti. Spoločnosť by mala oceniť pozitívny prínos pre sociálnej práce k sociálnej kohézii v spoločnosti.

Sociálni pracovníci majú povinnosť správať sa eticky a zapojiť sa do etického rozhodovania. Sociálni pracovníci sú si vedomí hodnoty základu povolania, jeho etických noriem príslušných právnych predpisov a noriem.

Prejavy správania profesionálnych sociálnych pracovníkov

a) Uznáva a spravuje osobné hodnoty takým spôsobom, ktorý umožňuje hodnoty pri výkone svojej profesionálnej činnosti prejavíť aj v praxi.

b) Etické rozhodnutia vykonáva cez použitie etického kódexu sociálneho pracovníka.

c) Pri výkone svojej činnosti sa riadi zásadou: Stratégiou etického uvažovania dospieť k zásadným rozhodnutia a uplatňovať ju v praxi.

d) Toleruje nejednoznačnosť pri riešení etických konfliktov a riadi sa za každých okolností zásadou etiky.

V súčasnosti sociálna práca rieši širokú oblasť sociálnych problémov a dotýka sa mnohých oblastí z čoho vyplýva aj zložitnosť stanovenia jednotlivých kompetencií a šírka ich vymedzenia.

„Vymedzenie kompetencií sociálnych pracovníkov je determinované skutočnosťou, že sociálna práca je profesionálna aktivita zameraná na zlepšenie alebo obnovenie sociálneho fungovania klienta a na tvorbu spoločenských podmienok potrebných na dosiahnutie tohto cieľa.“ (Navrátil, 2001, s. 192)

Podpora sociálneho fungovania klienta spočíva v pomoci pri obnove alebo získavaní takých spôsobilostí a informácií, ktoré klientovi umožnia zvládať požiadavky prostredia alebo ovplyvňovať tie nároky prostredia, ktoré sú pre klienta neprimerané alebo problematické. Vo svojich rôznych formách má teda sociálna práca zabezpečiť ľuďom v komplexe ich transakcií s prostredím obohatenie ich života, plné využitie ich potenciálu a takisto predchádzať dysfunkciám.

„Sociálni pracovníci sú aktérmi zmien v spoločnosti ale aj v živote jednotlivcov, rodín, komunit. Ich profesijná činnosť je postavená na rozvíjaní demokratických a humanistických ideálov, je založená na báze rešpektovania rovnosti, vážnosti a dôstojnosti každého človeka, solidarity, spravodlivosti, so snahou chrániť zraniteľné osoby, zamedziť ich utlačanie a predísť ich sociálnemu vylúčeniu.“ (Mlčák a kol., 2005, s. 8)

Základným cieľom sociálnej práce je teda odhaľovať, vysvetľovať, zmierňovať a preventívne pôsobiť pri riešení sociálnych problémov spolu s utváraním priaznivých sociálnych podmienok. Profesionalizáciu sociálnych pracovníkov je možné chápať aj ako proces nadobúdania konkrétnych profesionálnych znakov (osobných vlastností, zručností, vedomostí), ktoré sú potrebné a nevyhnutné na odborný a profesionálny výkon práce sociálneho pracovníka s konkrétnym klientom. Zároveň ju vnímame aj ako konečný stav, t. j. nadobudnutie profesionálnych znakov, ktoré sociálneho pracovníka zaraďujú k profesionálom.

Sociálne služby

Sociálne služby predstavujú služby verejnosti, sú základným znakom vyspelosti spoločnosti, ktorá kvalitou, dostupnosťou, zákonnosťou a transparentnosťou preukazuje svoju vyzretosť a stupeň humánosti a demokracie spôsobom, akým je schopná sa postarať o najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva v spoločnosti. Sociálne služby sú súčasťou verejných služieb, ktoré v modernej terminológii Európskej únie tvoria jeden zo základných pilierov európskeho modelu spoločnosti. Sociálne služby sú ako špecializované činnosti zamerané na saturovanie potrieb prijímateľa, sú primárne zamerané na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí v núdzi a ľudí ohrozených núdzou. Sociálne služby môžeme vymedziť ako služby rozličných subjektov, ktoré sú zamerané na sociálne potreby jednotlivcov, ktorí sa ocitli v stave sociálnej núdze alebo sú vznikom sociálnej núdze ohrození. Sociálne služby vychádzajú z podstaty sociálnych služieb, ktorým je osobný vzťah, ktorý vzniká medzi poskytovateľom a prijímateľom. Sociálne služby sú mechanizmom, ktoré môžu zlepšiť sociálne zručnosti prijímateľa, rozšíriť zdroje sociálneho prostredia každého individua. Nevyhnutnou zložkou existencie spoločnosti sú sociálne služby. Sociálne služby sa radia k významným aktivitám štátu, samosprávy a poskytovateľov sociálnych služieb. Typickým znakom sociálnych služieb je veľká rôznorodosť prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach, ktorí z rozličných dôvodov sú odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby. Celý proces emancipácie sociálnych služieb vyvrcholil v roku 2009, kedy vstúpil do platnosti Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení Zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní, čím sa zavŕšil proces rozpadu Zákona o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z., ktorý sa pretransformoval na skupinu samostatných zákonov upravujúcich jednotlivé oblasti sociálnej starostlivosti, sociálnej pomoci, sociálnej podpory.

Kompetencie sociálnych pracovníkov

Rozdiely vo vymedzení kompetencií sú spôsobené podľa Mlčáka (2005) aj skutočnosťou, že sa dostatočne nerozlišuje medzi pojmom:

- *kompetencie vo vzťahu k sebe (ang. competency) – t. j. kompetencia vo vzťahu*
- *k schopnostiam človeka vykonávať prácu dobre,*
- *kompetencie vo vzťahu k práci (ang. competence) – označujúcu spôsobilosť,*
- *kvalifikáciu, potenciál, ktoré sú vyžadované konkrétnym pracovným miestom (Mlčák, 2005, s. 29).*

Kompetencie sa teda vzťahujú aj k súboru správania, ktorým musí človek disponovať, aby svoju prácu vykonával kompetentne. Aj keď jednotliví autori majú na kompetencie

rozličné názory väčšina z nich pojem kompetencia úzko spája práve s kvalitným, dobrým, želaným, vynikajúcim alebo efektívnym výkonom.

Medzi kľúčové kompetencie sociálnych pracovníkov patria:

„schopnosť komunikovať a kooperovať – schopnosť vedome komunikovať a aktívne tvorivým spôsobom prispievať v skupinových procesoch,

- *riešiť problémy a kreativita – schopnosť poznávať problémy a zodpovedajúcim spôsobom ich tvorivo riešiť,*
- *samostatnosť a výkonnosť – schopnosť samostatne plánovať, realizovať a kontrolovať priebeh práce a jej výsledky,*
- *schopnosť prijať zodpovednosť – schopnosť prijať v primeranom rámci*
- *spoluzodpovednosť,*
- *schopnosť premýšľať a učiť sa – schopnosť ďalej rozvíjať proces vlastného učenia a myslieť v súvislostiach a systémovo,*
- *schopnosť zdôvodňovať a hodnotiť – schopnosť vecne posudzovať a kriticky hodnotiť vlastné, spoločné a cudzie spôsoby práce a výsledky. “ (Belz, Siegrist, 2001, s. 168)*

Vymenované kompetencie nestoja nezávisle vedľa seba, ale navzájom sa prelínajú a dopĺňajú. Za základ kompetencie považujeme vedomosti, znalosti a zručnosti, nadstavbovú časť tvoria postoje a hodnoty, ktoré sú ovplyvňované osobnosťou konkrétneho jednotlivca, sociálnym prostredím, v ktorom žije a ďalšími podmieňujúcimi vplyvmi. Na jednotlivé súčasti kompetencie sa zameriame podrobnejšie a to vo vzťahu k profesijným aktivitám, ktoré má sociálny pracovník v zariadeniach sociálnych služieb.

Vzhľadom na charakter sociálnej práce je profesionálny výkon bezpodmienečne viazaný na dodržiavanie nevyhnutných etických zásad v konkrétnom konaní a činnosti sociálneho pracovníka čo súvisí s hodnotami a hodnotovým systémom sociálneho pracovníka.

Kompetenčný prístup sa viaže k odhaľovaniu a rozlišovaniu rozdielov medzi vysokou a nízkou úrovňou pracovného výkonu. Z týchto dôvodov je považovaný za jeden z podstatných a limitujúcich faktorov výkonnosti v mnohých oblastiach v moderne riadených pracovných organizáciách na trhu práce. Jeho význam spočíva v tom, že umožňuje nielen zisťovať kompetencie pracovníkov, ale predovšetkým ich modelovať a ovplyvňovať žiaducim smerom. Každá oblasť ľudskej činnosti sa vyznačuje istým cieľovým zameraním. Platí to aj pre každú organizáciu, kde sociálny pracovník vykonáva svoju profesionálnu činnosť.

Profesijné kompetencie sociálneho pracovníka môžeme ponímať ako schopnosť napĺňať požiadavky, ktoré sú kladené na profesiu sociálna práca. Pre sociálnu prácu ako pomáhajúcu profesiu je však podmieňujúce, že významnými činiteľmi jej efektivity nie sú len kvalifikačné, ale rovnako aj osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka, ktoré spoločne tvoria profesijné kompetencie. Úspešnosť a efektívnosť práce sociálneho pracovníka sa odvíja od jednotlivých rolí a nimi vyjadrených oblastí práce ako aj jeho zodpovednosťou v pracovných procesoch. Sociálny pracovník podporuje u klienta prebranie zodpovednosti za svoj život, vedie ho k samostatnosti a poskytuje príležitosti, aby klient využil svoje vlastné sily a schopnosti na prekonanie situácie, v ktorej sa nachádza.

Na základe toho sociálny pracovník :

- vie poskytnúť emočnú podporu,
- pomáha klientovi rozpoznať jeho silné a slabé stránky,
- vie objasniť klientovi jeho práva a spôsoby uplatnenia týchto práv,
- pomáha klientovi pri rozhodovaní, prebraní zodpovednosti za seba,
- podporuje u klienta získavanie a rozširovanie informácií, schopností a zručností, ktoré posilňujú jeho sebestačnosť,
- vystupuje v záujme klienta, obhajuje a vysvetľuje ich oprávnené záujmy,
- pomáha klientovi rozvíjať väčšiu kontrolu nad jeho správaním, ktoré ohrozuje jeho alebo okolie,
- chápe a rešpektuje odlišnosti menšín a prispieva k odstraňovaniu ich diskriminácie.
- Sociálna práca ako nástroj sociálnej služby vedie k rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti s využitím potenciálu jednotlivcov, medziľudských vzťahov a zdrojov poskytovaných spoločnosťou, bez ohľadu na vek, pohlavie, sexuálne preferencie, sociálnu príslušnosť, vierovyznanie, prípadne iné socio - demografické odlišnosti jednotlivca alebo skupiny či komunity. Je to špecifická činnosť, ktorá smeruje k zlepšeniu vzájomného prispôsobovania jednotlivcov a sociálneho prostredia, v ktorom žijú.

Sociálne služby ako činnosti sú zamerané na:

- zabezpečenie primeraných životných podmienok
- vytváranie vhodných podmienok, aby zabránili vzniku negatívnych spoločenských javov
- vytváranie podporných aktivít na zamedzenie vzniku nepriaznivému sociálnemu vývinu jednotlivca, skupiny a komunity.

Vedomosti sociálneho pracovníka vychádzajú z interdisciplinárneho poňatia sociálnej práce, z filozofického, psychologického, sociologického, etického, politického, právneho, ekonomického a iných prístupov. Sociálny pracovník k svojej činnosti potrebuje mať poznatky o konkrétnej spoločnosti. Musí ju poznať, rozumieť koncepcii vývoja spoločnosti, mať vlastný názor na vývojové trendy spoločnosti. Potrebuje poznať medzinárodné dokumenty, dohovory, ktoré Slovenská republika prijala, zákonodarstvo, na základe ktorého spoločnosť existuje a celú sieť starostlivosti o človeka.

V Etickom kódexe sociálneho pracovníka, v ktorom sú zahrnuté nasledovné požiadavky: spravodlivosť, zodpovednosť, dôveryhodnosť, morálna bezúhonnosť, zdvorilosť, úcta a slušnosť, rešpektovanie súkromia.

Jednou zo základných vlastností sociálneho pracovníka je humánnosť, z čoho vyplýva, že:

1. sociálny pracovník má záujem o ľudí, o ich individuálne osudy a problémy,
2. sociálny pracovník chce pomáhať,
3. má úctu k životu. (Levická, Mrázová 2004)

Sociálny pracovník by mal mať schopnosť rozvíjať účinnú komunikáciu a jej predpokladom je, že sociálny pracovník vie „počúvať“ a vytvoriť podmienky potrebné pre vznik otvorenej komunikácie na všetkých úrovniach. Pre dosiahnutie profesionálne kompetentného konania je dobré ovládnutie nástrojov, teda metód a techník sociálnej práce, v tejto súvislosti hovoríme o nástrojovej kompetencii sociálneho pracovníka.

Sociálna kompetencia je schopnosť porozumieť vzniku a vývoju určitých sociálnych situácií v ich integratívnej súvislosti s určitým historickým vývojom spoločnosti a vedieť nájsť aj tie skutočnosti, ktoré v prítomnej realite spôsobujú vznik individuálnych problémov klientov. Nadobudnutie sociálnej kompetencie je nemožné bez skúsenostnej reflexie, je spôsobené faktom, že profesionálne konanie je závislé od podmienok vytvorených spoločnosťou. Aktívna orientácia na vlastný odborný rast je základom na dosiahnutie a udržanie kompetencií. Sociálny pracovník je si vedomý dynamiky rozvoja sociálnej práce, jej zmien ako aj zmien klientov, preto musí byť schopný riadiť svoj odborný a aj osobný rast.

Každá profesijná kompetencia sa vyznačuje týmito základnými znakmi:

- je kontextualizovaná – uplatňuje sa v určitom prostredí alebo v situácii,
- je multidimenzionálna – tvorená z viacerých zdrojov a súčasne predpokladá efektívne narábanie s danými zdrojmi,
- je definovaná štandardom – predpokladaná úroveň zvládnutia je určená vopred súborom výkonových kritérií,
- má potenciál pre akciu a rozvoj - kompetencie pracovník nadobúda a rozvíja v procese edukácie.(Tremblay, et al., 2002, in Határ, 2009, s. 116)

Úspešnosť a efektívnosť práce sociálneho pracovníka sa odvíja od jednotlivých rolí a nimi vyjadrených oblastí práce ako aj jeho zodpovednosťou v pracovných procesoch. Sociálny pracovník dokáže aktívne počúvať a vytvárať podmienky pre účinnú a otvorenú komunikáciu medzi jednotlivými klientmi, skupinami, komunitami. Je iniciátorom spolupráce a motivuje klientov k zmene v ich záujme.

Pri tejto kompetencii ide o tieto schopnosti:

- naviazať kontakt (zabezpečiť atmosféru dôvery),
- prispôbiť komunikáciu veku, individualite klienta a podmienkam,
- rozlišovať zhodné a odlišné hľadiská, hodnoty, ciele a rešpektovať ich,
- poskytovať primeraný priestor na vyjadrenie názorov a cieľov klientov,
- zlepšovať komunikáciu medzi klientmi, organizáciami a širším spoločenstvom,
- motivovať klienta pre prekonávanie prekážok v dosahovaní vlastných hodnôt a cieľov,
- udržiavať pracovný vzťah s klientom a jeho okolím v procese zmeny a poskytovať primeranú spätnú väzbu.

Paradigmy sociálnej práce a kompetencie sociálnych pracovníkov:

1. Terapeutická paradigma sociálnej práce – v rámci tejto paradigmy chápeme sociálnu prácu ako terapeutickú pomoc. Za hlavný faktor sociálneho fungovania človeka je tu považované zdravie a pohoda človeka. Sociálna práca v tomto ponímaní je chápaná ako terapeutická intervencia, ktorej cieľom je zabezpečiť klientovi psychosociálnu pohodu.

2. Reformná paradigma sociálnej práce – predstavuje úsilie o reformu spoločenského prostredia. Sociálne fungovanie sa tu spája s víziou spoločenskej rovnosti v rôznych dimenziách spoločenského života. Sociálna práca sa v zmysle tejto paradigmy zameriava na zmocňovanie (empowerment) jednotlivcov a skupín, usiluje sa o zvýšenie podielu klientov na tvorbe a zmenách spoločenských inštitúcií.

3. Poradenská paradigma sociálnej práce – sociálne fungovanie tu závisí na schopnosti zvládať problémy a na prístupe k zodpovedajúcim informáciám a službám. Sociálna práca je v kontexte tejto paradigmy chápaná ako súčasť systému sociálnych služieb. Ide tu

predovšetkým o pomoc klientom prostredníctvom poskytovania informácií, kvalifikovaným poradenstvom, sprístupňovaním zdrojov a mediáciou.

4. Spirituálna paradigma sociálnej práce – vo vývojovej fáze, zameraná na spirituálny, duchovný rozmer (človeka) klienta a atribúty spirituality v kontexte kvality života človeka, jeho prínosy pre osobnostný vývoj, stabilitu a zvládanie náročných životných situácií, udalostí akým je proces umierania, terminálne štádium.

Sociálni pracovníci pracujúci s rôznymi cieľovými skupinami sociálnej práce využívajú špecifické profesijné kompetencie. Z existujúcich špecifických druhov profesijných kompetencií (Mlčák, 2005) by sme v tejto súvislosti mohli využiť napr. tzv. rozlišujúce kompetencie, interpersonálne kompetencie, tímové kompetencie, funkčné kompetencie a najmä kompetencie orientované na osoby, ktoré predstavujú spôsobilosti, v ktorých je akcent položený na komunikáciu, interakciu, kooperáciu, či vyjednávanie s inými osobami.

V kontexte profilovania profesijných kompetencií sociálnych pracovníkov vo vzťahu k cieľovým skupinám sociálnej práce môžeme k najčastejšie používaným klasifikačným kritériám týchto cieľových skupín zaradiť zdravotný stav, vek, sociálny status, normalitu, či marginalizáciu. Aplikáciou týchto, ako aj iných kritérií, môžeme vymedziť základné cieľové skupiny sociálnej práce, ku ktorým zaraďujeme občanov so zdravotným postihnutím, rodinu, seniorov, nezamestnaných občanov, občanov v hmotnej núdzi, osoby počas a po výkone trestu odňatia slobody, užívateľov drog a drogovovo závislých, utečencov, etnické a iné minority. Uvedené skupiny nie sú typovo homogénne, naopak, často dochádza k ich výraznému prelínaniu.

Kvalitne vykonávaná sociálna práca s prijímateľmi sociálnych služieb a kvalitne poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti v zariadeniach sociálnych služieb sú základným atribútom individuálnej kvality života všetkých prijímateľov v inštitucionálnej starostlivosti. Problémy v oblasti deficitu naplnenia duchovných potrieb nemusí klient vždy sám zdieľať a presne pomenovať. Mnohokrát si ani neuvedomujú seniori, čo je príčinou ich ťažkostí, či prejavov nespokojnosti. Problém v oblasti naplňovania duchovných potrieb sa môže prejavovať mnohými spôsobmi v oblasti psychickej, fyzickej, sociálnej. Je dôležité ako je odborný personál a samotné zariadenie sociálnych služieb pripravené v oblasti naplnenia duchovných potrieb svojich prijímateľov / klientov pri poskytovaní sociálnych služieb.

Úlohou zariadení je zabezpečiť prístup a vybudovať podmienky adekvátne k napĺňaniu duchovných potrieb svojich užívateľov / klientov / prijímateľov. V zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku absentuje dostatočná odborná príprava odborného personálu v oblasti duchovnej podpory klientov, najmä v terminálnom štádiu. Najčastejšou predstavou a schopnosťou riešenia naplnenia duchovných potrieb klientov vychádza z presvedčenia manažmentu zariadení o nadviazaní spolupráce s predstaviteľmi cirkví, ich pomoc v duchovnom napĺňaní, ktorí navštevujú klientov aj v zariadeniach sociálnych služieb, respektíve zabezpečujú bohoslužby pre svojich veriacich priamo v zariadeniach sociálnych služieb.

Vo fáze umiestnenia klienta / prijímateľa do zariadenia sociálnych služieb je úlohou sociálnych pracovníkov, ošetrovateľského personálu a ostatných odborných zamestnancov získať dostatočné informácie o duchovných potrebách svojich klientov, vierovyznaní, názore na spiritualitu, vzťahu k náboženstvu, čo má byť významnou súčasťou individuálneho

plánovania podpory rozvoja osobnosti klienta, jeho adaptácie v prostredí zariadenia sociálnych služieb. Na pomoci pri riešení a naplnení duchovných potrieb klientov v zariadení sociálnych služieb by sa mali podieľať odborníci z oblasti sociálnej práce, psychológie, zdravotníctva (fyzioterapeut, ošetrovateľ), terapeuti (ergoterapeut, arteterapeut a podobne).

Formy uspokojenia a naplnenia duchovných potrieb klientov: cirkevné obrady (bohoslužby) v kaplnke zariadení sociálnych služieb, návšteva duchovného predstaviteľa u klientov, rozhovor, duchovná hudba, duchovná literatúra, časopisy s náboženskou tematikou, umiestnenie predmetov s náboženskou tematikou a symbolmi v izbách seniorov, sledovanie televíznych a rozhlasových programov s náboženskou tematikou, činnosť odborných terapeutov a odborného personálu zariadenia.

„Poskytovanie duchovných služieb vrátane všetkých použitých foriem a spôsobov saturácie duchovných potrieb klientov majú byť zdokumentované.“ (Malíková, 2012, s. 273)

„V dokumentácii o záznamoch duchovných činností by mali byť uvedené spôsoby v súlade s niektorými plánmi, uvedených v nasledujúcich častiach dokumentácií: v ošetrovateľskom pláne klienta, v individuálnom pláne klienta, v evidencii voľnočasových aktivít a poskytovaných duchovných služieb, v evidencii knižnice, požičaných predmetov (knihy, CD, kríž a podobne), v evidencii sociálnych pracovníkov.“ (Malíková, 2012, s. 273)

Správna a efektívna saturácia duchovných potrieb znamená pre klienta / prijímateľa veľkú pomoc a podporu. Prejavuje sa to na klientovi v oblasti psychickej, fyzického zdravia, sociálnej i duchovnej. Uspokojovanie duchovných potrieb prijímateľov v pobytovom sociálnom zariadení tvorí veľmi dôležitú časť nielen práce zdravotného personálu, ale aj všetkých ďalších pracovníkov odborného personálu, najmä sociálnych pracovníkov, terapeutov, ale i ostatných zamestnancov obslužného personálu a ďalších zamestnancov.

Problémy v oblasti spirituality a nedostatočnej saturácie duchovných potrieb prijímateľov / klientov v zariadení sociálnych služieb ovplyvňujú nielen psychický stav a emocionálnu úroveň, ale i fyzické telo, čo sa prejavuje v ich fyzickom zdraví, čo sa prejaví v oblasti ošetrovateľských a zdravotných úkonov ako i v úkonoch sociálnej práce s klientom a ich potrebách. Prejavuje sa to u nich poruchou spánku, stavu beznádeje, smútok, depresia, sociálna izolácia, porucha komunikácie, bolesť, znížený príjem potravín, čiastočná alebo úplná imobilita.

Individuálny plán klienta a forma naplnenia jeho duchovných potrieb je významnou časťou náplne práce sociálneho pracovníka. Veľmi významnú a nezastupiteľnú úlohu zohráva odborný personál zariadenia, teda všetky pomáhajúce profesie, ktoré sú v priamom kontakte s klientom (obyvateľom) a nahrádzajú im rodinné prostredie, častokrát aj rodinných príslušníkov obzvlášť u osamelých seniorov, alebo u tých, s ktorými rodinní príslušníci z rôznych dôvodov neudržiavajú sociálne väzby a kontakty. Individuálny prístup, individuálna činnosť a zodpovednosť sú základnými atribútmi, ktoré popri iných svojich úlohách, povinnostiach musia sociálni pracovníci a ostatní odborný personál dodržiavať a uplatňovať. Sociálne služby sú činnosti, ktoré prispievajú k uspokojovaniu potrieb občanov a ktoré zabezpečujú primerané životné podmienky pre ľudí, ktorí sa nemôžu postarať sami o seba. Kritériom pri rozhodovaní o poskytnutí sociálnej služby občanovi by mali byť jeho konkrétna potreba a odkázanosť na pomoc druhých.

Zoznam použitej literatúry

- ALLPORT, G. W. (1964). *The individual and his religion. a psychological interpretation* (13th print). (1964). New York: The Macmillan Company.
- BANKS, S. 2006. *Ethics and Values in Social Work. 3rd Ed.* Basingstoke: Palgrave Macmillan. 218 s. ISBN 978-1-4039-9420-2.
- BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori.* Prešov: Akcent Print, 2005. 158 s. ISBN-80-969274-9-3.
- BARKER, R. L. 2003. *The Social Work Dictionary. 5th Ed.* Washington, DC: NASW. 493 s. ISBN 0-87101-355-X.
- BERKI, J. – GÁLLOVÁ, A. – SZOLNOKY, Š. 2014. *Ekonomika a manažment – Prechod od funkčného usporiadania na procesné v Zariadeniach sociálnych služieb.* Bratislava: IRIS, 2014. 129 s. ISBN 978-80-89726-03-5
- DRAGOMIRECKÁ, E. – BARTOŇOVÁ, J. 2006. WHOQOL-BREF WHOQOL-100. *Príručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace.* Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života senioru v domovech pro seniory.* Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
- GÁLLOVÁ, A. 2017. *Sociálne služby na Slovensku a ich význam pre Rómov.* Rimavská Sobota: ASRPO SR, 2017. 269 s. ISBN 978-80-972352-5-3
- LEVICKÁ, J. – MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce.* Trnava : Slovak Academic Press, 2004. 124 s. ISBN 80-89104-35-5.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi.* Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80 7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-002-X
- MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce.* Praha : Portál, 2001. 309 s. ISBN 80 7178-473-7
- MATOUŠEK, O., a kol. 2003. *Metódy a řízení sociální práce.* 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 384 s. ISBN 807-17-8548-2
- MATOUŠEK, O. a kol. 2008. *Metody a řízení sociální práce.* 2. vyd. Praha : Portál, 2008 380 s. ISBN 80-7178-548-2
- MATOUŠEK, O. – KOLÁČKOVÁ, J. – KODYMOVÁ, P. 2005. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 807367002X
- MÁTEL, A. a kol. 2013. *Teória a metódy sociálnej práce I.* Košice : SRSP, 2013. 446 s. ISBN 978-82-971445-1-7.
- MÜHLPACHR, P. 2005. *Schola gerontologica.* Brno : Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika.* Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80 210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. (ed.) 2005. *Schola Gerontologica.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. 2006. *Kvalita života.* Brno: Masarykova univerzita, 2006, 146 str. ISBN 80-86633-62-4.
- PALOUTZIAN, R. F., PARK, C. L. 2013. *Psychology of religion and spirituality, second edition.* 2013. 698 p.

STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava : Tripsoft, 2001. 197 s. ISBN 80 968294-6-7

ŠUVADA, J., GÁLLOVÁ, A. 2017. *Atribúty sociálnej komunikácie*. Rimavská Sobota: vyd. ASRPO SR, 2017. s. 199 ISBN 978-80-972352-3-9

Zákony:

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny.

Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. z.

Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon).

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Listina základných práv a slobôd: Úplne znenie Ústavného zákona c. 23/1991 Zb. (znenie aktualizované k 7. 6. 2004), 15 s.

Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020, MPSVaR, 2014

Národný program aktívneho starnutia 2014 – 2020, MPSVaR SR, 2014

Kontakt na autorku

doc. PhDr. Andrea Gálová, PhD.

VŠ Z a SP sv. Alžbety

Nám. 1. Mája č. 1 Bratislava

email: gallova.andrea16@gmail.com

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V KOMUNITE O PACIENTOV S PORUCHOU TRÁVENIA

Community nursing care for patients with digestive disorders

Gulášová I.,¹, Babečka J.²

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava^{1,2}

Úvod

Ošetrovateľská starostlivosť v komunite sa zaoberá komplexnou a individualizovanou ošetrovateľskou starostlivosťou o ľudí v komunite, rešpektuje špecifiká starostlivosti aj vzhľadom na geografické územie a vekovú skupinu. Predstavuje ošetrovateľstvo ako vedu s novými atribútmi a zmenami, hlavné ošetrovateľské, medicínske, sociálne, právne a iné humanitné oblasti. Komunitnú ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú sestry s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe. Cieľom zdravotnej starostlivosti v komunite je ochrana zdravia, prinavrátanie zdravia, naučiť chorých žiť s ochorením, obmedzením a pod. Výsledkom úsilia všetkých, ktorí sa podieľajú na tomto procese, je poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť a vytvárať podmienky pre možnú a prijateľnú kvalitu života jednotlivcov a skupín (Farkašová a kol., 2009).

Podľa Kozierovej je komunitné ošetrovateľstvo v určitom zmysle návratom k začiatkom ošetrovateľstva, do čias pred jeho prijatím za uznané povolanie, pretože väčšiu časť minulého storočia sestry prevažne pracovali v inštitúciách. V súčasnosti sa ošetrovateľské služby čoraz viac presúvajú a poskytujú v komunitách, domácnostiach, a ambulanciách. Komunitné ošetrovateľské služby pomáhajú nielen chorým, ale aj zdravým jednotlivcom a skupinám uchovávať si a spolupodieľať sa na zlepšovaní zdravia (Kozierová, 1995).

Najčastejšími funkčne poruchami gastrointestinálneho traktu sú dyspepsie. Termín dyspepsia je odvodený od gréckych slov **dys** a **peptein**, ktoré najviac vystihuje preklad „**zlé trávenie**“. V priebehu rokov prešla rôznymi zmenami. Napríklad Česká gastroenterologická spoločnosť označuje dyspepsiu ako súbor polymorfných tráviacich ťažkostí, ktoré sú prejavom rôznych chorôb gastrointestinálneho traktu, vyskytujúce sa aj pri ochorení iných orgánov. Svetová gastroenterologická verejnosť uznáva definíciu (Rímske kritériá II.), podľa ktorej je dyspepsia bolesť alebo dyskomfort sústredený v hornej časti brucha- okolo stredovej čiary (Jurgoš, Kužela, Hrušovský a kol., 2006).

Ako funkčne poruchy tráviaceho traktu označujeme veľmi časté ochorenia, ktoré sú vyvolané poruchou funkcie jednotlivých orgánov alebo častí celého tráviaceho traktu, a to bez prítomnosti orgánových zmien. Tieto poruchy sa prejavujú rôznymi ťažkosťami, ktoré súvisia s príjmom potravy, jej spracovaním a vylučovaním zbytkov.

Termín „bez orgánových zmien“ znamená, že nie sú prítomné žiadne preukazateľné anatomické, histologické, biochemické alebo histochemické zmeny. To znamená, že výsledky všetkých bežne vykonávaných vyšetrení sú v norme. Je však možné, že v súčasnosti používané vyšetrovacie metódy nie sú dostatočné a v budúcnosti spresnením diagnostiky ich bude možné preukázať. Funkčná porucha teda nepostihuje orgán, ale reguláciu jeho činnosti (Kaščák, M, 2006).

Funkčné poruchy postihujú duté orgány gastrointestinálneho traktu, ktoré sa skladajú z hladkého svalstva, v ich stene sa nachádzajú pletence vegetatívneho nervového systému s početnými receptormi a neurotransmitermi (chemické prenášače nervových vzruchov) podobné tým, ktoré sa nachádzajú v centrálnom nervovom systéme.

Funkčné poruchy postihujú pažerák, žalúdok, hrubé črevo, žlčník a žlčové cesty. Aký je podiel tenkého čreva pri poruchách trávenia ešte nie je úplne objasnený a poznatky sú nedostatočné. Pečeň a pankreas sa na funkčnej symptomatológii priamo nepodieľajú (Fetisová, et al., 2012).

Vznik funkčných porúch tráviaceho traktu je pravdepodobne podmienený regulačnou poruchou nižších (podkôrových) nervových centier. Príčinou sú negatívne vplyvy vonkajšieho prostredia. Porucha regulácie sa v cieľových orgánoch tráviaceho traktu prejavuje ako orgánová neuróza (porucha funkcie orgánu alebo systému).

Pod pojmom negatívne vplyvy vonkajšieho prostredia si môžeme predstaviť rôzne záťažové, stresové situácie napríklad nevhodná životospráva a stravovací režim, konfliktné vzťahy na pracovisku, nesúlad v partnerských vzťahoch, existenčné problémy, vysoká miera zodpovednosti v práci, činnosť presahujúca schopnosti a možnosti jednotlivca (Machová, Kubátová, 2010). Nezriedka sa jedná aj o kombináciu týchto vplyvov. Je všeobecne známe, že veľkú jednorazovú psychickú záťaž človek vydrží lepšie, ako dlhodobé pôsobenie zdanlivo malých negatívnych vplyvov.

Druhou zložkou vzniku funkčných porúch je vrodenná alebo získaná dispozícia. Vrodenú dispozíciu predstavuje komplex geneticky prenášaných činiteľov, o ktorých máme stále nedostatočné znalosti. Získanou dispozíciou môže byť napríklad vznik dráždivého čreva po prekonanej bežnej infekčnej hnačke (Pazdiora, Táborská, 2004).

Najčastejšie mechanizmy podieľajúce sa na vzniku ťažkostí:

zmeny motility - zvýšená, znížená, nekoordinovaná a tonus tráviaceho traktu

poruchy sekrécie- nie len vo vylučovaní tráviacich sekrétov, ale aj v sekrécii a vstrebávaní vody a hlienu

zvýšená vnútorná citlivosť- viscerálna hypersenzitivita

psychosociálne faktory (Fetisová, et al., 2012).

Klinické prejavy sa líšia nielen podľa orgánovej lokalizácie, ale aj podľa podrobného diagnostického vyšetrenia a liečby. Jednoznačná odpoveď prečo prevládajú u niektorých pacientov príznaky ťažkostí z hornej časti tráviaceho traktu a v iných prípadoch je symptomatológia črevná. U jednotlivých pacientov je dôležitá snaha sa o čo najpresnejšie určenie povahy funkčnej poruchy a o jej klasifikáciu.

Medzi dyspeptické príznaky patria: bolesť brucha – rôzna lokalizácia, pocit plnosti, pocit netrávenia, potrava dlho leží v žalúdku, nauzea, žalúdok „na vode“, pálenie záhy (pyróza), grganie (ructus, eruktácia), plynatosť (meteorizmus), zvýšený odchod plynov (flatulencia), zápcha (obstipácia), hnačka (diarhoea), vracanie (emesis) (Fetisová, et al., 2012).

Rozdelenie dyspepsie

Podľa lokalizácie - horná (žalúdočná) dyspepsia

dolná (črevná) dyspepsia

Podľa priebehu - akútne (7-10 dní)

chronická (trvá 12 týždňov v poslednom roku, aj s prerušením)

Podľa pôvodu - organická (vyvolaná napr. nádorom, vredom)

sekundárna (celkové ochorenia alebo ochorenia iných orgánov)
funkčná (ako samostatné ochorenie) (Bugnačič, Fedurco, et al. 2012)

Klasifikácia funkčných porúch

Mařatkova klasifikácia:

Funkčné gastropatie – dráždivý žalúdok
- slabý žalúdok
- prechodné tvary

Mařatkova klasifikácia:

Funkčné kolonopatie - dráždivé črevo
- funkčná hnačka
- funkčná zápcha
- izolované tvary
(meteorizmus)

Rímska klasifikácia:

Funkčné dyspepsie – vredová
- dysmotilitná
- nešpecifická
- funkčné vracanie

Rímska klasifikácia:

Črevné poruchy - dráždivé črevo
- funkčná hnačka
- funkčná zápcha
- funkčné nafukovanie

(Bugnačič, Fedurco, et al. 2012).

Klinický obraz funkčných porúch

Celkové príznaky: chorí s funkčnou poruchou tráviaceho traktu sa môžu cítiť celkovo zdraví, alebo niektorí uvádzajú únavnosť, poruchy spánku, zníženú koncentráciu pri práci, depresívne stavy, zvýšené potenie rúk a nôh, búšenie srdca, tras prstov, ľahké sčervenanie v tvári

Pri funkčnej gastropatii: bolestivý pocit v epigastriu, pocit prekyslenia, pálenie záhy, znížená tolerancia objemných a dráždivých jedál (fajčenie, káva, alkohol), pocit tlaku a plnosti v nadbrušku, nauzea, vracanie, grganie, nechutenstvo (Jungwirthová, Jungwirth, 2009)

Pri funkčnej kolonopatii: ťažkosti môžu byť občasnú, pravidelnú alebo trvalú, po diétnej záťaži, pri psychických alebo fyzických ťažkostiach sa dostávajú série urgentných defekácií, spastická bolesť brucha, riedke stolice, zvýšený meteorizmus, nadmerný odchod plynov, nepravidelná stolica, škvŕkanie v bruchu, prelievanie črevného obsahu, zápcha

Diagnostika

Štandardné vyšetrenia: sedimentácia erytrocytov, moč + sediment, krvný obraz, urea, kreatinín, pečeňové testy, USG brucha a obličiek, gynekologické vyšetrenie

Doplňujúce vyšetrenia: scintigrafické vyšetrenie žalúdočnej evakuácie, bakteriologické a parazitologické vyšetrenie stolice, vyšetrenie stolice na okultné krvácanie, rtg žalúdka, pasáž ezofágom, ďalšie vyšetrenia podľa diferencálnej diagnostickej úvahy, irigografické vyšetrenie kontrastnou látkou (báryová kaša), počítačová tomografia, magnetická rezonancia

Endoskopické vyšetrenia: gastrofibroskopické vyšetrenie žalúdka +odber bioptickej vzorky) (Kašćák, 2006).

Liečba

Vzhľadom k obmedzenej etiológii a patogenéze funkčných ochorení, postupuje sa pri liečbe podľa všeobecných liečebných doporučení podľa predpokladanej patogenézy. V medikamentóznej liečbe jednotlivých typov funkčných porúch je liečba symptomatická. Ak

dôjde (Bugnačič, Fedurco, et al. 2012). Hlavnou zásadou je, že liečba sa určuje podľa vedúceho symptómu.

Funkčné gastropatie – obvykle sa ordinujú lieky potláčajúce sekréciu žalúdočnej šťavy, poprípade aj spazmolytiká, u slabého žalúdka (dysmotilitná dyspepsia) sú liekmi prvej voľby prokinetiká (Kaščák, 2006). Pokiaľ sa nedá presne určiť o akú poruchu ide, volí sa terapeutický test, t.j. lieky sa podávajú postupne a liečba sa mení podľa účinku. Dietetické opatrenia sa doporučujú individuálne podľa tolerancie pacienta, dodržiavanie špeciálnej diéty nie je nutné.

Funkčné kolonopatie– u väčšiny prípadov sa predpokladá zmenená črevná flóra. Do stravy sa opatrne pridáva vláknina, ktorú využívajú mikróby, štepy ich metabolizmu sú dôležité pre výživu buniek sliznice a pre normalizáciu bakteriálneho prostredia v čreve. Prídavok otrúb a dostatok tekutín sú základom liečby tých kolonopatií, kde prevláda zápcha. Dráždivým prehľadom sa treba vyhýbať! Pri hnačkových typoch kolonopatií sa najskôr podávajú látky s absorpčnou a neutralizačnou schopnosťou (smectit, calcium carbonicum). V niektorých prípadoch dobre poslúžia probiotiká, tzv. dobré baktérie, ktoré kolonizujú hrubé črevo a prispievajú k normalizácii črevnej mikroflóry. Pri urgentných defekáciách je účinným prostriedkom loperamid. Najviac rezistentní na liečbu sú chorí s izolovaným meteorizmom (Bugnačič, Fedurco, et al. 2012). U nich je potrebné skúšať všetky dostupné prostriedky.

Psychoterapia: považuje sa za všeobecný základ liečby, v rozhovore s pacientom je potrebné vysvetliť mu podstatu ochorenia, priznať im ich ťažkosti, zoznámiť ich s výsledkami vyšetrení (Křivohlavý, 1994). Mnohí sa tak dokážu zbaviť prenasledujúcej obavy z nádorového ochorenia. Rozbor životosprávy, konfliktných a stresových situácií je dôležitou súčasťou psychoterapeutického rozhovoru. Chorého vedie k pozitívnej orientácii.

Psychofarmaká: podávajú sa ak je psychoterapia nedostatočná, ordinujú sa len na prechodnú dobu, volia sa skôr lieky s antidepresívnym účinkom

Alternatívne postupy: jóga, masáže, gymnastika a iné formy relaxačných programov môžu mať veľmi pozitívny psychoterapeutický účinok

Prognóza

Predpoveď funkčných porúch je čo do dĺžky života dobrá, tieto ochorenia neskracujú život, naopak, priaznivo pôsobia na chorých tým, že ich vedú k usporiadanejšiemu životnému štýlu a dodržiavaniu zdravšieho spôsobu stravovania.

Funkčná porucha vyvolaná jednorázovou psychosociálnou záťažou môže po skončení stresovej situácie odznieť. S pribúdajúcim vekom funkčné ťažkosti strácajú svoju naliehavosť. Vo väčšine prípadov však funkčná porucha dokáže strpčovať život aj niekoľko desiatok rokov a núti chorého aby si na svoje ochorenie zvykol a naučil sa s ním žiť (Lukáš a kol., 2005).

Metóda ošetrovateľského procesu v komunitnom ošetrovateľstve

Ošetrovateľský proces je definovaný ako systematický prístup k ošetrovaniu chorých, ktorý rieši ich individuálne problémy a zameriava sa na telesné, duševné a sociálne potreby jednotlivca, rodiny a komunity (Kozierová et al., 1995). Zahŕňa posudzovanie, diagnostiku, plánovanie, realizáciu a hodnotenie efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra v spolupráci s ostatnými členmi tímu posúdi u pacienta mieru uspokojovania jeho potrieb, stanoví ošetrovateľskú diagnózu, definuje ciele, stanoví priority, určí intervencie a mobilizuje

zdroje na ich zabezpečenie. Ošetrovateľskú starostlivosť poskytuje priamo alebo nepriamo a hodnotí jej výsledky. Spätná väzba ktorú získa hodnotením efektu poskytnutej starostlivosti jej umožňuje meniť ošetrovateľskú starostlivosť podľa aktuálnych a individuálnych potrieb a situácie (Kozierová et al., 1995). Ošetrovateľská starostlivosť sa tak stáva dynamickým a neustále sa zdokonaľujúcim procesom so zameraním nielen na obnovu zdravia, ale aj na jeho udržanie, prevenciu chorôb a podporu zdravia. Ošetrovateľský proces v komunite sa preto musí orientovať na všetky tieto ciele.

Komunitná ošetrovateľská prax je systematický proces, ktorým sa:

posudzuje zdravie a potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti v spolupráci s inými odborníkmi komunitného ošetrovateľského tímu, aby sa zistili rodinné a osobné riziká vzniku ochorenia jednotlivcov a rodín v komunite,

plánujú intervencie zamerané na poskytnutie finančne dostupných aktivít, ktoré prispievajú k podpore, udržaniu a obnove zdravia, k prevencii chorôb, nemoci a predčasnej smrti jednotlivcov v komunite,

efektívne, výkonne, ekonomicky a spravodlivo realizuje plán poskytovania zdravotnej starostlivosti,

hodnotí mieru, rozsah a vplyv realizovaných aktivít na zdravotný stav populácie v komunite.

Úlohou komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je zlepšiť zdravie celej komunity. Komunitné sestry pracujú v komunite tak s jednotlivcami ako aj s rodinami. V rámci celej komunity aktívne vyhľadávajú skupiny so spoločnými potrebami, hľadajú cesty na zlepšenie kvality prostredia alebo zabránenie vzniku zdravotných problémov (Hanzlíková a kol., 2006).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) hlavnou úlohou komunitných sestier je:

/poznámka: Slovenská legislatíva nepozná termín komunitná sestra ale sestra pracujúca v komunite/rozvoj zdravotníckych kampaní, realizácia zdravotníckych skriningových programov, formovanie špeciálnych záujmových skupín, vystupovanie v úlohe komunitného zdroja, vytváranie dostupných a z lokálneho hľadiska významných zdrojov zdravotníckych informácií, spolupráca s ostatnými pracovníkmi pri rozvíjaní zdrojov a informácií z oblasti základnej zdravotnej výchovy, využívanie miestnych médií na diskusiu o problematike zdravia, zúčastňovanie sa na iniciatívach komunitného rozvoja, nácvik základných ošetrovateľských zručností, aby sa zvýšila sebestačnosť a schopnosť sebaopatery ľudí, školenie členov komunity, aby boli schopní zdravotno-výchovne pôsobiť na spoluobčanov, vytváranie štruktúr, akými sú verejné schôdze, zdravotnícke fóra a neformálne stretnutia, na ktorých môžu ľudia vyjadriť svoje názory a diskutovať o zdravotnej problematike, sprostredkovanie toku informácií medzi komunitou, monitorovanie uplatňovania bezpečnostných opatrení na ochranu zdravia (LEMON, SZO, 1997).

Podľa Hanzlíkovej medzi najčastejšie plánované a realizované činnosti komunitných sestier patrí organizácia poskytovaných služieb starostlivosti, koordinácia, monitorovanie, poradenstvo, edukácia, obhajoba a vykonávanie základných ošetrovateľských postupov, techník a spolupráca s ďalšími členmi tímu, inštitúciami a rodinnými príslušníkmi (Hanzlíková a kol., 2006).

Všeobecné východiská ošetrovateľského procesu u pacientov s poruchami trávenia

Posúdenie

Zdravotný stav:

príjem potravy: úbytok hmotnosti, nechutenstvo,

trávenie: nauzea, aerogastria, aerofágia, grganie, pyróza, vracanie, hemeteméza, nafukovanie, zápach z úst, dysfágia, odynofágia, regurgitácia (Fillo, 2017),

vyprázdňovanie: nepravidelné, hnačka, zápcha, meléna, stolica s prímiesou krvi a hlienov, príznaky porúch žlčníka a pečene,

bolesti jednotlivých orgánov tráviaceho traktu.

Anamnéza:

životný štýl: stravovacie návyky, abúzy (fajčenie, alkohol, káva, návykové lieky, drogy) (Fillo, 2017), zvýšená telesná a psychická záťaž, kultúrne a náboženské hodnoty

užívanie liekov: antacidá, antiemetká, vitamíny, salicyláty, protizápalové lieky, antiflatulencia
zdravotný stav v minulosti: prekonané ochorenia, operácie, problémy s krvácaním, tráviace ťažkosti, alergie, infekcie, psychiatrické ochorenia

rodinná anamnéza: výskyt tráviacich porúch a ochorení v rodine (vredové ochorenia, nádorové ochorenia, Crohnova choroba) (Kaščák, 2006)

Fyzikálne vyšetrenie

ústna dutina: farba a vlhkosť slizníc, ulcerácie jazyka a slizníc, zuby - kazy, zápach z úst, opuchy

brušná dutina: koža (farba, jazvy, turgor), poranenia, cievnatosť, symetria, asymetria, peristaltika, zmeny veľkosti orgánov, poloha tela

vitálne funkcie: krvný tlak, pulz, dych, telesná teplota, vylučovanie stolice a moča

stav výživy: výška, hmotnosť, BMI

Diagnostika

Ošetrovateľské diagnózy

Akútna bolesť 00132, Hnačka 00013, Zápcha 00011, Nedostatočná výživa – menší príjem ako telesná potreba 00002, Nevyvážená výživa – väčší príjem ako telesná potreba 00001, Deficit telových tekutín 00027, Zvýšený objem telových tekutín 00026, Neefektívne zvládanie záťaže 00069, Narušená sliznica ústnej dutiny 00045, Narušený spánok 00198, Bezmocnosť 00125, Úzkosť 00146, Zhoršená verbálna komunikácia 00051, Intolerancia aktivity 00092, Riziko narušenia kožnej integrity 00047, Riziko infekcie 00004, Riziko úrazu 00038

Plánovanie

Cieľ

Pacient - vyjadrí úľavu od bolesti, bude sa normálne vyprázdňovať, upraví si model výživy, dosiahne primeraný perorálny príjem potravy, upraví si stav telových tekutín, bude efektívne zvládať záťaž, sliznica ústnej dutiny bude bez patologických zmien, upraví si spánkový režim, bude efektívne zvládať záťaž, bude verbalizovať psychickú pohodu, bude používať efektívny spôsob komunikácie, bude verbalizovať zníženie únavy, predíde narušeniu kožnej celistvosti, predíde infekcii, predíde úrazu.

Intervencie sestry - sledovať výživu pacienta, zabezpečiť stravu podľa diétného obmedzenia a individuálnej tolerancie, spolupracovať s asistentom výživy, vypracovať vzorový jedálny lístok, zabezpečiť dostatočnú hydratáciu pacienta, pravidelne sledovať a zaznamenávať

hmotnosť pacienta, v prípade parenterálnej výživy zabezpečiť jej prívod, sledovať stav celistvosti kože, sledovať príjem a výdaj tekutín, sledovať vyprázdňovanie pacienta, vykonať záznam o kvalite a frekvencii stolice, kontrolovať laboratórne parametre, odoberať biologický materiál, zabezpečiť dostatočnú hygienu pacienta, monitorovať bolesť, použiť hodnotiace škály, záznam, zhodnotiť psychický stav pacienta,

naučiť pacienta techniky zvládania záťaže, vyhýbať sa stresu, relaxačné cvičenia, získať podporu rodinných príslušníkov, poučiť o správnom užívaní liekov, odporučiť pacientovi a rodinným príslušníkom vhodnú literatúru, povzbudzovať ho aby sa zaujímal o svoje ochorenie a aktívne spolupracoval pri riešení problémov.

Realizácia

V rámci realizácie ošetrovateľského plánu sa vykonávajú naplánované aktivity a intervencie zamerané na uspokojovanie potrieb pacienta a zlepšenie zdravia jednotlivca, rodiny či komunity (SZO, 1997). Úspešnosť realizácie závisí od rôznych faktorov, napr. od pripravenosti a ochoty komunity riešiť problém, od skúseností a zručností sestier, od schopnosti sestier vykonávať komunitne orientované činnosti atď. (Hanzlíková a kol., 2006)

Vyhodnotenie

Hodnotenie je proces, ktorý posudzuje proces realizácie plánovaných zásahov a výstupy realizovaného programu. Začína už vo fáze plánovania, keď sa určujú ciele a kritériá, ktorých dosiahnutie či nedosiahnutie vyjadruje úspešnosť, prípadne neúspešnosť realizovaných stratégií (Kozierová et al., 1995)

Záver

Pre ochorenia tráviaceho traktu je charakteristická rôznorodosť, množstvo komplikácií, lokalizácií a prejavov. Aj napriek intenzívnemu záujmu lekárov nie je možné vždy dosiahnuť očakávaný úspech pri liečbe. Avšak kvalitná ošetrovateľská starostlivosť či už individualizovaná, inštitucionálna alebo komunitná, poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu a formou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v súčinnosti s edukáciou pacienta sú základom pre uspokojovanie potrieb jednotlivca, rodiny či komunity.

Zoznam použitej literatúry

BUGNAČIČ, I., FEDURCO, M., et al. 2012. *Choroby tenkého čreva*. Prešov, Grafotlač, 2012, 266s., ISBN 978-80-970162-3-4

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2009. *Ošetrovateľstvo-teória*. 3. doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

FETISOVÁ, Ž. et al., 2012. *Klinická propedeutika ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin, Osveta.2012. 228s., ISBN 978-80-8063-373-8

FILLO, J. 2017. *Vplyv výživy na zdravie*. Bratislava, Univerzita Komenského. 2017. 273s., ISBN 978-80-223-4218-6

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. nezmenené vydanie. Martin: Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.

JUNGWIRTHOVÁ, A., JUNGWIRTH, J. 2009. *Transnazálna gastroskopia*. Olomouc, EPAVA, 2009, 104s., ISBN 978-80-87327-15-9

- JURGOŠ, E. – KUŽELA, L. – HRUŠOVSKÝ, Š. a kol. 2006. *Gastroenterológia*. 1. vydanie. Bratislava : Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2006. 688 s. ISBN 80-224.0893-X
- KAŠČÁK, M. 2006. *Klinická propedeutika – učebnica pre fakulty ošetrovateľstva*. Martin, Osveta.2006. 90s., ISBN 80-8063-215-4
- KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1,2*. 1. slovenské vydanie. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, Avicenum, 1994, 190s., ISBN 80-7169-121-6
- LUKÁŠ, K. a kol. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydanie. Praha : Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al. 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha, Grada.2010. 291s., ISBN 978-80-247-2715-8
- PAZDIORA, P., TÁBORSKÁ, J. 2004. *Prujmová onemocnění vyvolaná rotaviry*. Praha: Grada, 2004, 144s., ISBN 80-247-0626-1
- SZO. LEMON 1. *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo*. Bratislava : Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, 1997 60 s. ISBN 80-967818-0-4

POZITÍVA A NEGATÍVA RÓMSKEJ KULTÚRY VO VZŤAHU K ZDRAVIU

Positive and negative aspects of Roma culture in relation to health

Gulášová, I.¹, Babečka J.²

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava^{1,2}

Úvod

Rómovia žijú ako etnické spoločenstvo rozptýlené po celom území Slovenska s najväčšou koncentráciou na východe. Prvýkrát sa spomínajú v 14-tom storočí. V 19-tom storočí prišli z Rumunska kočovní Rómovia, ktorí dodnes tvoria si 5% súčasného rómskeho osadenstva. Počas druhej svetovej vojny boli Rómovia diskriminovaní, dochádzalo k ich vyvražďovaniu najmä na strednom Slovensku nemeckou armádou. Po neuznávaní Rómov ako etnickej skupiny sa ich vzburami podarilo v roku 1991 priznať štatút národnostnej menšiny (Rosinský, 2013).

História Rómov

História Rómov je dodnes pretkaná nejasnosťami a nepotvrdenými hypotézami. Je to spôsobené tým, že neexistujú o Rómoch žiadne písomnosti, pretože si svoju kultúru a tradície odovzdávajú ústne. Písomná rómska kultúra je teda skôr odrazom vnímania Rómov ostatnej spoločnosti, než odrazom rómskej reality. Oblasťou pôvodu je pravdepodobne dnešný sever Indie. O tejto teórii hovorí genetická aj jazyková príbuznosť.

Rómovia – Cigáni patria k tmavej odrode bielej rasy. Farba ich vlasov je hnedá, zväčša tmavá. Farbu očí majú zväčša tmavú, najčastejšie hnedú. Výška mužov je 164 – 167 cm, ženy sú asi o 12 cm nižšie. Zaujímavé sú ich fyziologické znaky, ktoré potvrdzujú ich indický pôvod.

Olašskí Rómovia sa od usadlých Rómov na Slovensku výrazne odlišujú spôsobom života (Liégeois, 1995). Udržiavajú si tradičné spôsoby správania a spoločenskej organizácie. Každý jednotlivec za zaraďuje k príslušnej skupine, ktorá spravidla zahŕňa rodinu a širšie príbuzenstvo. Na čele skupiny stojí muž požívajúci prirodzenú autoritu a jeho rozhodnutia a usmernenia sú viac-menej záväzné. Dodnes sa spory medzi skupinami olašských Rómov riešia pred radou starších – označovanou ako kris. Ženy sa prevažne venujú domácnosti a majú nižšie postavenie ako muži. Olašskí Rómovia v obliekaní naďalej dodržiavajú tradičné normy – ženy, spravidla, nenosia nohavice a miniskukne, uprednostňujú účesy z dlhých vlasov a pokiaľ im to ekonomická situácia dovoľuje, nosia výrazné zlaté šperky. U olašských Rómov je rómsky jazyk – resp. príslušný dialekt na prvom mieste pri dorozumívaní vo vnútri komunity. Jazyk majority používajú iba v kontakte s ne-Rómami, hlavne pri ekonomických aktivitách (Jakoubek, Hirt, 2004)

Rómovia ako komunita

Rómska komunita bola vždy vnútorne diferencovaná. Ešte i dnes sa môžeme stretnúť v niektorých komunitách so stopami kastového systému. Spoločenstvá Rómov sa odlišujú používaným jazykom, dialektmi, príslušnosťou k usadlým skupinám (Rumungrom), kočovným (Vlašika), príslušnosťou k regiónu, mestskému či dedinskému prostrediu.

Rómovia nikdy netvorili agrárnu kultúru, nemali vzťah k pôde, či k akumulácii majetku. Ich sociálne štruktúry sú založené na pokrvných väzbách. Iveta Radičová vo svojich prácach upozorňuje na pretrvávajúcu dôležitosť tradícií rómskej rodiny, ktorá sa vyznačuje životom v širšej rodine, komunitným spôsobom života, absenciou hranice medzi súkromným a verejným³, chápaním obydlija ako dočasného, provizórneho, zreteľnou deľbou práce medzi mužom a ženou, mnohohodnými rodinami. Rómovia sú spoločenski. Individuálne obydlie nepoznajú. Rómska rodina ("familija") je omnoho väčšia ako naša nukleárna rodina. Okrem manželov a detí sú jej súčasťou aj vydaté (ženate) deti s ich deťmi a manželskými partnermi, starí a prastarí rodičia i ďalší príbuzní. Niekedy sa stáva, že počet členov rodiny dosahuje až 30-40 (Liégeois, 1995). Tak, ako nepoznajú oddelené bývanie pre jednotlivca, je im cudzie i individuálne súkromné vlastníctvo - to u nich nahrádza vlastníctvo rodinné. Členovia rodiny obvykle pracujú spolu, slávia spolu sviatky, ochraňujú sa, opatrujú chorých a starých, spolu pochovávajú mŕtvych.

Rómovia a rodina

Pre jednotlivca je určujúca jeho rodina. Sám sa často necíti kompetentný prijímať individuálne rozhodnutia a tradične sa to ani od neho neočakávalo, keďže jeho aspirácie sú vždy konfrontované so záujmami rodiny. Žije v prítomnosti, plánovanie nie je vnímané ako potrebné. Identitu jednotlivca tvorí zakotvenie v rodinnej štruktúre (Odkiaľ si? Odkiaľ je tvoj otec?), to určuje jeho postavenie v širšej rodine, až potom je dôležitý vek a pohlavie. Sociálny status jednotlivca je určený rodinným pôvodom, či je muž alebo žena, do ktorej rodiny, osady sa narodil, či patrí k rituálne čistým (žúžo) alebo k rituálne nečistým (degeš). Tieto indikátory ovplyvňujú, koľko úcty sa mu dostane, s kým sa môže stýkať, koho si môže zobrať za ženu, čo a s kým bude jesť, kde bude bývať a čím sa bude živiť (Matulay, 2003).

Tradičnú rómsku rodinu charakterizuje život v širšej viacgeneračnej rodine, založenej na komunitnom spôsobe života. Spravidla môže ísť o desať i viac členov, manželov alebo partnerov, ich deti a prevažne ďalších blízkych príbuzných.

Žena v rómskej kultúre

Žena je považovaná za menej dôležitú, dominantné postavenie má až po menopauze. Mužská dominancia v rodine je v mnohých uzavretých spoločenstvách vyvážená výraznou pozíciou matky a tým zaručuje rovnováhu a integritu. Manželka – nevesta, ak je „privydatá“ do rodiny, stráži „rodinnú kasu“, ona si môže dovoliť odmietnuť napríklad požičanie peňazí mužovej rodine, on nie. Jej postavenie v manželovej rodine sa posilňuje „privydajom“ jej sestier a bratov. Úlohou ženy je byť doma, dohliadať na rodinu a zostať verná (páry alebo manželia si vernosť potvrdzujú vernostnou prisahou). Nevera zo strany ženy je veľkým priestupkom a môže byť dôvodom na rozpad manželstva (na vidieku sa môžeme stretnúť s prisahou u kríža, čo je mechanizmus, ktorým sa dá zastaviť rozpad vzťahu) (Bárthová, Matulay, 2009). U muža sa nevera toleruje – zvyšuje mu to jeho spoločenský status. Žena môže túto situáciu riešiť tak, že ho zbije na verejnosti a tak dosiahne zadost'učinenie. Nezhody môže žena riešiť demonštratívnym útekem k svojej rodine. Čaká, kým si muž po ňu príde a tým spor končí. Dosiahla opäť verejné poníženie ako trest za krivdu, čo sa jej stala.

Rómovia a zdravie

Zložitá práca pri prevencii ochorení, samotnom liečení a hlavne v doliečovacích fázach je skomplikovaná životným postojom orientovaným na prítomnosť s minimálnym zameraním na budúcnosť. Napríklad ak lekár zaočkuje dieťa a matku dostatočne neinformuje o následkoch reakcie na očkovanie, môže sa stať, že matka odmietne ďalšie očkovania, lebo jej skúsenosť bola negatívna. Dieťa po očkovaní plakalo, zmenil sa mu režim. Najbližšie okolie na základe plaču a nespokojnosti dieťaťa hodnotí ženu ako zlú matku a vyžaduje od nej, aby tento stav zmenila. Matka nemá dostatočné informácie a zručnosti k zmene alebo vhodné argumenty pre okolie na vysvetlenie príčin plaču dieťaťa (Machová, Kubátová, et al., 2010). To môže byť jedným z dôvodov, prečo na ďalšie očkovania nepríde. Zdravie sa stáva životnou prioritou až v prípade viditeľných príznakov choroby. Postoj k určovaniu diagnózy nie je jednoznačný. Na jednej strane môže prispieť k rýchlemu uzdraveniu, no tiež môže spôsobiť „onálepkovanie utrpenia človeka“. V niektorých rómskych spoločenstvách pretrváva viera, že vyslovovanie pravého mena choroby znamená jej privolávanie. Preto sa môže stať, že aj keď choroba má zjavné príznaky, paradoxne ju pacient i rodina ignorujú. Byť chorý, znamená byť blízko smrti. Platí to aj pre doliečovaciu fázu. Preto mnoho pacientov doliečovanie odmieta, prerušuje alebo úplne ignoruje. Prirodzeným želaním jednotlivca i okolia je tento stav zmeniť. Keď si chorý jednotlivec a jeho rodina uvedomia chorobu, očakávajú a vyžadujú, aby pomoc zo strany lekára bola okamžitá, rýchla a definitívna. Preto sa v niektorých lokalitách stretávame s nadmerným využívaním služieb prvej pomoci. Podpora spoločenstva sa prejavuje v podobe hromadných návštev, ktoré fungujú ako ochranný faktor pre chorého jednotlivca – člena rodiny. Súvisia tiež s aktívnym udržiavaním rodinných vzťahov (ak sa prestaneme navštevovať, nie sme už rodina). V rómskom spoločenstve sa môžeme stretnúť s ambivalentným postojom voči lekárovi i ostatnému zdravotníckemu personálu. Na jednej strane uznávajú autoritu lekára. On je tým, kto má vedomosti potrebné na vyliečenie choroby a teda môže oddialiť smrť. Na druhej strane je nositeľom zlých správ - stanovuje diagnózu (Šupínová a kol.2015).. Môže byť vnímaný ako ten, kto predlžuje chorobu, ak požaduje od pacienta, aby podstúpil doliečovacie, rehabilitačné procedúry. Navštíviť lekára kvôli prevencii (teraz mi nič nie je) nemá pre mnohých Rómov v tomto kontexte zmysel. Práve naopak, vnímajú to ako zbytočné ohrozenie. Zdraví k chorým nepatria, majú strach z nákazy, alebo obavu z toho, že sa dozvedia zlú správu o svojom zdravotnom stave. Starostlivosť o zdravie členov rodiny je v kompetencii žien, čo môže znemožňovať žene byť pacientkou a starať sa o vlastné zdravie. S tým súvisia aj skoré odchody niektorých žien z pôrodnice krátko po pôrode, keďže sa nemá kto postarať o ostatné deti (Matulay, 2003).

Pri zdravotnej výchove a zdravotných programoch, ktoré počítajú s istým typom prevládajúceho vzdelania cieľovej populácie, môžeme naraziť na kultúrne iné prístupy. Úroveň, štruktúra a trendy v rozvoji vzdelávania Rómov sú z veľkej časti dané minulými prístupmi. Preto nasledujúca časť textu hovorí o skúsenostiach so vzdelávaním Rómov v minulosti a ich dôsledkami pre súčasné postupy v osvetových programoch zdravotnej výchovy.

Pozitíva rómskej kultúry

Ako pozitívum rómskej kultúry by sme mohli pokladať ich temperament a pestrosť kultúry. Majú zaujímavé tradície, štýl obliekania a rovnako aj správania sa. Nie každý tieto ich osobitosti toleruje, no mali by sme si uvedomiť, že sú to ľudia, ktorí obohacujú kultúru nás ľudí, aj pozitívnym smerom. Rómovia sú zaujímaví nie len svojím temperamentom ale aj muzikálnosťou a rytmom v krvi. Ich piesne sú plné tanca a pozitívnej energie (Rosinský, 2013).

Negatíva v rómskej rodine

Rodina pre Rómov znamená veľa. Rómske rodina sa od typicky slovenských v mnohom odlišujú. Typickým znakom je nedotknuteľnosť rodiny a ich tradícií. Sexuálne vzťahy sa nadväzujú pomerne skoro z čoho vyplýva, že u rómskych žien je pôrodnosť na jenu ženu 4,2 detí a v zaostalých osadách až 7,8 detí. Dievčatá rodia zvyčajne už pred osemnástym rokom. Plánovanie rodiny u Rómov je neobvyklý jav. Výchova detí je veľmi voľná, čo má za následok nedostatok rešpektu a delikvenciu už v školskom veku. Nevedia si plánovať denný režim, neefektívne využívajú svoj voľný čas a neplnenia si svoje povinnosti. Rómska rodina je patriarchárna, čo spôsobuje že matka sa stará o deti sa chod domácnosti. Rómska matka sa príliš nevenuje svojmu dieťaťu neučí ho spoznávať svet, nečíta mu rozprávky, jej hlavnou úlohou je uspokojovať potreby dieťaťa (Shusterová, Uramová, 2006). Bohužiaľ dnes môžeme tiež vidieť v rómskych rodinách zanedbávanie detí, opustenie detí krátko po narodení, násilie na deťoch ba dokonca aj incest, čo bolo v minulosti medzi Rómami neprijateľné.

Rodičia si vo všeobecnosti želajú viac synov, je dobré ak je prvorodeným dieťaťom syn. Ten môže mladších súrodencov trestať a karhať, v prípade otcovej smrti sa stáva hlavou rodiny. Ak je prvorodená dcéra, je potešená hlavne matka, ktorá má pomocníčku vo výchove detí a staraní sa o domácnosť už od svojich ôsmich rokov.

Negatíva bývania Rómov

Rómovia už od 16-teho storočia bývajú na okraji obcí kde sa začali združovať na miestach s nekvalitnejšou pôdou, ktorá nebola vhodná na poľnohospodárske využitie. Pretože sa rodiny rozrastali začali vznikať rómske osady, dnes je ich asi 300. Domčeky boli postavené z dreva a pálených tehál. Tie najchudobnejšie mali len jednu izbu kde bývalo 10-15 ľudí v niektorých rómskych osadách dodnes nie je zavedená elektrina, vodovod, nepoznajú kúpeľňu a splachovací záchod (Horváthová, 2002). Vodu si donášajú z neďalekého potoka, v zime sa tesnia vo vnútri a v lete sa ich život odohráva vonku. Vo všeobecnosti Rómovia trávia dni spoločne v rozvetvenom spoločenstve. V jednom obydlí býva často 30-40 členov, všetky generácie.

Opatrujú chorých starajú sa o mŕtvych a spoločne pochovávajú chorých. Aj súkromné vlastníctvo v rodine chápe človek ako vlastníctvo verejné alebo rodinné. V súčasnosti žijú v murovaných príbytkoch, príbytkoch z dreva alebo neštandardných materiálov.

Negatíva vzdelávania Rómov

Vzdelanie nepatrí do rebríčka hodnôt Rómov. Zamierajú sa na existenčný a skúsenostný postoj života pred teoretickým. Je komplikovanou oblasťou skúmania a jednou z najväznejších problémov v spojitosti s Rómami v súčasnosti. Pre Rómov bola odkiaľživa škola

života. Vzťahy a postoje k vzdelávaniu detí ovplyvňujú hlavne ich rodičia. Pre väčšinu Rómov nemá vzdelanie veľkú hodnotu. Ku škole majú negatívny až nepriateľský postoj, čoho výsledkom je nezáujem detí o školu, časté absencie a nepripravenosť na vyučovanie. Voľný vzťah k vzdelávaniu dieťaťa je zapríčinený aj dôrazom na vzdelanie zo strany jeho rodičov. Voľná výchova má za následok časté záškoláctvo ako aj drobné krádeže. Školský prospech je často podpriemerný. Pri častej zmene prostredia imigrujúcej rodiny sa jej negatívne vplyvy ukazujú na Rómoch ťažkou adaptáciou (Kušnieriková, 2001). Deti sú viac zamerané na kolektív ako na vzdelávanie. Výchovný týl rodiny je dôležitejší ako ekonomické zabezpečenie rodiny. Pri vzdelávaní dospelých Rómov je tiež dôležité brať do úvahy individuálne charakteristiky a nie ich ekonomický status. Ich vzdelávanie hlavne v mestských komunitách je lepšie ako v osadách mimo miest.

Negatíva v zamestnanosti Rómov

Rómovia a ich tradičné zručnosti z pohľadu zamestnania nie sú na trhu práce potrebné a nie sú potenciálnym riešením ich nezamestnanosti. Diskriminácia Rómov na trhu práce nie je jediným problémom práceneschopnosti. Hlavným problémom, že Rómovia nemajú potrebné zručnosti, vzdelanie a prax. Počet nezamestnaných Rómov v Slovenskej republike neustále rastie. Rómska populácia tvorí najväčšiu trvalo nezamestnanú populáciu na trhu práce v SR (Rosinský, 2013).

Negatíva v spojitosti s ošetrovaním Rómov

Postoje Rómov k zdraviu sa líšia od postojov majoritnej spoločnosti v spôsobe prežívania vlastného zdravia, ktorý ovplyvňuje aktuálna životná úroveň s devastujúcim vplyvom na zdravie. Ich zdravotný stav je horší ako zdravotný stav majoritnej spoločnosti. Rómovia chápu zdravie ako stav fungovania bez obmedzení, choroba pre nich znamená niečo zlé, nežiaduce. V akútnom štádiu sú ako pacienti ochotní dodržiavať liečebný režim. Po stabilizácii zdravotného stavu prestáva spolupracovať a nedodržiava liečebný režim. Liečebný režim systematicky porušuje tým, že fajčí na oddelení, nepovolene ho opúšťa, časté sú aj úteky alebo odchody na vlastnú zodpovednosť. Doma neužíva lieky, požíva alkohol, ignoruje ambulantné kontroly. Vplyv nevhodného sociálneho prostredia sa prejavuje vysokou chorobnosťou a prechodom akútnych stavov do chronického štádia. Časté sú choroby dýchacích ciest TBC, podvýživa, svrab, epidémie a detské úrazy. Ďalším problémom sú pôrody detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou, vysoký podiel novorodencov s vrodenými vývojovými poruchami následkom dlhoročných abúзов, nevhodnej výživy, štýlu života a genetickej záťaže (Machová, Kubátová, 2010). Starostlivosť o takéto dieťa rómska rodina často nezvláda a potom dieťa končí často v detskom domove (Horváthová, 1997). Rómovia sa vyznačujú psychologickými osobitosťami, ktoré vplývajú na ich zdravie. Sú emotívnejší, orientujú sa na súčasnosť súvisiacu s vlastnými či rodinnými potrebami, vzdialené hodnoty pre nich nemajú význam. Faktory ktoré negatívne determinujú zdravotný stav rómskej komunity sú: nedostatočná úroveň zdravotného uvedomenia, nízky štandard osobnej hygieny, nízky štandard komunálnej hygieny, absencia pitnej vody, nezdravé stravovacie návyky, zvyšujúca sa miera požívania alkoholu a tabaku, rozrastajúca sa závislosť od drog (Vrabcová, Bédiová, 2013). Medzi ďalšie negatíva patrí to, že nepraktizujú prvky prevencie a podpory zdravia, nenavštevujú pravidelne stomatóloga ani praktického lekára, neabsolvujú očkovanie,

nedostavia sa na ďalšie vyšetrenie alebo ošetrovanie, nedodržiavajú liečebný režim a dávky liekov. Vážnym problémom je neschopnosť obyvateľov osád určiť závažnosť ochorenia-nevolajú RZP: Ošetrovanie pacientov rómskej komunity nie je ľahké. Vo všeobecnosti majú Rómovia vyšší prah bolesti, zle ju znášajú a následne dávajú hlasno najavo diskomfort. Veľmi ťažké je získať dôveru Rómov a presvedčiť ich, že potrebujú pomoc (Machová, Kubátová, et al., 2010). Nedôverujú zdravotníckemu personálu a vždy chcú hovoriť len s tým „najvyšším“. Dožadujú sa návštev aj mimo návštevných hodín pričom privedú celú svoju širokú rodinu. Každý jeden z nás sa stretol už s rómskymi spoluobčanmi. Naše skúsenosti s nimi sú buď pozitívne alebo negatívne. Ľudia majú určitý druh strachu pred Rómami nechcú s nimi prísť do konfliktu a preto sa im radšej vyhýbajú. Kultúra je nesmierne rozsiahly jav. Každý jeden má svoju vlastnú kultúru, ktorou sa riadi počas svojho života a Rómovia taktiež. Rómom býva dosť často vyčítané ich nekultúrne chovanie a na druhej strane sa väčšina obyvateľstva zaujíma o ich životný štýl a spôsob života a ich kultúru.

Hovorí sa, že Rómovia majú rytmus v krvi a sú skvelými tanečníkmi a spevákmi. Rómska kultúra, ktorá je pestrá môže byť ako keby spojovacím mostom medzi Rómami a nerómami.

Záver

Rómovia predstavujú skupinu obyvateľstva so spoločným jazykom, pôvodom, kultúrnymi rysmi, spôsobom života a charakteristiky. Predpokladaný podiel rómskej komunity na Slovensku je 9,2% (Rosinský, 2013). Rómske etnikum je špecifické a odlišné od majority sociálno-kultúrnou úrovňou, históriou, antropologickými črtami, životným štýlom, jazykom, vzdelaním, vlastnými normami a zákonmi. Ich skupina je vnútorne heterogénna a vyžaduje si diferencovaný prístup.

Zoznam použitej literatúry

- BÁRTHOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 2009. 141s., ISBN 978-80-8063-306-6
- HORVÁTHOVÁ, A. 1997. Návrat. In: BALVÍN, J. a kol. *Romové a dětské domovy*. Ústí nad Labem: Občanské sdružení HNUTÍ R, 1997, 138 s. ISBN 80-902149-4-0
- HORVÁTHOVÁ, J. 2002. *Kapitoly z dějin Romů*. Praha: Člověk v tísni, společnost při ČT, o.p.s., 2002. ISBN 80-7106-615-X.
- JAKOUBEK, M., HIRT T. (Ed.) 2004. *Romové: Kulturologické study. O etnopolitice, příbuzenství a sociální organizace*. Aleš Čeněk, s.r.o., Plzeň 2004
- KUŠNIERIKOVÁ, N. 2001. *Prístupy k vzdelávaniu Rómov v minulosti*. In: Rómovia, vzdelávanie, tretí sektor. PDCS, 2001
- LIÉGEOIS, J., P. 1995. *Rómovia, cigáni, kočovníci*. Bratislava, Academia Istropolitana.1995, ISBN 80-967-380-4-6
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al. 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha, Grada.2010. 291s., ISBN 978-80-247-2715-8
- MATULAY, S. 2003. *Rómovia cez prizmu sociologického výskumu*. Nitra, FSVaZ. 2003, mISBN 80-8050-578-0
- ROSINSKÝ, R. 2013. *Multikultúrna výchova v inkluzívnej edukácii*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Ústav romologických štúdií, 2013. ISBN 978-80-8052-547-7.

- SHUSTEROVÁ, N., URAMOVÁ, P. 2006. *Psychologické minimum pre asistenta učiteľa*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-8068-489-8.
- ŠUPÍNOVÁ, M., HEGYI, L., KLEMENT, C.: Zdravotný stav Rómov na Slovensku. In: *Hygiena*. - ISSN 1210-7840. - Roč.60, č.3 (2015), s. 116-119.
- VRABCOVÁ, T., BÉDIOVÁ, S. 2013. *Rómska komunita v kontexte psychiatrického ošetrovatel'stva*. In *Sestra*. 2013, roč. 5-6, s. 45-47. ISSN 1335-9444

SPRÁVAME SA K SVOJMU ZDRAVIU AKO DOSPELÍ?

Do we behave to our health as an adult?

Guľašová M.

VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, detašované pracovisko bl. D.M. Trčku Michalovce

Úvod

Dospelosť môžeme definovať ako vedomie zodpovednosti za svoje činy (Hartl, 2002, s. 120). Zodpovednosť za svoje zdravie implikuje ochotu naučiť sa o seba starať bez ohľadu na fyzický vek či zdravotný stav, predchádzať rizikám. Na vzniku civilizačných ochorení sa podieľa súbor faktorov vo vzájomnej integračnej pôsobnosti. Integratívny pohľad na civilizačné ochorenia poukazuje na úzky súvis biopsychosociálnej zložky osobnosti a prognózy ochorenia. Neurovedy sa zameriavajú na možnosti mozgu reagovať a meniť svoju štruktúru v dôsledku vplyvu environmentálnych a sociálnych podnetov. Padá doterajšia doktrína vnímajúca determinujúcu úlohu genetiky a k slovu sa dostáva epigenetika. Kandel vychádza z predpokladu, že všetky psychické procesy majú svoj základ v činnosti mozgu.

Zdôrazňuje determinujúcu úlohu génov, ich expresie a plasticity. Schopnosť zmeniť svoje myslenie a postoje ku zdraviu implicitne modifikujú somatický zdravotný stav. V rámci civilizačných ochorení je dôležité zamerať pozornosť nielen na rizikové faktory ich vzniku, ale aj na možnosti navodenia zmeny rizikového správania sa jedinca v jeho sociálnom prostredí skôr, ako jeho pôsobením v integrácii so zdedenou vulnabilitou vôbec dôjde k rozvoju ochorenia.

Ako máme v rukách prevenciu civilizačných ochorení?

Medzi najvýraznejšie psychologické rizikové faktory radíme stres, hostilitu, anxiétu a depresiu. Zatiaľčo jednotlivé stresory vyvolávajú špecifické neuroendokrinné reakcie, v prípade súčasného pôsobenia viacerých stresorov, sú tieto reakcie oveľa komplikovanejšie (Mravec, 2010). Je zjavné, že riziko ochorenia stúpa s každým pribúdajúcim rizikovým faktorom, ale pri ich vysokej koncentrácii sa riziko zvyšuje obzvlášť výrazne. A aj napriek tomu, nie vždy a nie u každého. V hre je aj intenzita a doba pôsobenia rizikových faktorov a rovnako aj geneticky daná odolnosť či vnímavosť toho ktorého človeka. Práve preto je možné rizikovými faktormi vysvetliť len asi 50% civilizačných ochorení. „Medzi systémy, ktoré zohrávajú základnú úlohu v tomto komplexnom pohľade na rizikové faktory, patria neurohumorálne aspekty“ (Jenšovský, 1999). V oblasti neurohumorálnych regulácií zastáva dôležitú úlohu autonómny nervový systém. Aj naši autori, ako Remková (2003) vychádzajú z práce Juliusa (Julius, 1993), poukazujú na súvislosť hyperaktivity sympatika s procesom aterogenézy. „Opakovane bolo dokázané, že stres, spolu s ďalšími rizikovými faktormi (telesná inaktivita, nadmerný prísun kalórií atď.) vedie k stimulácii autonómnych nervových centier v hypotalame. Dochádza k poruche tonusu medzi sympatikom a parasympatikom a k hyperaktivite sympatika“ (Souček a kol. 2001). „Vývin, stres a sociálna skúsenosť sú faktormi, ktoré menia génovú expresiu modifikáciou transkripčných faktorov. Následne sú schopné meniť afektívne a kognitívne charakteristiky zásahom do neurotransmitterovej regulácie v procese neurónovej signalizácie“ (Kandel, 2002 in Škodová, 2004). Tento proces

sa podieľa nielen na iniciácii a udržiavaní abnormálneho správania, ale rovnako aj na účinnej prevencii, terapii alebo poradenstve (parafr. Hoschl, 2002).

Ako uvádza Eagleman (2017), mozog je aj pokročilom veku rovnako formovateľný prostredím a naším správaním ako v mladosti. Autori Thaler a Sunstein (2010) predstavujú teóriu zlepšovania rozhodnutí o svojom zdraví na základe nevedomia. Spokojnosť so životom výrazne viac koreluje s osobnostnou predispozíciou hardiness ako s fyzickým zdravím. Myšlienkové nastavenie a emocionálne prežívanie podporujúce dopaminergný systém odmeny je podstatným salutorom v prognóze civilizačných ochorení. Podľa Eaglemana (2017), pri učení nových zručností, dochádza v našom mozgu k fyzickým zmenám a po zautomatizovaní daných činností nastáva ich presun do predvedomia, mimo našej vedomej kontroly. Vďaka tomu je možné aj zložité činnosti vykonávať s vynaložením minima energie. Učenie prebieha na základe posilňovania v štruktúrach synáps. Dopamín zabezpečuje trvalosť novovytvorených synaptických spojení v dôsledku odmeňovania správania, ktoré je dôsledkom takéhoto učenia. Malý podnet v našom prostredí môže viesť k zmene nášho správania a rozhodovania smerom k lepšiemu bez toho, aby sme si to uvedomovali. Thaler a Sunstein (2010) preukázali, že jemné navádzanie nevedomých procesov mozgu je efektívnejšie ako direktívne presadzovanie. V praxi by bolo výhodnejšie zamerať sa na učenie zásadám psychohygieny v pozitívnom motivačnom nastavení. Kampane založené na strachu z ochorenia preukázateľne nemajú dostatočný efekt na dopaminergný systém mozgu. Dopamín a emócie sa podieľajú na korekcii nášho hodnotenia situácií.

Na ich základe sme ochotní modifikovať svoje konanie a rozhodnutia v oblasti starostlivosti o svoje zdravie a to v každom veku. Základom snahy pozitívne meniť svoju starostlivosť o seba je vnímanie kontroly nad situáciou, pocit dosahu na svoje zdravie.

Biofeedback akomoznosť starat' sa o seba

Biologická spätná väzba – biofeedback predstavuje „skupinu liečebných postupov, využívajúcich elektronické prístroje na presné meranie, spracovanie a spätné informovanie osoby informáciou s posilňujúcimi vlastnosťami o jej mozgovej a autonómnej aktivite či už normálnej alebo abnormálnej vo forme vizuálnych alebo akustických signálov, s cieľom pomôcť klientom dosiahnuť a naučiť sa uvedomenie a vôľovú kontrolu nad ich fyziologickými procesmi, ktoré sú inak mimo vedomé a nepodliehajú vôľovej kontrole, najprv pomocou biofeedback signalizácie a po tréningu cezvnútorné psychofyziologické podnety“ (Schwartz a kol, 2003, s. 321). Kognitívnym predpokladom je, že vnútorné udalosti nemožno ovplyvniť na rozdiel od vonkajších. Týmto procesom sa jedinec stáva schopným aktívne vstupovať do vzťahu s vnútornými aj vonkajšími procesmi a tým prevziať na seba väčšiu zodpovednosť za seba samého (Williams, 1994). Spektrálnu analýzu variability srdcovej frekvencie môže mestručne charakterizovať jako relatívne novú, nezaťažujúcu a neinvazívnu metódu, pomocou ktorej možno získať informácie o špecifických regulačných eferentných vplyvoch sympatika a parasympatika a osvetliť vzťah medzi psychologickými a fyziologickými procesmi. Srdcový pulz sa mení vplyvom rôznych vonkajších a vnútorných vplyvov. Zdravé srdce rýchlo odpovedá na tieto faktory zmenou frekvencie, čím sa organizmus optimálne adaptuje na zmenené podmienky. Zdravý jedinec má „určitú mieru premenlivosti (variability) srdcovej frekvencie s množstvom odpovedových vzorov na aktivačnom kontinuu. Variabilita srdcovej frekvencie (HRV) koreluje s rôznymi úrovňami

rovnováhy medzi dvoma vetvami autonómneho nervového systému – parasymptikovým a sympatikovým“ (Krivulka, 2003,s.6). Okrem navodenia balansu ANS, posilnenia regulačných schopností organizmu (baroreceptorové reflexy) a získania vľahu pacienta, redukuje negatívne prežívanie (anxieta, depresia) prepojením optimálneho dýchania s pozitívnymi emóciami. Bol potvrdený významný efekt HRV biofeedbacku na inhibíciu negatívnych a efektívnych stavov a vnímanej bolesti u pacientov s ICHS (Gevirtz, Lehrer, 2004, Hasset et al., 2007, Karavidas et al., 2007). Potvrдили, že negatívne emócie, akými sú frustrácia a hnev vysoko korelujú s nepravidelným a rýchlym dychovým vzorom. Naopak, pozitívne emócie, akými sú uznanie a vnímaná sociálna opora vysoko korelujú s pravidelným a pomalším dychovým vzorom, ktorý je navodený pri HRV biofeedbacku. Karavidas a jeho výskumný tím sa dlhodobo zaoberá štúdiom integrácie srdca a mozgu a jej vplyvu na emócie, vnímanie, výkon a zdravie celkovo. Vyvinuli niekoľko techník na elimináciu stresu, ktoré podporujú pozitívne emócie a HRV. HRV biofeedback je technika špeciálne navrhnutá skôr pre pomoc ľuďom zažiť pozitívne emócie, akými sú ocenenie, starostlivosť, alebo súcit, než na jednoduchú relaxáciu. Programy zvládania stresu s použitím HRV biofeedbacku boli použité u rôznych vekových skupín ľudí, od mladšieho školského veku po seniorov, pričom zlepšená variabilita srdcovej frekvencie vplyvom HRV biofeedbacku pozitívne korelovala so zlepšenou kvalitou života. U študentov sa preukázali zlepšené študijné výsledky, u zamestnancov sa zlepšila pracovná spokojnosť, znížil stres, úzkosť a vyčerpanosť. Rovnako boli preukázané efekty HRV biofeedbacku u pacientov s ICHS. Významné zníženie krvného tlaku v experimentálnej skupine pacientov, ktoré bolo porovnateľné s efektom užívania liekov - antihypertenzív. Rovnako v danej skupine významne redukovali vnímanie stresu, depresie a úzkosti, naopak nárast pozitívnych emócií, pocit pokojnosti. Luskin, Reitz, Newell, Quinn a Haskel (in Fall, 2002) realizovali kontrolovanú štúdiu pacientov s IM. Výsledky preukázali významné zníženie prežívaného stresu, depresie a úzkosti a zlepšenie v parametroch fyzickej kondície.

Výskum efektu HRV biofeedbacku u pacientov s diabetom mellitus preukázal významné zníženie prežívaného stresu, úzkosti, depresie, hnevu, somatizácie, nespavosti a únavy. Zvýšili sa hodnoty subjektívnej pohody, sociálnej opory a vitality.

Záver

Vhodný time management považujeme za dôležitý znak zrelej osobnosti. Dospelý jedinec by mal byť spôsobilý efektívne venovať svoj čas aktivitám tak, aby satureoval všetky dôležité oblasti svojho života. Základom je zmena pohľadu na zdravie. Z hodnoty, o ktorú sa starajú predovšetkým odborníci, na hodnotu, ktorú dokáže do veľkej miery modifikovať jednotliviec svojím postojom, zmenou v správaní a konaní. Psychohygienu ako bázu zodpovednej starostlivosti o seba implikuje niekoľko krokov. Prvým krokom pre úspešné zvládnutie situácií v živote je poznať sám seba a akceptovať svoje možnosti a schopnosti. Druhým krokom je prevencia - adekvátna edukácia predovšetkým ohľadom vlastného zdravia a možností jeho sanácie. Nielen po fyzickej ale aj psychickej stránke. Ide predovšetkým o techniky na zvládanie záťaže, naučenie sa efektívnym copingovým stratégiám a kognitívna reštrukturalizácia záťažovej interakcie. Tretím krokom je uvedomenie si, že situácia presahuje bežné hranice a jedinec potrebuje odbornú pomoc s jej zvládnutím. Štvrtým krokom je odvaha o odbornú pomoc požiadať. Piatym krokom je samotná intervencia

odborníka. Všetky kroky si vyžadujú námahu a majú svoje prekážky. Ich prekonávaním sa stávame zrelšou osobnosťou a znižujeme riziko svojho fyzického i psychického diskomfortu či poškodenia, choroby. Prevencia vitálnej exhauscie či psychopatologických symptómov je oveľa lacnejšia ale aj časovo menej náročná, ako terapia už rozvinutého syndrómu.

Zanedbávanie psychohygieny súvisí so zníženou kvalitou života, spokojnosťou vo vzťahoch a pracovnou spokojnosťou. Je načase zodpovedne predchádzať problémom v zdraví tak ako sa im snažíme predchádzať v rodine, škole, práci či iných oblastiach (Šupínová.2011). Deti prirodzene čakajú riešenie situácií od dospelých, my dospelí by sme sa mali spoliehať na vlastné zdroje.

Zoznam použitej literatúry

- EAGLEMAN, D. (2017). Mozog. Bratislava. Bizbooks.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. (2002). Psychologický slovník. Praha. Portál.
- JULIUS, S. (1993). Sympathetichyperactivity and coronary risk in hypertension. Hypertension, 21, s. 886 – 893.
- KANDEL, E.R. (2000). Neuroscience: Breakingdownscientificbarriers to the study of brain and mind. Science, 290, p.1113 – 1121.
- KARAVIDAS, M.; LEHRER, P.; VASCHILLO, E.; VASCHILLO, B.; et al. PreliminaryResultsofan Open Label Study ofHeartRate Variability Biofeedback forthetreatmentof major Depression. [online]. [cit. 2008-01-21]. In: AppliedPsychophysiology and Biofeedback, 2007, 32,1,s. 12 - 19. Dostupné na: <http://proquest.umi.com/pqweb?index=3&sid=5&srchmode=1&vinst=P ROD&fmt=15//>
- KRIVULKA, P. (2003). Úvod do kardiorespiračnejpsychofyziológie. Biofeedback a neurofeedback centrum. Dostupné na: <http://sabn.sk//>
- MRAVEC, B. (2008). Neurobiológiachorôbperiférnychtkanív. Bratislava. SAP.
- MRAVEC, B.; Ondičová, K. (2010). Nervus vagus. Bratislava. SAP.
- REMKOVÁ, A. (2003). Sympatikový nervový systém a aterotrombogenéza. In: Cardiologia, 2003, 12, 2, s.72 – 77.
- SCHWARTZ, M.S., ANDRASIK, F. (2003). Biofeedback a practitioner'sguide. New York. TheGuilfordPress.
- SOUČEK, M., KÁRA, T. a kol. (2002). Klinická patofyziologie hypertenze. Praha. Grada.
- ŠUPÍNOVÁ, M.: Úloha školských sestier v ochrane a podpore zdraviadetí a dorastu / In: Ošetrovateľstvo - Pohyb - Zdravie [Zborník vedeckých prác] / Matisáková, I., Král, L., Poliaková, N., Grabczak, P. - Trenčín: Fakulta zdravotníctva, TnUAD, 2011. - ISBN 978-80-8075-487-7. - S. 208-214.
- THALER, R. H.; SUNSTAIN, C.R. (2010). Nudge. Bratislava. Martinus.
- WILLIAMS, R.B.(1994). Neurobiology, cellular and molecular biology and psychosomaticmedicine. Psychosomaticmedicine, 56, s.308 – 315.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

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

Detišovské pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce

VPLYV RODINNÉHO PROSTREDIA NA SOCIALIZÁCIU RÓMSKÝCH DETÍ

The impact of the family environment on the socialization of roma children

Hanobik F.

Úvod

V práci pri integrácii rómskeho etnika do spoločnosti je prirodzené, že socializačné pôsobenie v rómskej rodine je potrebné posudzovať podľa toho, ako kultivuje medziľudské vzťahy, ako u rómskych detí posilňuje pozitívnu sociálnu orientáciu.

Výchova ako sociálny jav je determinovaná širším sociálnym prostredím, celkovou úrovňou spoločnosti, ovplyvnenou konkrétnym miestom, teritóriom, historickým stupňom vývoja. Pri socializácii rómskych detí musíme vedieť a rešpektovať determinovanosť rómskeho dieťaťa špecifickými sociálnymi podmienkami, dlhodobú historickú izolovanosť tohto etnika, špecifickosť spôsobov predávania poznatkov v rómskej komunite ovplyvnených najmä ich doterajším spôsobom bývania, životného štýlu, obživy. Pokiaľ nepoznáme túto determinovanosť, môže sa stať výchova rómskych detí jednostrannou a neúspešnou (Balvín, 2004).

Žijeme v období, keď sa čoraz intenzívnejšie ozýva požiadavka integrácie rómskeho etnika do majoritnej spoločnosti. Socializácia v rómskom spoločenstve sa javí ako jeden z najvážnejších problémov súčasnej doby. Medzi majoritnou spoločnosťou žije skupina Rómov s odlišnou kultúrou, inými pravidlami a normami správania sa, ktorí sú neustále ovplyvňovaní sociálnym prostredím. Preto je nutné sa touto problematikou zaoberať a riešiť ju z dôvodu, aby sa v dôsledku zmien, zabránilo ďalšiemu sociálnemu, ekonomickému a kultúrnemu úpadku rómskeho obyvateľstva a posilňovali sa pozitívne integračné vplyvy zo strany štátu.

Rómska rodina

Rodina, rodinné väzby a vzťahy sú práve tými hodnotami, ktoré sú pre Rómov sociálne i kultúrne najdôležitejšie a najvýznamnejšie. Rodina je pre nich základná sociálna jednotka, v ktorej sa zabezpečuje reprodukcia, výchova a ochrana jedinca (Šupínová a kol., 2010). Rodinné zväzky majú zasa hospodársky význam, poskytujú možnosť vykonávať prácu v solidarite a pochopení. V neistej situácii je rodina miestom stability a zázemia. V tejto časti práce chceme načrtnúť špecifiká rómskej rodiny.

Rómsku rodinu teda nemožno chápať ako určitý počet jedincov, ale ako celok, ktorý voči okoliu vystupuje jednotne. Konflikty prežívajú kolektívne: vzťahy medzi jedincami sú vzťahy medzi rodinnými zväzmi, jedinec koná v mene svojej rodiny. Chyba, ktorú urobí jedinec, sa hodnotí ako chyba celej rodiny, naopak úctyhodný čin posilňuje zas prestíž rodiny. Sociálna solidarita spája všetkých členov rodiny a je pre nich sociálnou a psychologickou istotou. Jedinec nikdy nezostáva sám, ani doma, ani vonku, ani v nemocnici, ani na smrteľnej posteli. Je súčasťou v spleti vášnivých, intenzívnych vzťahov, z ktorej niet úniku. Ak spoločnosť jedinca vyobcuje, je to vážna vec, je to psychologická smrť. Jedinec získava postavenie vo svojej rodine aj prostredníctvom svojej rodiny. Rodinný celok tvorí niekoľko manželských párov viacerých generácií s deťmi. Manželský zväzok má však iba relatívny

význam, ako napríklad získanie štátneho občianstva, trvalého pobytu a iných sociálnych výhod. Funkcie ženy a muža sa v rodine dopĺňajú.

Žena má relatívne nezávislé postavenie, zabezpečuje pre rodinu každodenné potreby a obživu. Vybavuje administratívne záležitosti, najmä na sociálnych úradoch. Doma sa stará o výchovu maloletých detí,... , až po sobáš. Má základnú úlohu zachovania reprodukcie rodu a tradícií. Muž je v spoločnosti nositeľom prestíže rodiny. Vo vnútri rodiny je hlavou rodiny, ktorá má rozhodujúce slovo. Muž často nebýva doma, väčšinu času trávi v práci, diskusiami s priateľmi, udržiavaním spoločenských kontaktov a vybavovaní spoločenských záležitostí. Rodina sa zakladá po narodení prvého dieťaťa, ktoré je vždy prínosom do rodiny. Rodiny bývajú početné. Výchovu dieťaťa zabezpečuje celá rodina, je vždy kolektívna. Dieťa žije v rodine s tromi až štyrmi generáciami dospelých. Jeho sociálne cítenie sa vyvíja z pravidiel súdržnosti, komunity a bezpečia. Neexistujú tu generačné rozpory, v podstate svet detí splyva so svetom dospelých. Rodina je celok, kde deti i dospelí sú stále vo fyzickom i sociálnom kontakte, chránia sa navzájom a nikdy nie sú sami. V oblasti sociálnych kontaktov dieťa veľmi rýchle napreduje. Skoro je samostatné a schopné konať na vlastnú päsť. Neexistuje tu priama individuálna kontrola, množstvo príkazov a vynucovanie si poslušnosti. Deti sú kontrované v skupine. „Škola ako výchovná inštitúcia priniesla zvrät v hodnotách rodinnej výchovy a je nežiadúca. Rodičia majú väčšinou zlé spomienky na školu a váhajú, či jej majú svoje deti zveriť. Sú presvedčení, že ich deti si v živote vedia tak dobre počínať ako deti, ktoré absolvovali povinnú školskú dochádzku a neexistuje nijaký vzťah medzi vzdelávaním a ekonomickým alebo sociálnym úspechom. Dieťa má predpoklad vytvoriť si negatívny vzťah k škole i k inštitúciám, pretože je vychovávané v strachu zo všetkého cudzieho.“ (Liégeois, 1995).

Rodinné väzby a vzťahy v tradičnej rómskej rodine sú pre neróma zahalené rúškom tajomstva. Ako to v takej klasickej rómskej rodine vlastne vyzerá?

Pre Rómov má rodina veľký význam. Predstavuje základnú sociálnu jednotku, v ktorej sa zabezpečuje výchova a ochrana jedinca, a samozrejme, reprodukcia. Dobre vychované dieťa žije vo veľkej úcte k svojim rodičom, starým rodičom a starším členom rodiny až po sobáš. Po sobáši, ak sa vydá dievča do rodiny chlapca, prijíma tradície novej rodiny, ktorá ju akceptovala. Inak je to s chlapcom, ktorý sa prižení do novej rodiny. On dodržiava zvyky svojej rodiny a málokedy sa prispôsobuje zvykom novej rodiny. Ak náhodou nová rodina ublíži jeho rodine, je ochotný opustiť rodinu a vracia sa k svojej rodine, k rodičom.

Rómska rodina za posledné obdobie prešla značnou zmenou. Na tejto zmene sa podpísali najmä politické, ekonomické, sociálne a kultúrne procesy v spoločnosti. Rodina sa na zmenené podmienky usiluje na jednej strane adaptovať, na strane druhej je však voči mnohým zmenám rezistentná a na vonkajšie podnety reaguje selektívne. Navyše, rómska rodina bola vystavená priamym vplyvom inštitucionálnych zásahov, ktoré ju viac či menej citlivo, zámerne alebo mimovoľne narúšali, a tak menili tradičné vzory rodinného správania Rómov.

Kým rómska rodina v integrovanom prostredí sa viac či menej modernizovala, v segregovanom, izolovanom a uzavretom prostredí osád a mestských get možno nájsť ešte aj v súčasnosti charakteristické črty tradičnej rómskej rodiny. Práve rodové, príbuzenské a širšie rodinné vzťahy majú v tradičných komunitách Rómov ešte vždy veľmi dôležité sociálne a iné

funkcie (napríklad zvykovo-právne, ekonomické, výchovné, kontrolné či identifikačné. (Hanobik, 2007)

Úroveň poznatkov o rómskej rodine v súčasnosti neumožňuje odhadnúť, do akej miery sa tieto tradičné charakteristiky rómskej rodiny zachovali. Pravdepodobne sa situácia líši od komunity ku komunite a je ovplyvnená množstvom okolností. Napríklad tým, do akej miery je komunita postihnutá rozrastaním kultúry chudoby, ktorá významne modifikuje a deformuje tradičné črty rómskej rodiny.

Rodinný a komunitný život výrazne formujú aj nové problémy, ktorým musia ich členovia čeliť. Takýmto problémom je najmä *vysoká nezamestnanosť*. Tá významne ovplyvňuje najmä rómsku mládež. Rómska mládež je dnes generáciou, ktorej už pravdepodobne boli odovzdané určité hodnoty, normy, vzory správania typické pre kultúru chudoby. Značná časť z nich nikdy nezažila obdobie pracovnej povinnosti a po ukončení základnej školskej dochádzky putovala priamo na úrad práce. Vytvárajú sa tak predpoklady na vznik subkultúry nezamestnanej rómskej mládeže, ktorá vníma nezamestnanosť ako normálnu, a pravdepodobne hľadá zdroj obživy inde ako na formálnom trhu práce. (Hanobik, 2017)

Negatívne faktory ovplyvňujúce proces integrácie a socializácie:

Prostitúcia - či už dobrovoľná alebo z donútenia, by bola v najvyššom rozpore s tradičnými rómskymi hodnotami a normami. Lenže odlišný postoj k právam žien, dominantnosť mužov v rodine i komunite, vyššia miera tolerancie k domácej násilii zrejme majú istý vplyv na to, že ženy sú náchylnejšie podriať sa mužom aj v takých otázkach ako prostitúcia. Možno sa zamyslieť aj nad tým, či obrovská zodpovednosť, ktorú rómska žena tradične pociťuje vo vzťahu k svojej rodine, resp. deťom, ju nemôže dohnať do hraničnej situácie, akou je predávanie vlastného tela.

Kultúra chudoby – nie je možné jednoznačne určiť, ktoré zo vzorov správania, uplatňovaných v komunite, sú dôsledkom tradičného života Rómov, a ktoré sú už sprievodným znakom utvárania sa kultúry chudoby. Rozpad solidárnych rodinných a komunitných väzieb vnútri komunity, výskyt anomických prvkov, rezignácia na morálku a hodnoty väčšinovej spoločnosti pravdepodobne nemajú s tradičnou rómskou kultúrou nič spoločné. Objavujú sa tam, kde sa určitá skupina ľudí ocitne v situácii extrémnej chudoby a sociálnej vylúčenosti.

Absolútna chudoba – väčšina rómskych ľudí v priestorovo i sociálne segregovaných osídleniach nikdy nebola zamestnaná a šanca, že by v blízkej budúcnosti mohla nájsť uplatnenie na formálnom trhu práce, je zanedbateľná. Otázne je, ako si môžu vytvoriť pracovné návyky, keď slovné síce prezentujú ochotu pracovať, no viaceré skúsenosti, či už išlo o verejno-prospešné práce, alebo o spoluprácu rómskych ľudí napr. pri stavbe sociálnych bytov pre nich, skončili tak, že sa na prácach nezúčastňovali.

Nelegálna práca – keďže veľká časť rómskej populácie si nemôže nájsť uplatnenie na formálnom trhu práce, často hľadá zdroj obživy v neformálnej, tzv. sivej alebo čiernej ekonomike. Príjem z takejto činnosti sa v niektorých komunitách stáva normou a komunita ju neberie ako nič, čo je v rozpore s normatívnym rámcom spoločnosti.

Úžera – v rómskych komunitách dosiahla nebyvalé rozmery a sociálne oslabuje už aj tak sociálne slabé vrstvy celých rómskych rodín. Pôžička od úžerníka je pre Rómov z komunit s takmer 100-percentnou nezamestnanosťou neraz jediným spôsobom, ako získať finančné

prostriedky. Zvyčajne sú to výnimočné udalosti, ako svadby či pohreby, na ktoré rodina nemá prostriedky, a tak ostáva iba úžerník. Prvou pôžičkou sa však jednotlivci aj ich rodiny dostávajú do začarovaného kruhu, z ktorého temer niet úniku. Úžera prehlbuje biedu, spôsobuje zúfalstvo, bezbrannosť a strach.

Závislosť na drogách a alkohole – závislosť je pre osobu, ktorá ňou trpí, finančne veľmi vyčerpávajúca. V posledných rokoch pracovníci organizácií, ktoré sa zaoberajú prevenciou a liečbou drogových závislostí, hovoria o náraste užívateľov drog v rómskej komunite. Aj život v beznádeji v rómskych getách je jedným z faktorov, ktorý prispieva k šíreniu drogovej závislosti.

Nízke vzdelanie, právne vedomie a informovanosť – charakteristickou črtou rómskych komunit na Slovensku je nízka vzdelanostná úroveň jej členov. Aj medzi mladými ľuďmi je neraz najvyšším dosiahnutým vzdelaním len základné vzdelanie. Okrem klasického vzdelania chýbajú Rómom aj informácie o základných ľudských právach a právnom systéme. Obyvatelia sociálne vylúčených lokalít majú veľmi malé možnosti prístupu k informáciám. Pre niektoré rómske komunity je zároveň príznačná nedôvera k informáciám, ktorých nositelia pochádzajú z majoritnej spoločnosti.

Migračné vlny – v rámci migračných vln Rómov do zahraničia, ktoré môžeme v poslednom období sledovať, sa za hranice republiky dostane značné množstvo rómskych ľudí aj s ich deťmi. Tento fakt spôsobuje neochotu zamestnávateľov prípadne zamestnať rómskeho človeka, ale aj spôsobuje ťažkosti v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu u detí, absencia v škole, vynechanie učiva či spolupráca s inštitúciou, ktorá zabezpečuje voľno-časové aktivity rómskych detí.

Bez zázemia rodiny, ktorej fungovanie určovalo nielen sociálne bytie každého jednotlivca, ale sa prelínalo aj s jeho psychikou, človek sa ocitá viac-menej vo vzduchoprázdne. Ideový význam *famelija* je však v kultúrnom podvedomí Rómov stále živý a pokiaľ žije idea, nie je stratená ani nádej, že bude pozitívne pôsobiť na bezradnú, dezintegrovanú realitu a osvetľovať cestu novým možnostiam integrácie osobnostnej, rodinnej, skupinovej a celospoločenskej. (Hanobik, 2012)

Rómske rodinné tradície

Byť Rómom, to znamená dodržiavať tradičné normy a zásady. Základnou morálno – etickou zásadou, ktorú uznávajú všetci Rómovia, je zásada *romaņipen*. „Každá skupina, ktorej členovia sa pokladajú za Rómov, definuje kategóriu romaņipen priradením takých charakteristických vlastností, ktoré Róm považuje za dôležité. Predsa však funkcia zostáva tá istá – umožňuje identifikovať iných a charakterizovať pozíciu iného voči sebe.“ Za nedodržiavanie tejto zásady im hrozí nanajvyš morálne potrestanie – strata vážnosti a dobrého mena, pohŕdanie. Romaņipen vysvetľuje rómske tradície. Prikazuje komunite rozprávať rómskym jazykom vo svojom prostredí, v kontaktoch s inými jej členmi, dodržiavať prijaté obrady a rituály (Bartosz, 2004).

Pre každého člena rómskej komunity platí dodržiavanie *romipen*, teda ide o súbor noriem zakódovaných v kultúrnych vzorcoch správania, v náboženstve, v rituáloch, v sociokultúrnych regulatívoch, ktoré prostredníctvom inštitúcií riadia a organizujú rómske spoločenstvo. Ďalej Fabianová (In, Poláková, 2005) píše, že *romipen* určuje postavenie a funkcie Róma, reguluje jeho konanie i životné rozhodnutia.

U Rómov možno hovoriť o zásade romimo = rómstvo. Rómstvo ide s Rómom počas celého života, musí dodržiavať a ctiť rómske zvyky, bez ktorých by rómstvo nemohlo žiť. Rómstvo by sa malo viesť tak, aby ho mohla rodina predať ďalšej generácii (Stojka, Pivoň, 2003).

Rómstvo, to je niekoľko zásad:

- jazyk a reč
- kmotrovstvo
- krst
- zásnuby
- svadba
- rómsky súd
- vzťah k najbližšej a vzdialenej rodine
- úcta
- vinš
- pieseň
- tanec
- obliekanie
- rómske mená

Na základe vzťahu k romipen – rómstvo Rosinský (2006) vymedzuje delenie Rómov takto: žuže Roma a degeša Roma. Za Rómov (žuže) označujú slušných ľudí, dodržiavajúcich zásady rómstva. Za Cigánov (degeša) považujú tých členov etnika, ktorí im robia hanbu svojím správaním a konaním. Ide o osoby nedôveryhodné, lenivé, ktoré sa nevedia správať a rozprávajú vulgárne.

K životu každého človeka patria dni všedné, ale aj dni výnimočné, ktorými sú narodenie nového člena rodiny, uzatvorenie manželstva i posledná rozlúčka s blízkym človekom. Rómovia sa držia pri týchto príležitostiach mnohých povier a zvykov. Veria, že sa tým ochránia pred zlými silami a zabezpečia pre seba a svoje rodiny zdravie a šťastie. Z tohto dôvodu sa vykryštalizovali prvky v správaní a konaní, ktoré nájdeme len u tohto etnika. Pre názornosť si uvedieme aspoň niektoré:

Postavenie matky

O hierarchii v rómskej rodine sme hovorili vyššie. Matka teda stojí v rómskej rodine len zdanlivo v pozadí. Jej vplyv na chod rodiny je značný. Stará sa o výchovu detí, čistotu a ekonomickú stránku chodu domácnosti. Hospodárenie najvýraznejšie ovplyvňuje najstaršia žena, ktorej muži odovzdávajú svoje zárobky a ona rozhoduje o ich použití. Aj ostatným ženám v rodine rozdeľuje povinnosti, pričom zvláštne správanie sa uplatňuje voči neveste. Výchova malých detí je väčšinou v kompetencii matky. Už v útlom veku (6-7 rokov) by sa dievčatká mali vedieť postarať o svojich súrodencov, pomáhať matke udržiavať čistotu v dome, učiť sa variť jednoduchšie jedlá. Celá výchova dievčaťa je zameraná tak, aby bolo pripravené vydať sa a vedelo sa v novej rodine primerane správať. Po vydaji je nevesta pod nadvládou svokry, no po narodení prvého dieťaťa sa situácia radikálne mení, získava práva a výhody. S rastom a dospievaním detí sa žena stáva nezávislejšou, rastie jej status. S vekom sa rómska žena stáva sprostredkovateľkou životnej múdrosti.

Uspokojovanie potrieb

U Rómov má uspokojovanie potrieb gradáciu: fyzické, citové, pracovné a nakoniec intelektové. Tento fakt je potrebné brať do úvahy. Vo všeobecnosti je známe, že výchova a vzdelanie nemá v hodnotovom systéme Rómov významnejšie postavenie. Sú orientovaní hmotne, v snahe vyrovnat' sa nerómskemu obyvateľstvu. Za najpodstatnejšiu črtu rómskej mentality možno považovať odolnosť voči asimilačným snahám. V niektorých aspektoch života sa Rómovia čiastočne adaptujú - spravidla vtedy, ak si takto uspokojujú svoju potrebu: napr. prijímajú jazyk a náboženstvo dominantných skupín (vlastné náboženstvo si neutvárajú, svoj jazyk dosť zanedbávajú), využívajú technické a sociálne vymoženosti súčasnej doby (autá, telefóny, banky, sociálnu podporu a pod.). V základnom spôsobe života však ostávajú naďalej svojí, ich životný štýl odoláva zmenám počas striedania generácií.

Špecifické zdôrazňovanie poriadkumilovnosti

V rómskych domácnostiach je pranie denným rituálom. Ak to ekonomické podmienky nedovolia, tak hoci len v čistej vode. Denné pranie je základom čistoty odevov. Nie je ťažké zistiť aj v cudzom prostredí, kde bývajú Rómovia. Väčšinou podľa toho, že všade okolo ich obydli je povešaná bielizeň. Neraz na prvý pohľad veľmi chaoticky. Bielizeň totiž Rómovia vešajú všade. Najčastejšie rovno pod okná, pred domy, na okraj osady. Hoci podvedome tak robia preto, aby zdôraznili svoju poriadkumilovnosť a čistotu, efekt v tejto bezslovnej komunikácii s Nerómami je však opačný. Hoci je prístup v rómskych komunitách k čistiacim prostriedkom ťažší, krásne opraté a vybielené košele, v ktorých vychádzajú Rómovia zo svojich domov, sa zdá niekedy ako malý zázrak. Ako zo škatuľky sú ráno aj rómske deti. Na rozdiel od nerómskych detí ich však počas dňa nikto neokrikuje, aby sa neušpinili. Nikto ich neobmedzuje v pohybe. Lebo oni neslúžia svojmu odevu, ale odev im. Večer sa to aj tak operie.

Tradičné vnímanie potravy

Myslíme, že obraz rómskych detí, ktoré odmietajú jedlo, ba dokonca ho aj vyhadzujú, je každému známy. Vzbudzuje to dojem, že si Rómovia nevedia vážiť jedlo. Nikto sa totiž nezaujíma o stravovacie návyky komunity. Domnievame sa, že práve kvôli nepochopeným odlišnostiam v stravovacích návykoch vznikajú mnohé nedorozumenia. V rómskej komunite je však vzťah k jedlu odlišný a tradičné vnímanie potravy, hoci z dnešného pohľadu nie celkom zdravej, pretrváva. Teda neraz rozhoduje nie hlad, ale tradícia či nevyhnutnosť. Ani dnes Rómovia, či majú chladničku alebo nie, potraviny neskladujú. Čo sa nepotrebuje v ten deň, ide do koša. Je to hlavne v osadách, kde je len veľmi nízka úroveň hygieny, jeden zo spôsobov ako zabrániť väčším epidémiám (Vasilj, 1998). Neskonzumované potraviny priťahujú aj veľké množstvo hmyzu, takže takéto jedlo sa stáva zdrojom nákazy. (Vasilj, 1998) Preto, hoci tam rómsky ľudia hladujú, neskonzumované potraviny vyhadzujú. Tento zvyk v rómskych komunitách trvá dodnes, a to predovšetkým v tých najchudobnejších a najsegregovanejších. Dokonca aj v integrovaných rodinách, kde je chladnička bežnou súčasťou výbavy kuchyne, sa jedlo neskladuje a zásadne sa nekonzumuje na druhý deň. Rómovia považujú Nerómov za špinavých práve preto, že dokážu skladovať potraviny v chladničke a v mrazničke aj niekoľko dní a potom ich skonzumovať. Odlišná je aj skladba konzumovanej potravy. Cestovina, tá sa hlavne v segregovaných komunitách takmer nepoužíva (okrem rezancov). Mäso, hoci málo kvalitné, alebo dokonca v subštandardných komunitách odpadové, je základom každodennej stravy. Pripravuje sa však veľmi

jednotvárne. Zelenina sa takmer vôbec nepoužíva (Vasilj,2010). Tam, kde je nedostatok peňazí, prevládajú múčne jedlá a hlavne chlieb. Zákusky sa pečú málokedy.

Odovzdávanie kultúry v rómskej rodine

Kultúrne tradície, kultúrna identita, hodnotový systém a identita jedinca navzájom veľmi úzko súvisia. Kultúrne tradície formujú vnútornú identitu, obe vplyvajú na hodnotový systém človeka a ten je základom identity osobnosti. (Poláková, 2002).

Rómovia sú početne relatívne veľkým, ale etnicky - kultúrne nejednotným, nerovnorodým spoločenstvom. Jedinou inštitúciou, ktorá štrukturalizuje rómske spoločenstvá – pokrvno-príbuzenské skupiny, je rodina. Rómske spoločenstvo tradične funguje na báze bezprostrednej komunikácie, t. j. bez písma a bez na písme závislej komunikácii. Vnútrokultúrne procesy, enkulturačné i socializačné, sú riadené len inštitúciou rodiny, len rodina a príbuzní zabezpečujú medzigeneračnou ústnou komunikáciou, príkladom, odovzdávanie kultúrnych vzorov správania, teda všetkého toho, čo Róm pre úspešný život vo vlastnej pokrvno-príbuzenskej komunite potrebuje. (Hanobik,2012)

Proces, ktorým človek vrasť do určitej kultúry, a ktorý v sebe zahŕňa sprostredkovanie kultúrnych vzorcov správania, postojov, názorov, skúseností a reči označujeme pojmom *enkulturácia*. Rosinský (2006) cituje Jandoureka, ktorý ju definuje ako: „*proces osvojovania si kultúrnych tradícií, jazyka a zručností, ktorý jedinec postupuje od svojho narodenia a stáva sa tak príslušníkom danej kultúry.*“

Rodina a širšia príbuzenská skupina vytvára aj jediné tradične naozaj bezpečné prostredie pre Róma. V rómskej skupine sú sociálne roly a statusy rozdelené v podstate raz a navždy. Vyplývajú u mužov i u žien z prirodzených životných cyklov - deti, mládež, dospelí, teda otcovia a matky, staré matky a otcovia. Sociálna prestíž je viazaná dominantne na tieto roly. Súťaž o spoločenské postavenie tak, ako to robia „gádzovia“ je nepochopiteľné a smiešne. Inštitúcia školy, vzdelávanie a výchova nezávislá na príbuzenskej - klanovej - rodovej príslušnosti v tradíciách tohto kultúrneho spoločenstva neexistuje.

Róm bol a je tradične bytostne, existenčne závislý na svojej rodine a širšej príbuzenskej spoločnosti. Tieto základné charakteristiky sociálnokultúrneho systému vytvára systém kultúrnej uzavretosti rómskeho etnického spoločenstva, resp. uzavretosti rómskych skupín. Uzavretosťou na jednej strane tradične chránili svojich členov pred fyzickým nebezpečenstvom, ale najmä pred prílevom nových informácií, ktoré by v akulturačných procesoch znamenali rozpad tradičných rómskych kultúrnych štruktúr. Na druhej strane sa ale aj sami čoraz viac vylučovali z možností sociálneho napredovania a štruktúrovania, ktoré sa majority, síce nie vždy kompetentne, ale predsa len usilovali Rómom poskytnúť. (Hanobik,2017)

Rómske dieťa

Pre rómske dieťa je jeho rodina, so svojimi zvykmi, hodnotami a normami, ktorá prináša odlišnú hodnotovú orientáciu, ktorá je sformovaná rozdielnosťou životného štýlu, spôsobu života a rôznymi kultúrnymi, sociálnymi a ekonomickými faktormi oproti majoritnej spoločnosti, celým svetom.

Tak, ako sme už v predchádzajúcich kapitolách uviedli, rómske dieťa je vychovávané širokou príbuzenskou rodinou, ktorá mu takto či už cielene alebo mimovoľne, odovzdáva

svoje vzorce správania. Dieťa sa tak stáva akýmsi malým dospelým. V nasledujúcich častiach si uvedieme najviditeľnejšie prvky, ktoré predpokladáme, majú význam pre rómske dieťa pri preberaní kultúry od svojej rodiny, komunity či rovesníckej skupiny.

Aké sú rómske deti? Ako každé deti. Majú rady svojich rodičov, súrodencov i domov, kde sa narodili a kde vyrastajú. Rómski rodičia nepochybne milujú svoje deti práve tak ako všetci ostatní rodičia. Zlá ekonomická situácia, alkohol, nezamestnanosť, zlé životné podmienky, negramotnosť alebo nedostatočné vzdelanie často tvoria začarovaný kruh, v ktorom vyrastajú rómske deti.

Rómske dieťa, tak ako aj každé dieťa kdekoľvek na svete potrebuje cítiť, že je v rodine prijímané a milované. Z histórie Rómov je známe, že tradičná rómska rodina prijímala dieťa ako dar, bolo pre rodičov požehnaním a žena, ktorá nemala viac detí, bola rómskou komunitou považovaná za menejcennú. Pre zdravý vývin dieťaťa je však dôležitá aj možnosť jeho presadenia sa v rodine, získanie záujmu zo strany rodičov a súrodencov, možnosť rozhodovať a nie byť zodpovednosťou za svoje správanie, schopnosť ovládať a regulovať svoje potreby a žiadosti. Dieťa vyžaduje pozornosť, ktorá mu dáva pocit výnimočnosti. Zároveň sa potrebuje primerane socializovať so spoločnosťou, v ktorej žije jeho komunita a osvojiť si kultúrne vzorce, ktoré v nej fungujú.

Rómske deti, žijúce v osadách, ale aj v tradičných rómskych rodinách, sú veľmi fixované na svojich rodičov a veľmi nerady od rodičov odchádzajú mimo bydliska. Tak sa stáva, že v osadách ľudí neubúda, ale skôr pribúda, pretože sa chlapci ženia a privádzajú nevesty do svojho rodného domu, a tak sa rodina opäť rozrastá. Málokto dieťa z osady si zvykne napr. na internátny spôsob života. Tak je to aj v tradičných rómskych rodinách, kde pri ženbe syna do novej rodiny prichádza so synom aj jeho matka, ak je sama, a jej deti. Fixácia najstarších synov na matky je veľká a ostáva v nich po celý život. Rómovia nevedia žiť osamotene. Kým v nerómskej spoločnosti sa mladí tešia, že sa osamostatnia, tradične vychovávaný rómsky pár žije so svojou rodinou.

Každý človek na prvý pohľad zbadá sfarbenie pokožky, môže poznať zvláštny jazyk. Chápanie sveta a jeho prežívanie je u rómskeho dieťaťa odlišné od chápania sveta dieťaťom nerómskym. V detstve sa tieto deti stretávajú prevažne s príslušníkmi svojej komunity a prirodzene nasávajú aj názory na nerómskych ľudí – „gadžov“ bez toho, aby mali s nimi osobnú skúsenosť. Sociálne kontakty s rovesníkmi sú veľmi živé a takmer ničím neobmedzované. Hry nie sú obmedzované zásahom dospelých, v porovnaní s nerómskymi rovesníkmi sú zdrojom odlišných skúseností, často neprímeraných veku (manipulácia s nebezpečnými predmetmi, nožom, sekerou, sexuálne skúsenosti, drobné krádeže). Výber hier v rámci komunity rovesníkov je determinovaný materiálnymi podmienkami, prevažujú pohybové hry bez pravidiel. Možno povedať, že rómske deti vedú bohatší spoločenský život ako nerómske deti, čo sa prejavuje aj bohatstvom rozmanitých sociálnych skúseností z praktického života. V rámci svojich kultúrnych zvláštností sú viac sociálne rozvinuté, samostatné, praktickejšie a vynaliezavejšie.

Rómske deti prichádzajú na svet spravidla vo väčších počtoch a víta ich nielen rodina, ale celé široké rómske spoločenstvo. Bývajú hýčkané, telesné tresty sa užívajú zriedka. Dieťa je v centre pozornosti - prinajmenej dovtedy, pokiaľ nepríde druhé. Často sa s rómskym dieťaťom zaobchádza ako s miniatúrnym dospelým, ktorý má rovnaké práva ako veľkí. Deti trávajú mnoho času v spoločnosti dospelých. Vychovávajú ich doma, menej v škole. Vo veku

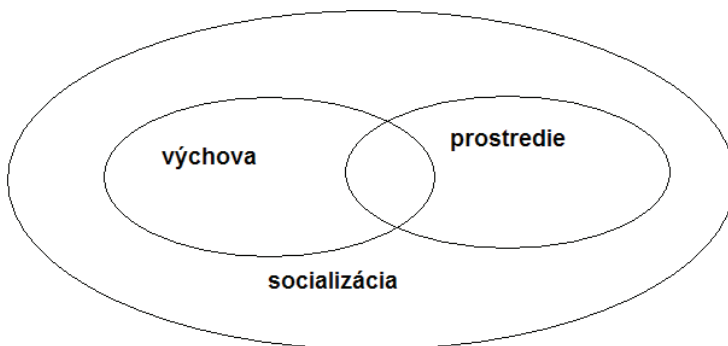
8-9 rokov chlapci často pomáhajú svojim otcom pri práci a dievčatá sa zapájajú do starostlivosti o domácnosť. V období dospievania sa veľmi často vyskytnú s deťmi problémy - poruchy správania, nedostatok rešpektu, delikvencia.

Pre správanie rómskeho dieťaťa je príznačná väčšia intenzita prežívaných emócií, čo sa prejavuje väčšou vzrušivosťou, impulzívnosťou, výbušnosťou (často sa tieto prejavy považujú za poruchy správania). Niektoré prejavy v sebaovládaní vyplývajú aj z nedostatočného sociálneho učenia, určitý vplyv majú aj rozdiely v temperamente. Príslušnosť k rómskemu etniku nie je možné chápať ako hendikep, aj keď sa ním v konečnom dôsledku, predovšetkým v rovine psychickej a sociálnej, môže stať. (Hanobik,2010)

Socializácia

Socializácia je výsledkom výchovy. Zahŕňa širší pojem než výchova. Uskutočňuje sa jednak na úrovni priameho výchovného pôsobenia, ale tiež aj vplyvom prostredia. Výchova z hľadiska cieľa je procesom socializácie, z hľadiska obsahu je procesom akulturácie a z hľadiska osobnosti je procesom personalizácie. Z uvedeného nám vyplýva vzťah : *Socializácia = výchova + prostredie*.

Obrázok č.1: Vzťah socializácia = výchova + prostredie



Socializáciu teda chápeme ako proces zospoločnenia človeka. Vychádzame z toho, že človek sa rodí ako biologická bytosť, ktorá sa až v priebehu svojho vývoja v spoločnosti stáva bytosťou spoločenskou. Proces premeny človeka v spoločenskú bytosť je však veľmi komplikovaný a zložitý. Pod vplyvom spoločenského prostredia sa jedinec postupne začleňuje do spoločnosti a jej vzťahov, osvojuje si príslušné vzory správania, z iného hľadiska kultúru dedičstva spoločnosti. Je proces sociálneho učenia, v ktorom si jednotlivec osvojuje kultúru vlastnej spoločnosti, formuje sa ako sociálna a individuálna bytosť. V procese socializácie nadobúda vedomosti a schopnosti nahromadené spoločnosťou, osvojuje si hodnoty a normy, reguluje život spoločnosti. Bez osvojenia si kultúry nemôže človek v spoločnosti plnohodnotne žiť. Pre spoločnosť je zase nevyhnutné, aby prostredníctvom socializácie odovzdala nahromadenú kultúru novým generáciám. Len tak sa môže spoločnosť ako celok zachovať a prežiť.

Prostredníctvom socializácie je človek asimilovaný do spoločnosti, stáva sa jej súčasťou i nositeľom, dodržiavateľom i kontrolórom sociálnych princípov a zásad. Pretože

medzi rôznymi sociálnymi systémami sú rozdiely, tak sú rozdiely aj v používaní socializačných techník a postupov, ako i konkrétnych cieľov, ktorých socializáciu je potrebné dosiahnuť. Tým je aj spôsobený rozdiel medzi príslušníkmi rôznych spoločností, pretože ich členovia sú podrobený odlišným vplyvom. Prejaví sa to v typických a očakávaných formách správania členov rôznych sociálnych systémov. Členovia toho istého systému sú vystavený rovnakým socializačným technikám, čo zaručuje ich unifikáciu, avšak iba v tej všeobecnej rovine, ktorá sa týka sociálneho systému ako celku. Rozdiely medzi ľuďmi nám však napovedajú, že aj v rámci jedného systému, vplyvy na ľudí sú iné.

Socializácia je proces celoživotný. Vychádza sa najmä z neustáleho determinačného vplyvu sociálneho prostredia, ako i z podstaty človeka, ktorý tým, že sa dostáva do nových a nových sociálnych situácií, nadobúda skúsenosti a poznatky, ktoré ho obohacujú. Pre každého z nás určitá situácia nie je ukončená jej vyriešením, ale zanecháva stopu, ktorú v obdobnej situácii môžeme znovu využiť. Takto nadobudnuté skúsenosti majú pre nás regulačnú, sebavýchovnú i sebaformujúcu funkciu. Môže však ísť aj o zámerné osvojovanie si foriem sociálneho správania, v rámci ktorého sa človek učí sociálnym technikám, životu s druhými ľuďmi, schopnosti riešiť sociálne situácie, na čo sa v psychológii využívajú princípy aktívneho sociálneho učenia.

Každá spoločnosť si teda vytvára určité modely – vzory, ktoré sú potom predkladané v systéme výchovy svojim členom, alebo sú samostatne vyberané jednotlivcami. Nemusi a ani sa vždy nedosiahne zhoda medzi oficiálne predkladanými modelmi a modelmi, ktoré si mladí vyberajú. Ba dokonca si vyberú modely, ktoré im nikto nepredkladal, alebo sú v spoločnosti negatívne hodnotené. Takto vlastne vznikajú rôzne skupiny mladých, ktoré špecificky a svojsky chcú vyjadrovať svoj nesúhlas so spoločnosťou, alebo chcú pôsobiť asocálne.

Socializáciu chápeme aj ako učenie sa sociálnym rolám. Sociálna rola je vzor správania spojený s určitým sociálnym statusom. Ešte donedávna rómski rodičia neprikladali veľký význam výchove a vzdelávaniu svojich detí. Rómovia pochádzajú z prostredia, pre ktoré je vertikálna sociálna mobilita neprirodzená a v podstate neprijateľná. Pevný sociálny systém neprípúšťal akýkoľvek vzostup naprieč kastami. Preto výchova, a to najmä dievčat, bola smerovaná k osvojovaniu si praktických zručností potrebných pre budúcu sociálnu úlohu manželky, matky, nevesty a schopnej hospodárky.

Súčasná situácia sa už trochu líši, ale pevne zakorenený systém pretrváva ako dominujúci faktor pri pohľade na vzdelanie. Napriek tomu si veľa rómskych rodičov uvedomuje význam výchovy a vzdelania pre uplatnenie sa svojich detí v majoritnej spoločnosti.

V oblasti výchovy a socializácie rómskych detí sa však situácia rapídne nemení. V minulosti, a ani teraz sa im nevenuje žiadna pozornosť. Dieťa od malička pozorovalo a snažilo sa napodobniť dospelých okolo seba. V skupine nachádzalo vzory správania, normy a pravidlá, ktorým sa podriaďovalo. Po usadení a zavedení povinnej školskej dochádzky sa dostali rómske deti do kontrastu s rozdielnou mentalitou. Proces a spôsob života v rodine a v skupine bol do značnej miery v rozpore so životom spoločnosti, ktorá bola a je uskutočňovaná štátnym dirigizmom. Normy života v rodine boli v rozpore a v protiklade s tým, čo sa deti učili v škole. V rodine bol pre nich vzorom ten, čo vedel kraďnúť, oklamať Nerómov, v škole sa tieto prejavy odsudzovali a trestali. (Hanobik,2012)

Výchova a z nej vyplývajúca socializácia ako sociálny jav, je determinovaná širším sociálnym prostredím, celkovou úrovňou spoločnosti, ovplyvnenou konkrétnym miestom, teritóriom, historickým stupňom vývoja. Pri socializácii rómskych detí musíme vedieť a rešpektovať determinovanosť rómskeho dieťaťa.

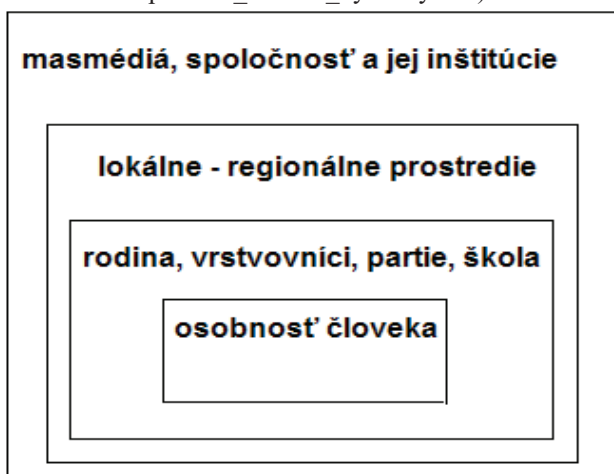
Socializácia každého človeka prebieha v spoločnosti, v kontakte a styku s inými ľuďmi. Spoločnosť svojou štruktúrou vytvára rôzne útvary oficiálneho i neoficiálneho rázu, ktoré tvoria ľudia a v rámci nich sa formujú vonkajšie a vnútorné činitele, ktoré ovplyvňujú výchovu a socializáciu človeka. K vonkajším činiteľom patrí prostredie, výchova a psychická regulácia, vlastná aktivita v sebarozvoji. K vnútorným činiteľom patria biologické podmienky, ktoré charakterizujeme funkciami CNS, dispozíciami, receptormi, stavbou mozgu a pod. Pre potrebu našej rigorózneho práce sa budeme bližšie venovať vonkajším činiteľom výchovy. (Hanobik,2010)

Vonkajšie činitele výchovy

Pod vonkajšími činiteľmi výchovy rozumieme predovšetkým vplyv prostredia a výchovy ako zámernej, cieľavedomej činnosti (Kominarec,1994). Pojem prostredie nám v tomto prípade predstavuje súhrn všetkých sociálnych podnetov, ktoré človek prijíma od počatia až po smrť. Sú to všetky tie vplyvy, ktoré na človeka pôsobia a sú pre každého jedinca odlišné.

Obrázok č.2: Schéma vyjadrujúca vzťah človeka a prostredia.

(http://ti.rafael.sk/skripta/B10_cinitele_vychovy.doc)



Prostredie je teda činiteľ vývinu osobnosti, patrí medzi vonkajšie činitele vývinu osobnosti, vo veľkej miere sa podieľa na vývine človeka spolu s výchovou a vnútornými činiteľmi. Každý biotický systém sa môže rozvíjať iba v interakčnom vzťahu s vonkajším prostredím, na ktoré sa musí adaptovať.

Prostredie je veľmi široký pojem. Zahŕňa v sebe množstvo prvkov, ktoré ovplyvňujú človeka rôznou intenzitou. Človek sa ocitá v rôznych prostrediach, je členom viacerých sociálnych skupín. Vplyv prostredia na človeka musíme chápať komplexne. Človek aktívne

zasahuje do svojho prostredia, mení ho a takto zmenené prostredie potom spätne vplýva na samotného človeka. V odbornej literatúre typológia prostredia nie je daná jednotne. Závisí od kritérií a hľadísk, z ktorých jednotliví autori vychádzajú.

Poláková (2001) spomína stupňovitú štruktúru prostredia:

- makroprostredie – realita ľudského sveta a širšie sociálne prostredie (sociálne vzťahy, kde patrí aj výchovná sféra,
- mikroprostredie – užšie sociálne prostredie, kde sa prejavujú individuálne inter a intrapersonálne vzťahy,
- mezoprostredie – zabezpečuje vzájomnú komunikáciu medzi makro a mikro prostredím (tvoria ho masovokomunikačné prostriedky).

K najčastejším typológiám prostredia vo vzťahu k výchove patrí rozlišovanie (Hroncová, 2000):

- prirodzeného prostredia výchovy: rodina, vrstovnicke skupiny, lokálne prostredie
- intencionálne prostredie vo výchovných inštitúciách: škola, mimoškolské výchovné zariadenia, zariadenia náhradnej výchovnej starostlivosti

Sociálne prostredie

Problematika sociálneho prostredia a jeho vplyv na socializáciu patrí v staršej i novej odbornej literatúre k ťažiskovým. V kontexte témy tejto rigoróznej práce sa javí ako kľúčová. Každý z nás žije v širokej spleti vzťahov a štruktúr, ktoré priamo alebo nepriamo ovplyvňujú jeho osobnosť. Väčšinu života človek trávi v rámci sociálnych skupín, ktorých je súčasťou. Pracovné kolektívy, školské triedy, rodiny a iné sociálne skupiny sa stali miestami, kde prebieha socializácia človeka. Tieto socializačné vplyvy majú veľký význam pri budovaní a vytváraní vlastnej identity.

Pod pojmom sociálne prostredie zahrňujeme ľudské vzťahy, rôzne výchovné a kultúrne inštitúcie a zariadenia, masovokomunikačné prostriedky, ktoré na človeka majú vplyv, hoci svojou účinnosťou sú špecifické a odlišné. Človek je spoločenská bytosť a nemôže sa stať človekom bez sociálneho prostredia, bez styku s ľuďmi. Bez ľudských vzťahov a komunikácie nemôže existovať ani proces odovzdávania a sprostredkovania vedomostí, skúseností a príprava človeka pre život a prácu.

Každý človek komunikuje v konkrétnom sociálnom prostredí. V sociálnej teórii a politike prostredie znamená súhrn bytostí, podmienok a javov, medzi ktorými a s ktorými jedinec žije. Ako celok predmetov, javov, systémov, s ktorými objekt, systém, jednotlivec vstupuje do vzájomného pôsobenia. Termín sociálne prostredie je užívaný v niekoľkých významoch. Predstavuje veľkú skupinu faktorov, s ktorými je človek v interakcii, a zároveň spolu so súborom dispozícií predstavuje vplyvy, ktoré sa podieľajú na vytváraní sociálno-kultúrnej osobnosti človeka.

Z hľadiska vývinu detí a mládeže patrí medzi základné zložky sociálneho prostredia predovšetkým rodina, školy a ostatné mimoškolské a mimorodinné prostredie, ktoré sú pre usmerňovanie vývinu každého jednotlivca rozhodujúce. Preto od kvality sociálneho prostredia závisí aj úroveň telesného a duševného rozvoja osobnosti. Význam sociálneho prostredia je pre jedinca obrovský, pretože jeho zásluhou sa človek formuje vo svojej spoločenskej podstate, socializuje sa.

Príroda tvorí prirodzené prostredie, a samozrejme je aj súčasťou človeka. Predstavuje nevyhnutné podmienky existencie človeka ako živej bytosti, zdroje jeho obživy a ochrany pred nepriaznivými prírodnými vplyvmi, ale aj ochrany pred nebezpečenstvom. Príroda teda poskytuje zdroje v praktickej činnosti človeka pri vytváraní materiálnych podmienok jeho života (Masiarik, 1994).

Človek je súčasťou prírody. Špecificky ľudskou vlastnosťou je aktivita človeka, ako uvedomelá činnosť, ktorou prispôsobuje a pretvára prírodu podľa svojich potrieb a vytvára si tak svoj vlastný svet hmotných a duchovných hodnôt. Z uvedeného vyplýva, že človek je nielen prírodná bytosť, ale aj spoločenským tvorom. Rodí sa do podmienok ľudskej spoločnosti a spoločenské podmienky determinujú jeho výchovu. Človek nežije izolovane. Preto pre jeho výchovu má najväčší význam najbližšie prostredie. V nasledujúcej kapitole sa sústredíme na mikroprostredie, ako prirodzený činiteľ výchovy, ktoré zahŕňa rodinu, rovesnícke skupiny a lokálne prostredie dieťaťa, tak ako sme to uviedli vyššie.

Rodina, rodinné prostredie

Prvým spoločenským prostredím a prvým výchovným činiteľom, ktoré formuje osobnosť postihnúť dieťa je *rodina*. Rodina je miesto, kde sme sa narodili, dospievali, kde sme sa formovali, je to miesto, kde nachádzame pocit istoty, bezpečia, lásky a starostlivosti. V rodine by mala vládnuť určitá intimita, vzájomná láska a porozumenie, pevná citová zviazanosť jej členov, spolupráca pri zabezpečovaní potrieb rodiny, kde každý člen rodiny má svoje úlohy a svoje povinnosti a určitú zodpovednosť za seba a druhých (Šperka, 1995).

Rodina má medzi výchovnými činiteľmi veľmi výrazné postavenie. Je to spôsobené aj tým, že dieťa v rodinnom prostredí získava prvé názory na život a svet, trávi tu značnú časť svojho života. Rodina ako každá iná spoločenská inštitúcia prešla historickým vývojom. Od matriarchátu cez patriarchát až po súčasnú monogamnú rodinu s rovnocenným usporiadaním vzťahov medzi oboma rodičmi. Súčasná rodina sa vyznačuje určitými znakmi, ktoré ovplyvňujú jej existenciu a spoločenské fungovanie. Najčastejšie sa jedná o tieto spoločné znaky (Kominarec et al., 2005):

- je spoločensky uznanou formou partnerského spolužitia
- členovia rodiny žijú v jednej domácnosti, v rodinnom prostredí
- jednotlivých členov spájajú príbuzenské vzťahy
- členovia rodiny navzájom spolupracujú a pomáhajú si pri plnení rodinných úloh
- rodina má svoje obyčaje a tradície, kultúrne, duchovné, spoločenské pod.

Rodina má medzi prirodzenými výchovnými prostriedkami osobitný význam pre vývoj a výchovu mladej generácie. V rodine dieťa dostáva základnú výchovu a uvádza sa do širších spoločenských stykov. V období, keď dieťa všetky svoje predstavy, postoje a konania odvodzuje z príkladu dospelých, celá atmosféra rodinného prostredia veľmi ovplyvňuje proces formovania jeho osobnosti. Pevný rodinný kolektív, jeho vnútorný život, vzájomné vzťahy členov rodiny, ciele, ktoré sledujú, sú výchovnou silou, ktorú nemožno ničím nahradiť. V dobrom rodinnom kolektíve sú nevyčerpatelne zdroje detských skúseností, ktorými sa rozvíja a obohacuje duchovný svet, utvára a upevňuje sa mravné presvedčenie,

svetonázor, formuje sa celá osobnosť. Rodinné prostredie má veľmi silný pozitívny, ale aj negatívny vplyv na deti a mládež.

Usporiadaná, vnútorne zladená rodina utvára radostné, ale aj náročné prostredie nielen z hľadiska výchovného pôsobenia na deti, ale aj z hľadiska ďalšieho pozitívneho vývinu a sústavného všestranného zdokonaľovania rodičov. Rodina sa podieľa a spolupracuje pri plnení spoločenských úloh, kreuje spoločenskú stránku osobnosti dieťaťa:

- po narodení ovplyvňuje životný štart dieťaťa
- ovplyvňuje ašpiračnú úroveň dieťaťa
- odovzdáva dieťaťu morálny kódex

Úloha rodiny ako prostredia výchovy nie je obmedzená len na prvé roky života dieťaťa, ale trvá až po dosiahnutie samostatnosti. Mimoriadnu podporu rodiny si vyžaduje obdobie dospievania, počas ktorého sa zintenzívňuje duševný život a formuje sa vzťah k problémom vlastného života v živote spoločnosti.

Základné podmienky pre správnu výchovu detí v rodine sú tieto:

- pracovná atmosféra v rodine, teplé, družné vzťahy medzi jej členmi, zodpovednosť za výchovu detí
- kladný príklad starších členov rodiny a autorita rodičov
- spĺňanie pedagogických pokynov a rád školy
- jednota a postupnosť požiadaviek na deti zo strany otca, matky a iných členov rodiny

Základným formujúcim činiteľom v spoločnosti je *rodinné prostredie*. Prostredie rodiny chápeme ako dynamický, premenlivý prvok, pretože práve ono najviac podlieha premenám spôsobeným vplyvu okolia bližšieho i globálneho. Prostredie rodiny musíme skúmať v jeho komplexite, t. j. ako personálne prostredie (najmä vzájomné väzby a spôsoby komunikácie), etnické, kultúrne, náboženské, ekonomické, politické a tiež historické, ako vznikalo, čo ho utváralo, a čo má naň vplyv v súčasnosti (Levická, 2004).

Málopodnetné rodinné prostredie

Každé dieťa sa od narodenia prejavuje ako aktívny jedinec, treba preňho vytvárať také prostredie, ktoré ho motivuje k aktívnemu učeniu. Dieťa z málo podnetného a nedostatočne stimulujúceho rodinného prostredia nemá na primeranej úrovni uspokojované základné potreby z hľadiska požiadaviek majoritnej spoločnosti. Nemá vytváranú takmer žiadnu motiváciu v rodinnom prostredí, aby chodilo do školy, preto ostáva doma a dáva prednosť spoločnosti matky. Problém je akási ľahostajnosť zo strany rodičov voči škole, ktorí si neplnia svoje výchovné povinnosti rodiča podľa očakávania spoločnosti. Sú však aj rodičia, ktorí majú veľký záujem o to, aby sa deti vzdelávali, aby žili na lepšej úrovni. Majú záujem, ale nemajú dostatok skúseností, vedomostí, ba ani vzorov. Týmto rodičom treba poradiť a pomôcť zlepšiť budúcnosť ich detí.

Rómske dieťa pochádzajúce zo sociálne málo podnetného prostredia, pre ktoré je jeho rodina so svojimi zvykmí, hodnotami a normami celým svetom, sa v šiestich rokoch dostáva zrazu do sveta celkom odlišného, plného nových ľudí, vecí pravidiel a povinností, ktoré do „jeho“ sveta nepatria. Dieťa sa tak dostáva na okraj kvôli vzdelávacím výsledkom (Rosinský, 2006).

Sociálne znevýhodnené prostredie

Prostredie, ktoré vzhľadom na sociálne a jazykové podmienky nedostatočne stimuluje rozvoj mentálnych, vôľových a emocionálnych vlastností jednotlivca, nepodporuje jeho efektívnu socializáciu a neposkytuje dostatok primeraných podnetov pre rozvoj osobnosti je sociálne znevýhodnené prostredie. Sociálne znevýhodnené prostredie spôsobuje sociokultúrnu depriváciu, deformuje intelektuálny, mravný a citový rozvoj jedinca a z tohto pohľadu ho považujeme za jedinca málo socializovaného.

Na tvorbe sociálne znevýhodneného prostredia Rómov sa podieľa viacero faktorov:

- historický faktor – podmieňuje vznik sociálne znevýhodneného prostredia v súvislosti s odlišným historickým vývojom v porovnaní s históriou majoritnej spoločnosti. Proces akulturácie a integrácie do majoritnej spoločnosti bol a je sprevádzaný separáciou a pestovaním obranných mechanizmov.
- rodinný faktor – azda s najsilnejším výchovným vplyvom vstępuje deťom nie práve najpriaznivejšie návyky k nim samým, ale i k spoločnosti
- ekonomický faktor – podmieňuje sociálne znevýhodnené prostredie nedostatkom ekonomického potenciálu, vyplývajúceho jednak z nízkej vzdelanostnej úrovne Rómov a následného neuplatnenia sa na trhu práce, čím zároveň vzniká priestor pre rôzne asociálne tendencie
- osobnostno-individuálny faktor - do ktorého spadajú somatické, komunikatívne a kognitívne faktory, prejavujúce sa najmä pri vstupe rómskych deťí do školy
- kultúrny faktor – najmenej nepriaznivo vplýva na znevýhodňovanie sociálneho prostredia Rómov. Rómska kultúra, bohatá na hudobné, tanečné, literárne i výtvarné formy, poskytuje široký priestor na upevňovanie a rozvoj identity Rómov. A práve prostredníctvom nej je možné búrať hranice sociálne znevýhodneného prostredia vlastnými silami Rómov, z pozície ich identity (Vanková, 2006).

Zelina (2001) hovorí o tom, že hranice sociálne znevýhodneného prostredia nemožno presne vymedziť. Zamýšľa sa nad tým, či nie je sociálne znevýhodneným prostredím napríklad aj rodina, kde sú rodičia workholici a na dieťa nik nemá čas alebo rodina, kde sa praktizuje tvrdá a drastická výchova. Alebo slušná rómska rodina, kde je o dieťa dobre postarané. Kladie aj otázku, či sociálne znevýhodneným prostredím nie je aj škola, kde je žiak ustavične kritizovaný, ponižovaný, vysmievaný, kde sa naň kladú neúmerne požiadavky, alebo kde sedí v poslednej lavici a nikto si ho nevšimá.

Rovesnícke skupiny mládeže

Rovesnícke skupiny sú prirodzenou formou života deťí a mládeže. Ide o malé neformálne sociálne zoskupenie dospievajúcej generácie. Rovesnícka skupina rozvíja sebakontrolu, svedomitosť, odvahu, cit pre spravodlivosť, trpezlivosť, lojalnosť, vernosť, oddanosť určitej veci, pohľad do podstaty spoločenských vzťahov, citlivosť k umeleckým dielam a citom druhých. Rovesnícke skupiny sú akýmsi spojovateľom medzi rodinou ako primárnou skupinou, ktorá deťom poskytuje pocit bezpečia a istoty a „svetom dospelých“, kde základnou podmienkou hodnotenia jednotlivca sa stáva jeho výkon, ktorý podáva v učení, práci, v oblasti sociálnych zručností. Preto tu nepostačujú sociálne zručnosti

a sociálne roly, ktoré si mladý človek osvojil v rodine a mladí ľudia sa „musia naučiť“ správaniu, ktoré od nich očakáva spoločnosť.

Rovesnícke skupiny sú chápané z pohľadu chlapcov a dievčat. Dievčatá sú zoskupované spravidla ako 2 až 3 členné skupiny, typickou črtou pre takúto zostavu sú dôverné rozhovory. Chlapci sa zhromažďujú vo väčších skupinách, ich účelom je hlavne šport, prestíž či presadenie sa. Všetky tieto formácie majú rovnakú črtu spravodlivosti, a to tú, že nikto nemôže „vybaviť“ inému členovi prijatie do istej pozície v skupine.

Lokálne prostredie

Lokálne prostredie patrí k ďalším významným socializačným činiteľom, ktoré silno ovplyvňuje úspech výchovy. Ide o prostredie, ktoré je neodlučiteľné od každého jednotlivca. Je to prostredie, s ktorým jedinec prichádza pravidelne a bezprostredne do kontaktu v každodennom živote. Lokálne prostredie môže predstavovať ulica, dedina, malé mesto alebo aj štvrte veľkomesta. Je to prostredie, v ktorom prebieha väčšia časť vzťahov medzi osobami, ktoré v ňom bývajú, prebiehajú tu bezprostredné vzťahy založené na susedstve a príbuzenstve. Lokálne prostredie je určitý súbor objektívnych spoludeterminantov výchovy. Za lokálne výchovné prostredie považujeme súbor činiteľov, ktoré podmieňujú aktivitu detí a mládeže v mieste ich bydliska, mimo rodiny a mimo školy.

Významným znakom lokálneho prostredia je regionálna kultúra, tradície, zvyky, obyčaje, prípadne viera. Podieľa sa na formovaní jazyka, sprostredkováva hodnoty, ideály, vzory chovania, znalosti a zručnosti, regionálne tradície. Vplyv lokálneho prostredia sa znižuje predovšetkým z dôvodu industrializácie, vplyvom sociálnej migrácie, vplyvom masovo komunikačných prostriedkov.

Komunita

Priamym, vedomým a najvyšším životným poslaním každého jednotlivca je dlhodobé zachovanie existencie svojej rodiny, priateľov, ako i vlastnej osoby. Táto požiadavka sa v prirodzenom sociálnom prostredí realizuje prostredníctvom kontinuálneho prenášania a rozvoja genetického, duševného, duchovného, kultúrneho, ako i materiálneho dedičstva prostredníctvom potomkov z generácie na generáciu. Matoušek (2003, s.253) uvádza niekoľko definícií komunity, no do pozornosti dáva definíciu: „*Komunita je miesto, kde človek môže získať emocionálnu podporu, ocenenie a praktickú pomoc v každodennom živote.*“ Za „priamych blízkych ľudí“ je možné vo všeobecnosti považovať jedincov, ktorí osobne, systematicky, cieľavedome a vzájomne tvoria a udržiavajú svoje dedičstvo pre svojich potomkov. Tento jasný vzťah medzi ľuďmi a spoločenstvom ostatných ľudí vyjadruje skutočnú primárnu komunitu – obec či mesto, spĺňajúce kritériá ohraničenia definované prirodzeným cítením spolupatričnosti.

Základnými znakmi komunity sú:

- spoločné územie
- bezprostredné či sprostredkované sociálne vzťahy
- pocit pospolitosti a súdržnosti

Komunitu charakterizuje aj inštitúcia *susedstva*. Je to určitý spôsob, akým obyvatelia komunity uskutočňujú sociálne interakcie. Práve susedstvo vytvára z priestorového

zskupenia komunitu. Vďaka susedstvu sa ľudia stotožňujú s komunitou a prijímajú sociálne statusy a roly členov komunity.

Prirodzená komunita predstavuje základnú integrovanú jednotku globálnej spoločnosti a spoločenského života jednotlivca. Rodina ako základná jednotka spoločnosti by mala podľa dnešného systému spoločnosti suplovať prirodzenú komunitu. Mnohé z funkcií dnešnej rodiny je dobre fungujúca prirodzená komunita schopná plne nahradiť. Prirodzeným dôvodom i dôsledkom cítenia spolupatričnosti medzi ľuďmi by mal byť ich spoločný život v prirodzenej komunite, čiže tam, kde realizujú svoj osobný, rodinný, pracovný a spoločenský život.

Výchovu potomkov v prirodzenej komunite a prevod skúseností jej členov na nich predstavuje najvýznamnejšie dielo života každej prirodzenej komunity. Všetci členovia by mali byť ochotní a odhodlaní predať svoje životné skúsenosti a dielo svojim potomkom, ako i potomkom ostatných členov komunity. Spoločnosť a kultúra, ako ju pozná bežná spotrebná spoločnosť neposkytuje dostatočné podmienky pre dlhodobý rozvoj komunity a potomkov členov komunity. Poznávanie okolitého sveta, životných hodnôt, princípov a výučba potomkov komunity musí byť sprevádzaná jej poslaním - zachovaním a rozvojom jej individuálnej existencie ako najvyššieho princípu. (Hanobik,2016)

Sociálne prostredie a socializácia rómskych detí

V predchádzajúcich kapitolách sme zadefinovali rómske dieťa, rómsku rodinu, socializáciu i prostredie. Pre každú rodinu je prepojenie so sociálnym prostredím dôležitou súčasťou vlastnej existencie. Spoločnosť a kultúra je s rodinou existenčne prepojená, keďže práve rodina je primárnym sprostredkovateľom kultúrnych vplyvov na jednotlivých členov spoločenstva.

Ak sa pozeráme na rodiny v etnickom kontexte, môžeme vidieť množstvo rozdielov. Definovanie rodiny môže predstavovať nukleáru, širokú alebo viacgeneračnú rodinu. Životné cykly rodiny sa odlišujú v etnických skupinách v dĺžke trvania detstva, závislosti detí, osamostatňovania sa. Rozdiel môžeme vidieť aj v dôraze na sviatky a významné rituály. Potom, preferované zamestnania a spôsoby obživy, ktoré odrážajú vlastné hodnoty i uvedomenie si spoločenskej potreby. Každá etnická skupina vytvára vlastné problémy, ktorá považuje iný druh správania za problémový. (Koteková, Šimová, Gecková, 1998).

Džambazovič, Jurásková (In, Vašečka, 2002) uvádzajú skutočnosť, že Rómovia vždy patrili medzi najchudobnejšie sociálne vrstvy spoločnosti. Výrazným prejavom rómskej chudoby bol a aj je jej vzťah k sociálnemu vylúčeniu. Medzi mechanizmy sociálneho vylúčenia patrí *ekonomické vylúčenie* – znamená vylúčenie zo životného štandardu a životných šancí, *kultúrne vylúčenie* - je odoprenie práva jedinca (skupiny) participovať na kultúre spoločnosti a zdieľať jej kultúrny kapitál. *Priestorové vylúčenie* - je mechanizmom, v ktorom koncentrácia vylúčených jednotlivcov (skupín) je v určitých geografických priestoroch.

Chudoba je doménou Rómov, ktorí majú nízku úroveň kvalifikácie a povest' nespôľahlivých pracovníkov, čo ich diskvalifikuje na trhu práce. Týmto sa stávajú závislí na sociálnom štáte. Rasová, kultúrna i jazyková odlišnosť priestorovo a kultúrne izoluje etniká. Izolácia vzniká odmietaním spoločenského spolunažívania s etnickou minoritou zo strany majority, na základe odlišnosti životného štýlu a charakteru rodinných vzťahov. Majoritná

populáciu túto odlišnosť nechápe, niekedy ju považuje za nemorálnu a inokedy za neoprávnenú. K základným pocitom Róma patrí pocit nevinu a krivdy. Pociťuje, že za jeho chudobu, biedu a všetky problémy môže majoritná časť spoločnosti, teda podľa Rómov štát. U Rómov sa objavuje pragmatizmus a schopnosť prežiť. Róm je vždy pripravený využiť každé svoje právo (Matulay, In, Poláková, 2002). Bajo a Vašek (1994) charakterizujú štyri bariéry obmedzujúce efektívnosť socializačného úsilia spoločnosti:

- Odstup, nedôverčivosť k nerómskemu obyvateľstvu, vlastná izolácia Rómov, pasivita, odpor k integračným snahám spoločnosti.
- Patológia sociálnych vzťahov – vzťahov k spoločnosti, ľuďom, výchove, práci. Nestálosť, neschopnosť udržať sa na jednom mieste, neúprimnosť, klamanie sa stali prekážkou otvárania pozitívnych sociálnych vzťahov. Nedostatočne odmeňovaná práca nepôsobila na rozvoj zručností a schopností Rómov, ani na ich vzťah k práci. Na udržanie rómskych tradičných remesiel neboli vhodné podmienky.
- Spôsob života v oblasti kultúry, hygieny a zdravia bol podmienený kočovaním a životom v rómskych osadách bez účelového interiéru, v špine, vlhkosti, hmyze. Nepripôsobili sa novým podmienkam bežnej kultúry bývania. Časť Rómov nedokáže s peniazmi a majetkom správne hospodáriť. Nastáva striedanie obdobia hojnosti s obdobiami nedostatku, živorenia. Ďalšími negatívami pre toto spoločenstvo sú alkoholizmus, fajčenie, drogy, predčasný sexuálny život.
- Poslednou bariérou je výchova detí a mládeže. Ide o nesprávnu výchovu, kde rodičia pestujú v deťoch nesprávne názory na vzdelanie, školu, na prácu, spoločnosť. Deti vyrastajú v prostredí, v ktorom chýbajú etické a sociálne kritériá dobra a zla, vytvára sa nesprávna hierarchia hodnôt. Tieto postoje sa prejavujú u rómskych detí v dochádzke do školy, v prospechu a správaní, v ich začlenení do pracovného a spoločenského procesu.

Sociálna identita je základom pre skupinové správanie, pričom je dôležitá sociálna interakcia jej členov. Podľa teórie sociálnej identity má osobnosť tendenciu hodnotiť inú skupinu negatívnejšie ako svoju. Súčasťou sociálnej identity je identita etická. Interkultúrne interakcie členov rôznych sociálnych skupín, komunit, etník sú ovplyvnené nedorozumeniami, ktoré vyúsťujú do konfliktov. Skupina prostredníctvom noriem a hodnôt determinuje sociálnu identitu a ovplyvňuje toleranciu voči jednotlivcom iných skupín. (Šramová, In, Poláková, 2005).

Záver

Pri pozorovaní vplyvu sociálneho prostredia na socializáciu rómskych detí, sa javí sledovanie problematiky rómskej rodiny ako kľúčová otázka. Záujem o poznanie rómskej rodiny nie je u nás novým fenoménom. V priebehu tohto poznávania vznikalo mnoho prác a štúdií, ktoré rómske spoločenstvo opisujú, vysvetľujú i hodnotia. I napriek tomu, že tieto výsledky sú cenným zdrojom poznania, je potrebné podotknúť, že rómske spoločenstvo ako také, je veľmi životaschopné, a teda sa prispôbuje daným životným, ekonomickým či politickým podmienkam s väčšími či menšími problémami. Mnohé rómske rodiny, či už boli z integrovanej alebo segregovanej osady, patrili ešte pred niekoľkými rokmi do strednej spoločenskej vrstvy so stálym príjmom do rodiny z pracovnej činnosti. Postupne, tak ako

strácali zamestnanie, znižoval sa aj ich životný štandard. Najviditeľnejším dopadom týchto negatívnych zmien je práve oblasť bývania rómskych rodín.

Skúmanie vplyvu sociálneho prostredia na socializáciu rómskych detí pokladáme za prvok nevyhnutne dôležitý a je potrebné mu venovať neustálu pozornosť. Socializácia, aj keď je jav dlhodobý, je premenná, mení sa na základe situácií aj ľudí, buď k horšiemu, alebo lepšiemu. Z tohto dôvodu je nevyhnutné vykonávať výskumy sociálneho prostredia, aby zmena, ktorú chceme dosiahnuť smerovala jednoznačne k zlepšeniu a pozitívnemu napraveniu daného aktuálneho stavu.

Zoznam použitej literatúry

BAKOŠOVÁ, Z. Kvalita života detí v rómskych rodinách. In: *Empirické poznatky z edukácie rómskych detí. Vplyv rodiny a rola matky vo výchove a vzdelávaní rómskych detí* : Zborník príspevkov z vedeckého seminára s medzinárodnou účasťou. Spišská Nová Ves : FSVaZ UKF – VVaPC, 2003, s. 241. ISBN 80-8050-667-1.

BALÁŽ, Ondrej a kolektív: Sociálne aspekty výchovy. Bratislava: VEDA, 1981.

BALOGOVÁ-SLOBODNÍKOVÁ, M., ZUBEKOVÁ, I.: *Romológia*. Žilina, Euroformes s.r.o., 2003, 67s. ISBN 80-89266-04-5.

BALVIN, J.: *Výchova a vzdelávaní romských žáku jako pedagogický systém*. Praha: Radix, spol.s.r.o.,2004, 207 s. ISBN 80-86031-48-9.

BARTOSZ, A.: *Neboj sa Cigána: Na dara Romestar*. Sobrance: Občianske združenie Romani vodži, 2004. 251 s. ISBN 80-969273-2-9.

CANGÁR, J.: *Ľudia z rodiny Rómov*. Nové Zámky, Crocus, 2003, s.239. ISBN 80-88992-42-7.

ĎURIAK, Ľ.: *Psychohygienu mladého človeka*. Nitra: Enigma, 2001, 149 s. ISBN 80-85471-84-1.

DŽAMBAZOVIČ, R., JURÁSKOVÁ, M.: In, VAŠEČKA, M.: Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku. Bratislava: PaP, 2002. 912 s. ISBN 80-88935-41-5.

HANOBIK, F.: Roma malnutrition, diabetes, otitis/sinusitis, alcohol abuse, tuberculosis, low birth weigh, mortality and neurologic sequellea, CBM, Roma all /both Bacterial meningitis mong Roma ethnic minority. Neuro Endocrinol Lett. 2007 Nov;28 Suppl 3:27. 138

HANOBIK, F. Family like a form of the communitycare for a disabled childintroduction, In: VANSAC, P., BARKASI, D., POPOVIČOVÁ, M.(eds.). Community social work and comunity nursing, Towarzystwo Słowaków w Polsce, Kraków 2017, s. 37-53, ISBN: 978-83-7490-995-2

HANOBIK, F.: Accompanying features of a financial Crisis in the Roma Community. Clinikal Social Work, 3-4/2010, Austria, ISSN 2076-9741.

HANOBIK, F.: A man and ethical principles, 1/2012, Austria, ISSN 2076-9741. <http://www.clinicalsocialwork.eu/download.php?id=CSW>

HANOBIK, F. 2016. Sociálna politika EÚ a multikultúrnosť. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumana, Příbram 2016. 191 s. ISBN 978-80-906146-7-3

HRONCOVÁ, J., HUDECOVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica : Pedagogická fakulta UMB Banská Bystrica, 2000. 293 s. ISBN 80-8055-427-7.

- HUDECOVÁ, A.: *Špecifické problémy rómskych detí a ich prekonávanie*. In: Edukácia rómskych detí v Európskom kontexte. Zborník, Nové Zámky, Crocus, 2002, s. 286. ISBN 80-85756-70-6.
ISBN: 80-86429-19-9.
- KELLER, J.: *Úvod do sociológie*. Praha: Slon, 2001, 204 s. ISBN 80-85850-25-7.
- KLEIN, Vladimír, ROSINSKÝ, Rastislav: *Sociálne znevýhodnené prostredie a Rómovia v kontexte kvality edukácie. Sociality disadvantaged environment and the roma people in the context of quality of education. Technológia vzdelávania. Príloha technológie vzdelávania. Vedecko-pedagogický časopis. Ročník XV, číslo 2/2007. Nitra: SLOVDIDAC, 2007. s. 5,6. ISBN 1335-003X.*
- KOMINAREC, I. - ŠUŤAKOVÁ, V. – DARGOVÁ, J.: *Základy pedagogiky. Vybrané pedagogické problémy*. Prešov: Prešovská Univerzita v Prešove, Fakulta humánných a prírodných vied, 2005, s. 12-13. ISBN 80-8068-406-5.
- KOMINAREC, I. et al.: *Základy pedagogiky*. Skriptá. Košice: UPJŠ, 1994, 138 s. ISBN 80-7097-271-8.
- KOTEKOVÁ, R., ŠIMOVÁ, E., GECKOVÁ, A.: *Psychológia rodiny*. Michalovce: PeGaS, 1998. 131 s. ISBN 80-967901-0-2.
- LEVICKÁ, Jana: *Sociálna práca s rodinou I*. Trnava: Mosty, 2004, s. 11. ISBN 80-89074-93-6.
- LIÉGEOIS, J.-P.: *Rómovia, Cigáni, kočovníci*. Bratislava, Charis s.r.o., 1997, s.272, ISBN 80-967674-2-9.
- MAGDOLENOVÁ, K.: *So vakeres? alebo Metodická príručka ako porozumieť svojmu susedovi*. Košice, Rómska tlačová agentúra, 2006, s. 288. ISBN 80-969301-3.
- MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha, Slon, 2003, 161 s.
- MATULAY, S.: *Vplyv sociálneho prostredia na využívanie médií vo vzdelávaní stredoškolskej mládeže v spišskom regióne* : dizertačná práca. Nitra : PF UKF, 2002.
- ONDREJKOVIČ, P., BEDNÁRIK, R., MAJERČÍKOVÁ, J. *Rodina na Slovensku po roku 1989 : Východiská medzinárodného komparatívneho výskumu Slovenská rodina na prahu nového tisícročia v medzinárodnom porovnaní*. In : *Empirické poznatky z edukácie rómskych detí. Vplyv rodiny a rola matky vo výchove a vzdelávaní rómskych detí* : Zborník príspevkov z vedeckého seminára s medzinárodnou účasťou. Spišská Nová Ves : FSV UKF – VVaPC, 2003. ISBN 80-8050-667-1, 241 s.
- ONDREJKOVIČ, P.: *Základy sociológie mládeže*. Nitra, FSVaZ, 2003, 131 s. ISBN 80-8050-658-2.
- ONDREJKOVIČ, P.: *Základy sociológie výchovy a mládeže*. Prednáška. Nitra: UKF, FSVaZ. 22.05.2004.
- POLÁKOVÁ, E.: *Postavenie a rola rómskej ženy v spoločnosti*. II. Štúdie. Trnava: Fakulta masmediálnej komunikácie UCM, 2005. 204 s. ISBN 80-89220-06-1.
- POLÁKOVÁ, E.: *Prostriedky masovej komunikácie, multikultúrna spoločnosť a vzdelávanie*. Nitra: PF UKF, 2001. 98 s. ISBN 80-8050-396-6.
- POLÁKOVÁ, E.: *Štúdie na tému etika a rómska problematika*. Nitra, PF UKF, 2002, s.63. ISBN 80-8050-525-X.
- ROSINSKÝ, R. et al.: *Amare Roma, špecifiká práce v rómskych komunitách*. Nitra, FSVaZ UKF, 2006, s.264. ISBN 80-8050-990-5.

- ROSINSKÝ, R.: *Čavale Romale alebo motivácia rómskych žiakov k učeniu*. Nitra, FSVaZ UKF, 2006, s.263. ISBN 80-8050-955-7.
- ROSINSKÝ, R.: Hra ako možný výchovný prostriedok rómskych detí. In: BALVÍN, ROSINSKÝ, R.: *Prierez socio-kultúrnymi vrstvami identity Rómov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2006. 146 s. ISBN 80-8050-981-6.
- SOPÓCI, J., BÚZIK, B.: *Základy sociológie*. Bratislava: SPN, 1995, 125 s. ISBN: 80-08-00042-2.
- STOJKA, P., PIVOŇ, R.: *Náš život: Amáro Trajo*. Bratislava: INFOROMA, 2003. 138 s. ISBN 80-969055-0-3.
- STRIEŽENEC, Š.: *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: AD, 1999, s. 9,11. ISBN 80-967589-6-9.
- ŠPERKA, J.: *Teória výchovy*. Prešov: Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach – Pedagogická fakulta v Prešove, 1995, s. 10. ISBN 80-7097-317-X.
- ŠUPÍNOVÁ, M., RAPČÍKOVÁ, T., GRÉČOVÁ, J.: Rodina ako rizikové prostredie pre rómske dieťa. In: Florence. - ISSN 1801-464X. - Roč.6, č.4 (2010), s. 34-35.
- VALACHOVÁ, D., KADLEČÍKOVÁ, Z., BUTAŠOVÁ, A. ZELINA, M.: *Vzdelávanie Rómov a multikultúrna koexistencia*. Bratislava, SPN, 2002, s.205. ISBN 80-08-03339-8.
- VANKOVÁ, K. 2006. Analýza znevýhodneného prostredia, jeho eliminácia a problém identity Rómov. In: Rosinský R. (edit.): *Zvyšovanie úrovne socializácie rómskeho etnika prostredníctvom systémov vzdelávania sociálnych a misijných pracovníkov a asistentov učiteľa*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, FSVaZ, 2006. s. 22-32. ISBN 80-8050-987-5.
- VASILJ,V., Redžepović, S.(1998): Microbial Characteristics of Different Soil Types under permanent wine planted in the agro-ecological area of Herzegovina., Scientific gazette No.5-6, Mostar , pp 279 – 292
- VASILJ,V., Sikora,S., Redžepović, S., Knezović, Z. (2010): Abundance of particular microbial groups under different types of vegetation. Works of the Faculty of Agricultural and Food sciences University of Sarajevo.Volume LV. No 60/1, pp139 - 146.
- VIŠŇOVSKÝ, Ľ., KAČÁNI, V. a kol.: *Základy školskej pedagogiky*. Bratislava: IRIS, 2004, 227 s. ISBN 80-89018-25-4.
- ZELINA, M.: *Stratégie a metódy rozvoja osobnosti dieťaťa (metódy výchovy)*. Bratislava: Iris, 1995, 163 s. ISBN 80-967013-4-7.
- ZELINA, Miron: 2001. *Rómske etnikum v systéme multikultúrnej edukácie*. Prešov : PF PU, 2001.

UPLATNENIE OŠETROVATEĽSTVA V PRIMÁRNEJ PREVENCII DUŠEVNÝCH PORÚCH

Application of nursing in primary prevention of mental disorders

Hrindová T.

*VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava, n.o. Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházy
Rožňava*

Úvod

V ošetrovateľstve je dôležitou úlohou výchova jedincov k udržaniu fyzického a duševného zdravia. Napomáha jedincovi, rodinám, príbuzným a komunitám k zodpovednosti za svoje zdravie, k postojom a hodnotám za vlastné zdravie, za zdravý životný štýl. Práve od duševného a fyzického zdravia závisí celková kvalita nášho života. Úlohou ošetrovateľstva je maximálne sproduktívniť život človeka, eliminovať počet chorých jednotlivcov, a tak predchádzať stavom, ktoré prepuknú do chronického štádia. Zdravie je nesmierne dôležité ako pre jedinca, tak aj pre spoločnosť. Len v zdravej spoločnosti sa môže vyvíjať zdravý jedinec a zdraví jedinci tvoria zdravú spoločnosť. Zdravý životný štýl je dominantným z cieľov Národného programu podpory zdravia. Úlohou na dosiahnutie cieľa je adekvátne vytvárať podmienky na zlepšenie vnímania a spôsobu života, zvýšiť postoj ku kvalite života obyvateľstva a prevziať zodpovednosť za vlastné zdravie (Bašková a kol. 2009).

Zdravý životný štýl je súbor cieľavedomých, naučených systematických činností, ktoré jedinec vykonáva pre svoje zdravie. Je vyvážený po fyzickej, psychickej a mentálnej záťaži ako: pravidelné dodržiavanie zdravej životosprávy, dostatok pohybovej aktivity, dodržiavanie zásad hygieny v oblasti osobnej, pracovnej, vyvážená a pestrá racionálna výživa, pravidelný pitný režim, odolnosť voči škodlivinám, odmietanie a vyhýbanie sa užívaniu návykových látok, duševná pohoda, pozitívny prístup k životu, vzťahov medzi ľuďmi, zodpovednosť v oblasti života a práce, zodpovedný pohlavný život. Prevenciou sa podieľame na utváraní optimálneho životného štýlu, pôsobíme v smere predchádzania škodlivým návykom, či závislostiam a harmonizujeme medziľudské vzťahy v každej oblasti života. Prevencia je posilňovanie pozitívnych podmienok a vplyvov spoločnosti, vzdelávacieho, právneho systému a socializácie, ktoré sú zamerané na zníženie až vylúčenie rizika výskytu stavov, procesov, udalostí, okolností, ktoré negatívne vplyvujú na človeka. Predstavuje kontinuálny proces, ktorý je zameraný na pozitívne ovplyvňovanie zdravia zmenou životného štýlu, pričom rovnomerne ovplyvňuje psychické, sociálne a fyziologické potreby. Prevenciou vytvárame podmienky aj na zníženie výskytu duševných porúch a tým znižujeme aj pokles hospitalizácií. Pre naplnenie cieľov primárnej prevencie v ktorejkoľvek oblasti je nevyhnutná aktívna spolupráca, edukácia a motivácia jednotlivcov, rodiny a komunity.

Duševné zdravie je neodmysliteľnou súčasťou telesného zdravia, spoločne vytvárajú vzájomnú symbiózu. Duševné zdravie je stav, keď všetky duševné pochody prebiehajú optimálnym spôsobom, umožňujú správne odrážať vonkajšiu realitu, primerane a pohotovo reagovať na všetky podnety a zároveň mať pocit uspokojenia zo svojej činnosti (Zacharová, Hermanová, Šramková, 2007). Duševné zdravie má byť integrované do primárnej

starostlivosti, nakoľko je neoddeliteľnou súčasťou celkového zdravia. Významným atribútom pre zachovanie a upevnenie duševného zdravia je uplatňovanie zásad psychohygieny. Psychohygiena sa zameriava na optimalizáciu študijných a pracovných podmienok, ako aj na schopnosť vyrovnávať sa so stresom a únavou (Machová, 2009). Podmienkou psychohygieny je zvládanie autoregulácie. Stresom ani konfliktom v bežnom živote jedinca sa nedá vyhnúť, ale je nutné si nájsť spôsob, ako im predchádzať. Ak už vzniknú, vedieť ich čo najlepšie zvládať.

Prekážkou na riešenie problémov v oblasti duševného zdravia je nevedomosť, predsudky, stigma. Nedostupnosť informácií o príznakoch duševných ochorení tak bráni včasnej diagnostike a liečbe. V rámci primárnej prevencie v oblasti duševného zdravia úlohou sestry je :

- minimalizovať pôsobenie faktorov, ktoré sú určitou predispozíciou vzniku duševných ochorení;
- identifikovať rizikových jedincov;
- povzbudiť mladého človeka, aby otvorene hovoril o problémoch a stresoch vyplývajúcich zo zamestnania, súkromia;
- pomôcť identifikovať pracovné plány a špecifikovať stratégie na ich uskutočnenie;
- pomôcť objasniť hodnotu času pre duševné zdravie jedinca i rodiny (Zrubcová, 2011).

Ak chce byť sestra v primárnych preventívnych opatreniach úspešná, musí mať dostatočné vedomosti a schopnosti sprostredkovať ich na primeranej úrovni a v rámci svojich kompetencií pacientom/klientom (Jakubeková a kol., 2010).

Významným faktorom v oblasti podpory zdravia je prevencia a pre poskytovanie efektívnej zdravotnej starostlivosti aj zdravotná gramotnosť. Podľa WHO je zdravotnú gramotnosť definovaná ako „súbor kognitívnych a sociálnych schopností, ktoré určujú motiváciu a spôsobilosť jednotlivca k tomu, aby si dokázali získať prístup k informáciám, pochopiť a využiť ich spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobré zdravie“ (Čepová, Kolarčík, Madarasová Gecková, 2017, s. 25). Zdravotne gramotný človek je ten, ktorý o svojom zdraví rozhoduje kvalifikovane, je schopný využívať zdravotný systém a vie sa v ňom orientovať. Prejavuje sa schopnosťou získavať informácie o zdravotnom stave, riadiť sa nimi, vedieť ich využívať, vedieť poskytnúť prvú pomoc, mať motiváciu na podporu svojho zdravia (Holčík, 2010).

Na zvyšovanie zdravotnej gramotnosti populácie majú práve sestry najväčší vplyv. Ošetrovateľstvo má nezastupiteľné miesto na zvyšovaní úrovne zdravotnej gramotnosti, najmä v súvislosti s edukačným procesom (Novyzedláková, Hudáková, 2012). V rámci primárnej prevencie je edukácia zameraná na zdravie človeka. Jej cieľom je predchádzanie zdravotných problémov, zlepšenie zdravotného stavu, čo vedie k zvýšenej kvalite života. V rámci tejto starostlivosti sa vytvárajú konzultačné a edukačné programy na lepšie pochopenie problematiky psychických problémov, identifikáciu potenciálneho ohrozenia duševného zdravia. Primárna prevencia je zameraná na zdravých, resp. potenciálne rizikových jedincov a na minimalizovanie až odstránenie rizikových faktorov. Intervencie primárnej prevencie môžu byť zamerané na celú populáciu, alebo len na rizikové skupiny, ktoré sú ohrozené rizikom vzniku duševnej poruchy. Sestry v rámci primárnej prevencie sa zameriavajú na zdravotnú výchovu v oblasti duševného zdravia, ale aj vyhľadávanie

rizikových osôb, resp. rodín .Posilňovanie pozície sestry v primárnej prevencii má byť spojené s vytváraním pozícií napr. školská sestra, komunitná sestra pre realizáciu úloh vyplývajúcich z primárnej prevencie duševných porúch. Realizácia ošetrovateľských intervencií priamo v komunitemožní sestre skôr identifikovať maladaptívne správanie sa jednotlivcov, ale aj skupín obyvateľov a tým zefektívniť primárnu prevenciu rozvoja duševných porúch.

Sekundárna prevencia spočíva v skorom určení diagnózy a na poskytovaní liečebnej intervencie. Skorá a správna diagnostika spolu s účinnou liečbou ovplyvňujú priebeh , výsledok a prognózu ochorenia. Cieľom sekundárnej prevencie je skoré podchytenie ochorenia, skrátenie času jeho trvania a návrat chorého do rodinného a pracovného prostredia v čo najkratšom čase. Pri sekundárnej prevencii prebieha edukácia chorých, ale aj rodinných príslušníkov. Sestry edukujú pacientov o spôsobe ako chorobu prijať, ako integrovať potrebnú zmenu životného štýlu do bežných aktivít života tak, aby pacienta čo najmenej obmedzovala, ako pristupovať k jednotlivým intervenciám pre stabilizáciu stavu pacienta. Tým môžeme zabrániť prechodu choroby do chronického stavu. Intervencie sestry sa zameriavajú na obnovu dobrého zdravotného stavu, zmenu pacientovho správania, dodržiavanie liečebného režimu, zvládnutie sebaobslužných činností a samostatnosti, nácvik stratégií podporujúcich zdravie, ale aj vytváranie sociálnej opory, ktorá je pre stabilizáciu duševného zdravia nevyhnutnosťou.

V terciálnej prevencii sa edukácia zameriava na človeka s nezvratnými a trvalými zmenami zdravotného stavu (Juřeniková, 2010). Terciálna prevencia sa zameriava na redukciiu nepriaznivých následkov duševných porúch a udržiavanie optimálneho fungovania telesnou, psychickou, pracovnou a sociálnou rehabilitáciou. Vytvára podmienky pre sociálnu a pracovnú integráciu jednotlivca do komunity a tak predchádzať dlhodobým hospitalizáciám a redukovať chronifikáciu duševných porúch. Hlavným zameraním terciárnej prevencie je odstránenie, resp. zmiernenie dopadov ochorenia na pacienta, ale aj jeho príbuzných a spoločnosť.

Edukácia je veľmi účinným prostriedkom v ošetrovateľstve, ktorá má nezastupiteľné miesto v rámci prevencie duševných ochorení, resp. posilňovanie duševného zdravia. Názov je odvodený z latinského slova educio, educare a znamená vychovávať, vypestovať. Je to cieľavedomý proces, vlastný len ľudskej spoločnosti. Cieľom výchovy je to, aby vychovávaní si osvojili nielen určité poznatky, vedomosti, zručnosti, ale aby sa u nich postupne rozvíjali tiež určité schopnosti, vlastnosti a návyky (Magerčiaková, 2008).

Stav duševného zdravia obyvateľstva v našich podmienkach je neuspokojivý. Príčinou je spôsob života, zdravotná kultúra spoločnosti, nedostatok vedomostí o prevencii duševného zdravia, správanie, konanie a postoj k vlastnému zdraviu. Edukácia je založená na budovaní pozitívnych a odstraňovaní negatívnych prvkov správania sa jednotlivca v súvislosti s uplatňovaním zdravého životného štýlu. Absencia komunitných služieb v oblasti duševného zdravia v SR spôsobuje, že sestry nemôžu plne uplatniť kompetencie zamerané na primárnu prevenciu duševných porúch. Napriek tomu, že edukácia realizovaná sestrou môže ovplyvňovať jedinca, jeho konanie s cieľom navodiť pozitívne zmeny v jeho postojoch, návykoch a vedomostiach, chýbajú možnosti pre realizáciu týchto edukačných aktivít. Pri základnej edukácii sa jednotlivcom poskytujú nové vedomosti a poznatky, jedinec je motivovaný k zmene postojov, zmene životného štýlu a hodnotového rebríčka. Reedukačná

edukácia je pokračujúca, prehlbujúca alebo nápravná. Pri reedukačnej edukácii sa naskytuje možnosť nadviazať na predchádzajúce skúsenosti a vedomosti jednotlivca. Komplexná edukácia sa považuje za etapovité odovzdávanie ucelených vedomostí, poskytuje budovanie skúseností a postojov k zdraviu prospešných opatrení, ktoré majú viesť k zlepšeniu zdravia (Juřeniková, 2010).

Sestry by sa v rámci primárnej starostlivosti mali zamerať na oblasti podporujúce duševné zdravie. Pri poskytovaní primárnej ošetrovateľskej starostlivosti v komunite môžu rýchlejšie identifikovať rizikových jedincov; minimalizovať pôsobenie faktorov, ktoré môžu byť spúšťačom vzniku duševného ochorenia. V rámci školských systémov realizovaním edukačných stretnutí so zameraním na oblasť duševného zdravia môžu povzbudzovať mladých ľudí, aby otvorene komunikovali o problémoch či už vo vzťahoch, v rodine, škole, na pracovisku; objasňovali hodnotu duševného zdravia jedinca, rodiny; identifikovali potenciálne pramene rodinného stresu. Vytvoril by sa priestor pre učenie jedincov, rodiny, komunity k využívaniu efektívnych modelov vyrovnávania sa so stresom, ako aj uplatňovaním adaptívnych vzorcov správania sa s cieľom znižovania vplyvu stresových situácií na zdravie jedinca. Poskytovaním informácií a nácvikom vhodných vzorcov správania sa umožňujeme znižovanie uplatňovania maladaptívneho správania sa jedinca v náročných, stresových situáciách a učíme ho nahrádzať adaptívnym správaním. Všetky tieto aktivity poskytujú podporu rodine pre zdravé spolunažívanie, umožňujú všimnúť si nesprávne vzorce správania u jedinca, rodiny a komunity, ktoré môžu ohroziť duševné zdravie a tým včasne reagovať na potenciálne riziko. Ako uvádza Zrubcová (2011) v podpore duševného zdravia a prevencii duševných ochorení je pôsobenie komunitných psychiatrických sestier dôležité. Komunitné psychiatrické sestry edukačnými aktivitami môžu vo výraznej miere pozitívne ovplyvniť názory laickej verejnosti na potrebu podpory duševného zdravia.

Výchova k zdraviu v dnešnej dobe má za cieľ výchovne pôsobiť na zdravie ako najvyšší hodnotový rebríček ľudského bytia, ktorého poslaním je rozširovanie vedomostí, formovanie návykov a postojov, zameraných na ochranu a podporu zdravia. Úlohou sestier v starostlivosti o duševné zdravie je ovplyvňovať správanie jedincov, ale aj komunity pozitívnym spôsobom. K naplneniu týchto predpokladov slúžia intervencie, ktoré sestry uplatňujú v rámci svojich kompetencií pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Je nevyhnutné, aby sestry podporovali rozvoj komunitných služieb a uplatňovali kompetencie pre zvyšovanie zdravotného uvedomenia obyvateľstva. Všetky tieto aktivity sú podmienené komunikačnou zručnosťou a odbornou pripravenosťou sestier. Je dôležité, aby boli na túto úlohu odborne a osobnostne pripravené.

Zoznam použitej literatúry

BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. Výchova k zdraviu. Martin: Osveta, 2009. 227 s. ISBN 978-80-8063-320-2.

ČEPOVÁ, E. - KOLARČÍK, P. - MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 2017. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. In Zdravotníctvo a sociálna práca. ISSN 1336-9326. 2017, roč. 12, č. 1, s. 24-32.

HOLČÍK, J. 2009. Zdravotní gramotnosť a její role v péči o zdraví. Brno: MSD, 2009. 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.

- JAKUBEKOVÁ, J. a kol. 2010. Vzdělávání studentů: Ošetrovatelství v prevenci nemoci. In Sestra. ISSN 1210-0404. 2010, roč. 20, č. 10, s. 25-26.
- JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2008. Edukácia v ošetrovatelstve I. Turany: Vydavateľstvo Fakulty zdravotníctva v Ružomberku, 2008. 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- MACHOVÁ, J. a kol. 2009. Výchova ke zdraví 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- NOVYSEDLÁKOVÁ, M. - HUDÁKOVÁ, Z. 2012. Zdravotná gramotnosť pacienta ako edukačný problém. In Zborník príspevkov z vedecko–odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou Quovadis zdravotníctvo. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov v Prešove, 2012. ISBN 978-80-555-0698-2, s. 416-421.
- ZRUBCOVÁ D. 2011. Podpora duševného zdravia v kontexte Ošetrovatelstva In: Řehulka E., Sollárová, E., et al. 2011. VÝCHOVA KE ZDRAVÍ: ČESKO-SLOVENSKÉ ZKUŠENOSTI, vyd. Masarykova univerzita, 2011. dostupné na http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/41/texty/c-s_mono_final_c.pdf
- ZACHAROVÁ, E. - HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
VŠZ a SP sv. Alžbety DP Bl. Sály Salkaházi
Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava
email: hrindova.tatiana@gmail.com

EXTRÉMNE OBÉZNY PACIENT NA INTENZÍVNOM ODDELENÍ Z HEADISKA OŠETROVATEĽSKÉHO PRÍSTUPU

Extreme obese patient on intensive department for nursing approach

Hudáková T.¹, Popovičová M.²

Doktorand VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave¹

VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, detašované pracovisko bl. D.M. Trčku Michalovce²

Úvod

Obezita patrí k najrozšírenejším civilizačným ochoreniam dnešnej doby, ale v ľudskej populácii bola prítomná už od praveku, čo dokazujú archeologické sošky Venuší alebo fresky. Vtedy bola vnímaná skôr ako úspešná cesta k prežitiu, ale pre nedostatok potravy bola v tých dobách skôr výnimkou. Vyskytovala sa však aj v staroveku, a to predovšetkým vo vyšších bohatších vrstvách. Vtedy bola symbolom honosnosti a blaženosti a málokto si taký „luxus“ mohol dovoliť. Starovekí lekári a liečitelia už v tej dobe poukazovali na zdravotné riziká z prejedania sa a s tým spojené skracovanie života. Popisoval to napr. Hippokrates, Galén alebo Avicena. Vtedajšiu obezitu sa snažili liečiť predovšetkým diétami a zdravou pohybovou aktivitou. Aj neskôr sa ľudstvo stretávalo hlavne s nedostatkom potravy a určitých živín. Preto prevažná väčšina ľudí trpela nízkym energetickým príjmom. Zároveň častá a náročná pracovná aktivita zvyšovala ich energetický výdaj, čo prispievalo k vytvoreniu negatívnej energetickej bilancie u väčšiny ľudí. To však neplatilo pre tzv. feudálov a vyššie vrstvy spoločnosti, u ktorých trend obezity naďalej trval. Dlhodobý výskyt nízkeho energetického príjmu a zvýšeného výdaja v histórii ľudstva spôsobil obrannú zmenu v nastavení regulačných mechanizmov prispôsobenú týmto podmienkam ako nevyhnutnosť prežitia druhu. To sa odzrkadlilo na prelome tisícročí, odkedy má človek dostatok energetických zdrojov potravy a s nástupom novodobých technológií aj čím ďalej tým menej pohybu. Pre obrovskú časť populácie nastala zmena úrovne životného štandardu, kedy má bežný človek zvýšený príjem a naopak znížený výdaj energie, z čoho následne vyplýva pozitívna energetická bilancia. V posledných desaťročiach obezita nepostihuje už iba rozvinuté štáty, ale aj rozvojové krajiny. V niektorých štátoch obezita postihuje viac ako polovicu obyvateľstva. Podľa WHO sa počet osôb trpiacich obezitou alebo nadváhou odhaduje na už takmer okolo dvoch miliárd. Taktiež stúpa výskyt obezity a nadváhy u detí a adolescentov. Dnes je obéznych dospelých ľudí viac ako miliarda a detí približne 10 %. Od 90. rokov 20. storočia stúpla prevalencia obezity v Európe v priebehu 10-15 rokov o 30%. V jednotlivých krajinách je dynamika nárastu odlišná. Zatiaľ čo vo Veľkej Británii obéznych jedincov za posledných 10 rokov náramne narastá, v niektorých štátoch, ako je napr. aj ČR, je obezita vysoká už niekoľko rokov. Najnižší výskyt obezity zaznamenávajú krajiny ako je Francúzsko, Švajčiarsko alebo Severské štáty. Najväčšiu mieru detskej obezity majú zasa v Španielsku a v Taliansku (Hainer, 2011).

Obezita je charakterizovaná ako nadmerné množstvo tukového tkaniva v tele v dôsledku zvýšeného delenia a ukladania tukových buniek. Tento stav je spojený s výskytom mnohých chronických ochorení. (Středa, 2017). Najčastejšie ide o diabetes mellitus, hypertenziu a ochorenia postihujúce pohybový aparát Obezita nie je ochorením modernej doby, zmienky o

nej možno nájsť už v prehistorických dobách (Kunešová, 2016). Lukáš (2014, s. 444) definuje obezitu ako „*chronické ochorenie , ktorého podkladom je zmnoženie tukového tkaniva v organizme v dôsledku dlhodobej pozitívnej energetickej bilancie so súčasným vzostupom telesnej hmotnosti nad normálne rozmedzie.*“ Vznik obezity súvisí s mnohými vnútornými a vonkajšími faktormi a významnú rolu hraje aj genetická predispozícia (Šupínová, Virgulová, 2012). Najvýznamnejší vonkajší faktor je výsledkom vyspelej spoločnosti – prebytok potravy a úbytok fyzického pohybu. Obezita je tak nevhodná adaptácia na prostredie s dostatkom potravy (Doleček, 2013, s. 12).

Podľa klasifikácie WHO sa nadváha označuje ako hodnota BMI 25-30. Za obezitu sa považuje BMI nad hodnotu 30. Obezita sa ďalej delí na tri stupne. Pacienti s BMI od 30 do 34,9 sú superobézny, a od 35- 39,9 BMI sa klasifikuje ako super super obezita. BMI nad 40 je klasifikovaná ako hyperobezita. Za extrémnu alebo morbidnu obezitu považujeme BMI 40-49,9 pri komorbiditách súvisiacich s obezitou (Brychta, 2014). Klinicky môžeme obezitu rozdeliť na jednoduchú a druhotnú. Jednoduchá tvorí 90% -ný výskyt všetkých prípadov a je spôsobená vplyvom nevhodného životného štýlu alebo životnou etapou (klimaktérium). Druhotná obezita vzniká sekundárne pri niektorých ochoreniach ako Cushingov syndróm, hypotyreóza, syndróm polycystických ovárií. (Kunešová, 2016). Obezitu môžeme tiež deliť podľa rozloženia tuku v tele, ktoré má súvislosť aj s výskytom komplikácií. Antropoidný typ alebo typ jablko znamená rozloženie tuku v oblasti brucha, vyskytuje sa prevažne u mužov a je spojený s častejším výskytom komplikácií. Gynoidný typ alebo typ hruška je prevažne ženský typ s rozložením tuku v oblasti stehien a bokov (Středa, 2017)

Medzi konzervatívne postupy liečby obezity patrí dieterapia, pohybová aktivita, psychoterapia a farmakoterapia. Zvyčajne sa využíva kombinácia viacerých postupov (Brychta, 2014, s. 202). Liečba obezity ako takej spolu so všetkými jej komplikáciami je dlhodobý proces, ktorý si vyžaduje veľké odhodlanie, sebazaprenie a trpezlivosť pacienta. Liečba obézneho pacienta musí byť komplexná a je multidisciplinárna, pretože cieľom terapie nie je len zníženie hmotnosti, ale aj postupné eliminovanie všetkých komplikácií a prevencia ďalších rizík. Kľúčom k úspechu v liečení obezity je skončiť s pozitívnou energetickou bilanciou. To spočíva jednak v znížení energetickej príjmu a zároveň v zvýšení energetickej výdaja. Na začiatku terapie je nutné zabezpečiť krátkodobú negatívnu energetickú bilanciu, ktorá sa neskôr musí vyvážiť a ostať v rovnováhe, aby bolo možné v programe dlhodobo pokračovať. Druhou rovnakou dôležitou a nenahraditeľnou zložkou k úspešnému zníženiu pozitívnej energetickej bilancie je zvýšený energetický výdaj prostredníctvom fyzickej záťaže. Pravidelná pohybová aktivita prispieva k redukcii hmotnosti a zároveň k zlepšeniu metabolických komplikácií spojených s obezitou. V psychologickú terapiu u obéznych pacientov osvedčila metóda založená na kognitívno-behaviorálnom prístupe. Tento spôsob psychoterapie sa často využíva pri riešení rôznych návykových problémov, ku ktorým sa zaraďuje aj obezita pre jej chorobnú závislosť na jedle. Sústreďuje sa na správanie daného jedinca, ktorý si vytvoril a zafixoval nesprávne zlozvyky v oblasti stravovania a cvičenia. K chirurgickej liečbe obezity sa pristupuje len v najkrajnejších prípadoch, kedy zlyhali už všetky dostupné prostriedky konzervatívnej liečby. Chirurgická (bariatrická) terapia je možná u pacientov s BMI vyšším než 40 alebo pri BMI 35-40 so súčasne pridruženými viacerými ochoreniami, ktoré pacienta ohrozujú na živote (Hainer, 2011).

Medzi najčastejšie používané chirurgické metódy patrí adjuvantná gastrická bandáž, ktorej princípom je zmenšenie žalúdka pomocou silikónového krúžka priloženého na stenu žalúdka, na ktorej je umiestnený balónik regulujúci zaškrtenie žalúdka, čím sa dá dosiahnuť postupný návyk na reštrikciu. Výhodou tejto metódy je jej reverzibilita, avšak je nutné spomenúť radu jej nežiadúcich komplikácií (Hainer, 2011). Ďalšou metódou je tubulizácia žalúdka, ktorá je založená na princípe odstránenia fundu a veľkej kurvatury žalúdka. Žalúdok má tak tvar podobný rukávu z košele, preto je označovaná ako sleeve gastrectomy (Hainer, 2011).

V súčasnej dobe je obezita považovaná za piaty najrizikovejší faktor úmrtí. Pokiaľ je spojená s výskytom komplikácií je očakávaná dĺžka prežitia skrátená o 5-20 rokov v závislosti od pohlavia, veku a od rasy (Fried, 2014).

Extrémne obézny pacient na jednotke intenzívnej starostlivosti

„Väčšina zdravotníkov sa v rámci manažmentu liečby obézneho pacienta zaoberá samotnou príčinou vzniku alebo komplikáciami obezity. Avšak intenzivisti musia riešiť závažné život ohrozujúce pridružené ochorenia, eventuálne exacerbované komorbidity u morbidne obézneho pacienta, pričom už samotné anatomické a fyziologické zmeny pri obezite výrazným spôsobom komplikujú intenzívnu starostlivosť takmer na každej jej úrovni. Problematickým a rizikovým sa stáva takmer každý výkon a procedúra v liečebnom a diagnostickom procese, čo znamená samozrejme zvýšené riziko aj pre samotného pacienta, a to najmä v zmysle možných komplikácií samotnej intenzívnej starostlivosti“ (Krbila, Soboňa, 2015, s.70).

Problémom pri ošetrovaní extrémne obézneho pacienta podľa Krbilu a Soboňu (2015) sa stáva v podstate akýkoľvek bežný diagnostický, ošetrovateľský alebo liečebný úkon, ktorý je nutné bez pozoruhodností vykonať :

- urgentné zabezpečenie dýchacích ciest – zväčšený obvod tváre, krku, hrudníka zväčšený jazyk, prebytočné tukové tkanivo vo faryngu a menší faryngeálny priestor, ťažšie predýchavanie, rýchla desaturácia, z tohto dôvodu je potrebné myslieť vždy na problémy s obťažným zabezpečením DC a mať vždy pripravené pomôcky k alternatívnym spôsobom zaistenia DC,
- žilový prístup – zmenené alebo vymiznuté anatomické orientačné body využívané pri centrálnej kanylácii, krátke ihly, nemožnosť zaistenia cievy,
- uloženie, transport pacienta, polohovanie pacienta– veľkosť a samotná hmotnosť pacienta výrazným spôsobom sťažuje transport pacienta, hmotnosť pacienta môže výrazne presahovať nosnosť lôžok, operačných stolov, CT a RTG stolov, veľkosť pacienta môže znemožniť zrealizovanie CT vyšetrenia, znižuje sa kvalita RTG snímok;
- polohovanie a bežná ošetrovateľská starostlivosť – vysoké riziko vzniku dekubitov, zaparením, riziko pádu pacienta, riziko vzniku imobility.

Metódy a výsledky

Výber problému - práca je venovaná ošetrovateľskej starostlivosti o extrémne obézneho pacienta na intenzívnom oddelení, ktorú prezentujeme prostredníctvom kazuistiky pacienta hospitalizovaného na intenzívnom oddelení. Starostlivosť o extrémne obézne pacienta je náročná a špecifická, zvlášť ak ide o pacienta na intenzívnom lôžku. Vyžaduje

multiodborovú spoluprácu, teoretické a praktické zručností a schopností sestier a ich kritické myslenie. Cieľom našej kazuistiky je prezentovať špecifický prípad a priebeh ošetrovateľskej starostlivosti o extrémne obézneho pacienta na intenzívnom oddelení.

Výber metodiky - kazuistika predstavuje adekvátnu metódu na prezentovanie jedinečného a špecifického prípadu. Z hľadiska typu ide o celkovú a komplexnú kazuistiku pacienta. Výber prípadu bol zámerný na základe splnenia požiadavky jedinečnosti a náročnosti špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta – pacienta s extrémnou obezitou.

„Kazuistika alebo prípadová štúdia je intenzívna charakteristika jedného prípadu, jednej situácie, jedného človeka, jedného problému. Ide o kvalitatívnu metódu, ktorá dokonale dokáže splniť ciele kvalitatívneho výskumu, lebo skúma fenomény do hĺbky v ich skutočnom kontexte“ (Olecká, 2010).

Spôsob získavania informácií- hlavným zdrojom bola dokumentácia pacienta. Následne sme údaje z dokumentácie doplnili rozhovorom s príbuznými pacienta, ktorí boli ochotní odpovedať na naše otázky

Predkladaná kazuistika sumarizuje prípad extrémne obézneho pacienta hospitalizovaného na jednotke intenzívnej starostlivosti. Venuje sa úskaliam poskytovania starostlivosti sestrou a špecifickým prístupom k pacientovi pri realizácii komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a saturácii primárnych potrieb pacienta.

Anamnéza

Rodinná anamnéza: otec aj brat prekonal cievnu mozgovú príhodu, nevie udať v akom veku

Osobná anamnéza: liečený na hyperurikémiu, 3/2019 cestou urgentného príjmu odporúčané kľúčkové diuretiká, endokrinológom diagnostikovaná hypotyreóza a hypovitaminóza D, v apríli 2019 nefrológom diagnostikovaná incipientná chronická nefropatia.

Sociálna anamnéza: slobodný, bezdetný, býva s otcom a s bratom,

Epidemiologická anamnéza: bez pozoruhodností

Pracovná anamnéza: nezamestnaný, v minulosti pracoval ako vodič kamióna.

Alergická anamnéza: bez alergie na lieky, alebo potraviny, bez inej známej zjavnej alergie.

Lieková anamnéza: Furosemid Forte 250 mg 1-0-0, Milurit 1-0-0, Euthyrox 100mg 1/2-0-0.

Abúzy: fajčí 20 cigariet denne, alkohol neužíva, kávu nepije.

Terajšie ochorenie: Pacient udáva, že od obeda (23.7.2019) prestal chodiť, výrazne zoslabol, mal ísť ku endokrinológovi pred mesiacom avšak pre výrazný opuch genitálu nesadne do auta. Dýcha sa mu dobre, afebrilný, nekašle, bez bolestí na hrudníku. na oddelení centrálného príjmu vyšetrený neurológom so záverom paraparéza dolných končatín – sekundárna pri extrémnej obezite.

Katamnéza (popis prípadu)

37 ročný pacient liečený na hyperurikémiu, endokrinológom na hypotyreóza a hypovitaminóza D, nefrológom liečený na incipientnú chronickú nefropatiu, chirurgom sledovaný pre vredy predkolení, s extrémnou obezitou (váha =276 kg, BMI 65) prijatý dňa 23.7.2019 o 02:40 na jednotku intenzívnej starostlivosti (obr.1) z dôvodu celkovej slabosti a imobilizácie. Pacient transportovaný do nemocnice v sprievode RZP, hasičov a polície na privesnom vozíku. Uložený na posteľ s najvhodnejšou konštitúciou avšak s nemožnosťou získať aktuálnu hodnotu váhy pacienta (váži do 250 kg). Predhospitatizačne na oddelení centrálného príjmu vyšetrený neurológom so záverom paraparéza dolných končatín pri

extrémnej obezite. Vstupné a pomocné vyšetrenia limitované extrémnou obezitou. Vzhľadom ku elevovaným hodnotám NT – proBNP predpokladáme srdcové zlyhávanie ako príčinu ťažkostí. Ordinovaná močopudná liečba – kľúčkové diuretiká. Realizovaný pokus o echokardiografické vyšetrenie a ultrazvuk brucha. Vzhľadom pre vizualizáciu zhoršenú obezitou verifikovaná iba dilatácia ľavej predsiene a portálnej vény. Ošetrovateľská starostlivosť limitovaná nemožnosťou polohovania, vysádzania a zabezpečenia hygienickej starostlivosti.

Postupne sa pri liečbe stav pacienta zlepšuje, zlepšená je aj mobilizácia pacienta na lôžku, samostatná chôdza nemožná. Priebeh hospitalizácie bez komplikácií, pacient preložený do domáceho ošetrovania na 9 deň s odporúčaním nesolenej a redukčnej diéty, reštrikcie hmotnosti, realizácie prevázov cestou ADOS, a zvážená bariatrického chirurgického zákroku.

Analýza a interpretácia

1 deň hospitalizácie: prenemožnosť zaviesť permanentný močový katéter, konzultovaný urológ, ktorý vzhľadom na opuch genitálií realizuje „pokús o zavedenie PMK „naslepo“. Opakovane tri pokusy neúspešné, preto sa od katetrizácie upúšťa. Skúšame ako alternatívu urinálny kondóm najväčšej veľkosti, ktorý však nedrží, pre extrémne obézne stehná opakovane zosunutý z penisu s odpojením zbernej nádoby. Vzhľadom k zvýšeným hodnotám tlaku krvi nasadená neslaná redukčná diéta. Podávaný Furosemid Forte 250mg kontinuálne v lineárnom dávkovači, čo sa prejavuje zvýšenou diurézou a potrebou častého močenia, čo je však limitované ťažkým prístupom ku genitálu pacienta a nutnosťou realizácie hygienickej očisty po každej mikcii. Pacient močí do bažanta za asistencie personálu (obr. 2)

2 deň hospitalizácie: Pre anasarku sa pokračuje v podávaní diuretík s dobrým efektom, pacient bez subjektívnych problémov, výrazne depresívny v kontexte studu a narušenej intimity z dôvodu potreby realizácii hygienickej starostlivosti veľkým počtom personálu. Ranná toaleta realizovaná prisunutím pomocného lôžka, na ktoré pacient pretočený za asistencie personálu. Ďalší personál realizuje kompletnú výmenu posteľného prádla, s ošetrením zaparenín v inguinách, v gluteu a v kožných záhyboch po celom tele.(obr. 3).Pre nemožnosť použitia polohovacieho lôžka (pre prekročený limit váhy) pacient posadený personálom do polosedu a vyplodložený klinovým matracom pre udržanie sa v danej polohe. Scenár rannej a večernej toalety opakovaný počas celej hospitalizácie.

3 deň hospitalizácie: U pacienta sa na laterálnej strane ľavého ramena vytvoril perforovaný furunkul s inflamáciou okolia so skalenou sekréciou, konzultovaný chirurg -evakuovaný ložiska, drenáž telyxolom, ošetrovanie Betadine roztokom, sterilné krytie miesta -kontroly chirurgom denne. Pacient sa cez mobilný telefón u príbuzných dožaduje donesenia sladkých pokrmov. Pri návšteve príbuzní upovedomení o potrebe kooperácie pacienta aj ich na liečebnom režime a postupe.

4-8 deň: Celkový stav pacienta zlepšený, snaží sa spolupracovať pri ošetrovateľských výkonoch – vyprázdňovanie, hygienická starostlivosť, zmena polohy na lôžku, psychický stav zlepšený pacient verbalizuje „že chce schudnúť, ale potrebuje pomoc, sám to nezvládne.“ Edukovaný o možnostiach liečby obezity a o potrebe riešenia stavu vzhľadom k pridruženým komorbiditám a možným komplikáciám zdravotného stavu.

9 deň hospitalizácie: Pacient afebrilný, posadí sa s pomocou na lôžku. Pacient v stabilizovanom stave prepustený do domácej starostlivosti, po edukácii o potrebe návštev ADOS v súvislosti s ošetrovaním ramena, zaparenín a rehabilitácie.

Diskusia

O tom, že poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti extrémne obézному pacientovi je náročné niet pochýb. Výzkum autoriek Bednárovej a Bursíkovej (2016) zistil, že ošetrovateľský personál ako najväčší problém súvisiaci s ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovanou extrémne obézному pacientovi považuje nedostatok personálu. Následne bolo uvádzané, že limitujúcim faktorom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti bývajú aj nevyhovujúce lôžka a to ani šírkou ani nosnosťou. Ako uvádzajú autorky *„heroickým výkonom je aj správne umiestnenie podložnej misy či zavedenie permanentného močového katétra.“*

Týmito úskaliaми sme prešli aj my počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti nášmu pacientovi. Navyše táto starostlivosť kladie okrem fyzických nárokov na personál aj vysokú záťaž na psychickú stránku. Pacient bol deprimovaný zo svojho stavu, bolo potrebné mu preukázať rešpekt a pristupovať k nemu holisticky aj napriek stigme kvôli jeho váhe, frustrácii z náročnosti poskytovania starostlivosti sprevádzanej radou komplikácií a potrebe *„improvizácie pri jednotlivých výkonom a činnostiach.“*

Bednářová a Bursíková (2016) navyše zistili, že zdravotníci by privítali pomoc psychológa ako súčasť starostlivosti o chorého s extrémnou obezitou. Ten by podľa nich nielen riešil aktuálne problémy pacienta, ale pacientovi by mohol pomôcť získať nový pohľad na seba a tým odštartovať cestu za kvalitnejším životným štýlom.

Podporujeme tento názor, nakoľko aj u nášho pacienta bola psychická stránka ovplyvnená situáciou odkázanosti na personál vo všetkých primárnych potrebách čo pacient vzhľadom aj k mladému veku veľmi ťažko znášal.

U obéznych pacientov ako uvádza (Phillips, 2013, s. 21-23) *„môže byť problematické nájsť cievy vstup. Venózy systém je u týchto pacientov v hĺbku pod vrstvou podkožného tuku. Je preto potrebné prispôbiť uhol a hĺbku vpichu podľa zmenených anatomických pomerov. Úspešnosť kanylácie zvyšuje sonografická kontrola, zároveň minimalizuje riziko komplikácií.“*

V súvislosti so zabezpečením intravenózneho vstupu sme u nášho pacienta výrazne problémy nemali. Počas celej hospitalizácie mal pacient kanylovanú periférnu cievu, denne hodnotenú podľa Madonovej klasifikácie, bez zápalových lokálnych a celkových zmien.

Odlíšnosť, ktoré vznikajú u pacientov s extrémnou obezitou sú príčinou problémov, ktoré môžu vzniknúť pri všetkých typoch poskytovanej starostlivosti. Ako uvádzajú Kam a Taylor (2010) už pri prijatí pacienta a jeho preprave do zdravotníckeho zariadenia sa objavujú ťažkosti s jeho prepravou a prevozom. Diagnostika a vyšetrovacie metódy sú častokrát nerealizovateľné.

Pre sestry je problematické polohovať pacienta, realizovať hygienickú starostlivosť a rehabilitáciu. Problémom býva aj dostupnosť vhodných pomôcok, vozíkov, lôžok a potrebných špeciálnych inštrumentov – ihiel, kanýl. Všetky tieto aspekty zhoršujú situáciu pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

„Morbídna obezita už sama o sebe závažným spôsobom zasahuje do fyziológie organizmu a vyžaduje si multidisciplinárny prístup v rámci medicínskeho manažmentu takýchto pacientov. O to závažnejším problémom sa stáva obézny pacient v rámci urgentnej a intenzívnej medicíny, keď sa do rúk intenzivistu alebo anestéziológa dostáva pacient s hroziacim zlyhávaním alebo aj so zlyhanými orgánovými systémami rôznej etiológie“ (Krbila, Soboňa, 2015, s.).

Sestra je pri ošetrovaní extrémne obézneho pacienta konfrontovaná s mnohými problémami. Ide však o pacienta, ktorý má takisto biopsychosociospirituálne potreby, vyžaduje holistickú starostlivosť a empatický prístup. Limitácie pri jednotlivých ošetrovateľských prístupoch v podobe sťaženej hygieny, presunov pacienta, polohovania, manažmentu primárnych potrieb by malo byť o to viac vyvážené ľudskosťou, pochopením, profesionálnym a etickým prístupom.

Zoznam použitej literatúry

- BEDNÁŘOVÁ, M., BURSÍKOVÁ, J. 2016. Problematika ošetrovateľské péče u pacientů s monstrózní obezitou In: *Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství VII.: sborník příspěvků*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovateľství a porodní asistencie, 2016. s. 5-7. ISBN 978-80-261-0617-3.
- BRYCHTA, P. 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0795-2.
- DOLEČEK, R. et al. 2013. *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů*. Praha: Ikar, 2013. ISBN 978-80-249-2113-6.
- FRIED, M. et al. 2014. Interdisciplinární evropská doporučení metabolické a bariatrické chirurgie. In: *Rozhledy v chirurgii*. 2014. 93(7), s. 336-378
- HAINER, V. et al. 2011. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2011, 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
- KAM, J., McD TAYLOR. M. 2010. Obesity significantly increases the difficulty of patient management in the emergency department. In: *Emergency Medicine Australasia 2010*, ISSN: 1742-6723 .. roč. 22, č. 4, s. 316-323.
- KRBILA, Š., SOBOŇA, V. 2015. Morbídne obézny pacient na jednotke intenzívnej starostlivosti. In: *Anestéziol. intenzívna med.*, 2015. ISSN: 1339-4193 r. 4, č. 2, s. 70–74.
- KUNEŠOVÁ, M. 2016. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-217-
- LUKÁŠ, K. et al. 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- OLECKÁ, I. 2010. *Metodologie vědeckovýskumné práce*. Olomouc: Moravská vysoká škola, 2010. 50s. ISBN: 978-80-87240-76-2.
- PHILLIPS, J. 2013. Featured Article: Care of the Bariatric Patient in Acute Care. In: *Journal of Radiology Nursing*. 2013, ISSN: 1546-0843 . roč. 32, č. 1, s. 21-31
- ŠUPÍNOVÁ, M., VIRGULOVÁ, J.: Centrálna obezita - estetický, alebo zdravotný problém ? In: *Interná medicína : recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis*. - ISSN 1335-8359. - Roč.12, S (2012), s. 10.

Kontakt na autorov:

PhDr. Tatiana Hudáková,
externý doktorand VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave
email: s.tana@centrum.sk

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, detašované pracovisko bl. D.M. Trčku Michalovce
email: mariapopovic911@gmail.com

HEALTH RELATED PHYSICAL ACTIVITY FOR PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE

Cholewa J., Cholewa J.

Introduction

There are no doubts that physical activity (PA) is a source stimuli that cannot be replaced with anything else. The relationships between physical activity and health are two-sided. PA directly affects health while the health condition affects the possibilities of shaping particular performance parameters relating to health, and the latter affect the possibility of completing physical activity. Such relationships undoubtedly indicate the necessity for introducing exercise as an integral element of the daily life (Ainsworth et al.2000, Nowak 2006). Global organisations, such as: WHO (World Health Organisation), CDDS (Committee for the Development of Sport), FIMS (International Federation of Sports Medicine), UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), concerned with the huge loss that the society generates, as a result of an increasing level of hypokinesia and low level of physical fitness of citizens, have called for promotion of pro-health physical activity as the basic goal of innovative strategy of the public health. EU member states create national plans for supporting PA and define the guidelines helping government institutions and private entities in promoting awareness regarding benefits resulting from regular physical activity (<http://www.euro.who.int/obesity>, <http://www.who.int/moveforhealth/en/>). The objective of the thesis was to define the recommendations of pro-health physical activity for people with Parkinson's disease as compared to the general population recommendations.

Parkinson's disease (PD) is one of the most common neurodegenerative diseases that starts at an older age (Hirtz et al.2007), but it may also occur in younger people which is an increasingly bigger social problem. It is estimated, that it relates to approximately 0.3% of the total population and it increases with age to 1.4% in people over 55 and to 3.4% in people over 75. Approximately 1 million people globally have Parkinson's disease (Olanow et al. 2009). It is assumed, that in Poland approximately 80 thousand people have PD, forecasting that this number may reach approximately 110 thousand in 2020 (Cholewa et al. 2017). The latest research indicates that in 5% of people with PD, diagnosis was made before reaching the age of 50 and 30% before 65. The aetiology of PD remains unknown. It is known that the mechanism of neurodegeneration may be activated by genetic and environmental factors (Wickremaratchi et al. 2009).

PD is characterised by motor symptoms (slowness, rigidity, tremors, and postural instability) as well as non-motor symptoms (sleep disorders, dysfunctions in terms of cognitive functions, and mood disorders) (Olanow et al. 2009). PD has a chronic and progressing character, which means that in advanced stages, besides typical motor symptoms, dementia may occur, etc., while treatment of symptoms provides less results. Increasingly more data indicates that regular intense workout may have a positive impact on the disease process (Mantrija et al. 2018).

In order to execute the objective of the work, a critical analysis of the source material was conducted. A review of the available publications was made.

Importance of physical activity in the life of a human

There is sufficient evidence indicating the fact of gaining health-related benefits in people who are physically active in their lives (Barton et al. 2011, Knuth, Hallal 2009, Lopriniziet al. 2012). They can include the following:

- reducing the risk of occurrence of cardiovascular diseases,
- retaining metabolic functions and lower occurrence index of type 2 diabetes,
- preventing and/or delaying development of hypertension and better control of blood pressure in people with hypertension,
- better fat tissue burn helping in controlling body weight and reducing the risk of obesity,
- lower risk of occurrence of some types of cancer, e.g. prostate and colon cancer,
- better mineralisation of the backbone at a young age, which contributes to preventing osteoporosis and fractures at older age,
- better digestive functions and regulation of bowel movement,
- retaining and improving strength and endurance resulting in better functional possibilities for completing daily tasks,
- retaining motor functions,
- retaining cognitive functions and reduced risk of depression and dementia,
- lower stress levels and better sleep quality related thereto,
- better self-image and self-esteem as well as bigger level of enthusiasm and optimism,
- in the case of elderly people, lower risk of falls as well as preventing ordelaying chronic disorders relating to the ageing process.

UE Guidelines regarding physical activity

The World Health Organization (WHO) is the key organisation defining the principles of preventing the phenomenon of obesity. Within the scope of its activity, WHO has obtained a number of documents that define individual and collective objectives regarding PA and diet. Some recommendations of WHO are addressed to the entire population, while others regard certain age groups. The WHO guidelines focus on physical activity as the tool for basic prophylaxis and are based on the latest scientific research.

In 2002, WHO has adopted a recommendation stating that every person should complete physical activity at least 30 minutes per day. In the White Paper (*Strategy for Europe regarding health-related issues regarding eating, obesity and overweight*) the Commission has noticed that "some pieces of research indicate that even more physical activity should be recommended". This means that the guidelines for promoting physical activity in the EU would be useful. Such guidelines could propose various recommendations for various age groups, such as children, youth, adults and elderly people (<http://www.who.int/moveforhealth/en/>, Physical activity guidelines 2008).

In relation to healthy adults between the age of 18-65, the goal recommended by WHO is to achieve the level of moderate practising of PA for at least 30 minutes, 5 days a week or very intensive PA for at least 20 minutes, 3 days a week. The required amount of PA may be accumulated in at least 10-minute rounds and may be composed of combining moderate and

intensive exercise. It is also recommend to take into account 2 or 3 times of exercise a week that increase strength of muscles and endurance.

In relation to people over the age of 65, more or less the same objectives should be achieved as those indicated for younger and healthy adults. Furthermore, strength training and exercises improving motor coordination, which prevent falls, will be of huge importance for this group.

These recommendations are a supplement of routine activities completed in the daily lives, which are usually characterised by mild intensity or last less than 10 minutes. Nevertheless, the relation between the amount and reaction observed today, indicates that for the majority of population with a seated lifestyle, increasing of even mild or moderate intensity of exercise may create benefits for the health, and in particular when the threshold of 30 minutes of moderate-intensity physical exercise completed for 5 days a week, was not reached. All target groups may obtain additional benefits through increasing effectiveness.

Independently of WHO, the creators of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) have developed PA standards that are beneficial to the health. According to the IPAQ creators, the respondents may be classified as highly, sufficiently or insufficiently active. Highly-active people exercise with high intensity (more than 1500 MET min×week), at least 3 times a week or complete physical exercise with varied intensity level, exceeding 3000 MET min×week, 7 days a week. People who are sufficiently active, must meet one of the following criteria (www.ipaq.ki.se):

- exercise at least 3 days a week with high intensity, lasting at least 20 minutes per day (480–1500 MET min×week);
- exercise at least 5 days a week with moderate intensity, lasting at least 30 minutes per day (495–3000 MET min×week);
- exercise at least 5 days a week with any intensity combination (600–3000 MET min×week).

Recommendations regarding physical activity of people with PD

Despite WHO and EU preparing detailed recommendations of pro-health PA for people at various age, no recommendations were prepared for people with neurodegenerative diseases. PD is one of such diseases. Due to the disorders accompanying it with regard to the motor aspects and the accompanying stiffness, most of the exercises have a lower effectiveness level as compared to healthy people. In people with PD, there are often problems with walking. The risk of falling is increased, which limits the possibility of using certain exercise solutions. Additionally, there is also the freezing phenomenon characteristic for this disease, which makes performing certain activities difficult (Protas et al. 2009).

PD requires pharmacological treatment that affects the physical exercise completed, etc. Medicines cause changes in body reaction that may progress even on a daily basis. This is why it is required to take their effect into account when completing PA.

Research on PA relating to people with PD shows that it has a positive impact on the quality of life and also on performing daily life activities. When preparing PA programmes, factors that could make programme execution difficult should be taken into account. The following are included in the above: apathy, tiredness, depression, cognitive disorders (Speelman et al. 2011). Reduced ability to complete physical exercise was discovered in the

case of PD, as compared to the general population (van Nimwegen et al. 2011), meanwhile, completing physical exercise has a beneficial impact on the general health condition and the functioning of the central nervous system, both in healthy people and people with illnesses, including PD patients. Data obtained to date from the conducted research, indicate that PA may have an important impact on the degree of advancement of symptoms as well as the progress of PD. Physical exercises that are considered to be the modifying factors in the process of PD, must be properly intense, last a sufficient amount of time and be repeated systematically (Cholewa et al. 2018).

Benefits from exercises that are characteristic for people with PD cover improvement of the following: balance, body posture, walk quality, sight and motor coordination, muscle strength, general physical fitness and counter rotation.

Due to the specifics of PD process, recommendations relating to PA vary from the population recommendations. Below, you will find recommendations for this group of people prepared by National Center on Health, Physical Activity and Disability (table 1) and by American College of Sports Medicine (tab.2.) (Rahl 2010).

Table 1 Recommended flexibility exercises for Parkinson’s disease (NCPAD).

| Component | Frequency | intensity | Duration | Type |
|----------------------|--|-------------------------|---|---|
| Aerobic exercise | 3 times per week at a minimum | 60%-75% of HRmax | 30 min or more per session | Walking, recumbent stationary biking, or swimming |
| Resistance training | 2-3 times per week | Resistance as tolerated | 1 set of 8-12 repetitions done for 8-10 exercises | Machine exercises using major muscle groups |
| Flexibility exercise | After 5 min warm-up and 5 min cool-down; also on off days or at home | Not specified | 20-30 s for each stretch | Static stretching for all major muscle groups |

Special considerations include the following:

- Baseline cardiorespiratory fitness testing is recommended, using a recumbent stationary bicycle and measuring V . O₂max.
- Baseline strength should be measured using 1RM or 10RM for all major muscle groups.
- Active range-of-motion testing should also be performed (see table that follows) to obtain baseline flexibility.

Table 2 ACSM's exercise management for persons with PD (<http://www.acsm.org>).

| Component | Frequency | intensity | Duration | Type |
|------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| Aerobic exercise | 3 d/wk | 60%-80% HRmax | 60 min or less each session | Rowing or leg and arm ergometry |
| Endurance training | 4-6 sessions per day | Speed dependent on individual | 20-30 min at a time | Short walking bouts |
| Strength training | 3 sessions per week | Light resistance | 1 set of 8-12 repetitions | Exercises on weight machines |
| Flexibility exercise | Not specified | Not specified | 20 s for each stretch; 30 min total | Stretching |
| Functional training | Not specified | Not specified | 15-20 min | Transfer exercises, ADLs, postural changes |
| Neuromuscular training | Not specified | Not specified | 15-20 min | Gait and balance activities, orofacial activities |

Special considerations include the following:

- Duration and intensity should receive equal priority.
- Duration should be increased slowly (every 4-5 wk).
- Time of day for both exercise and medication should be kept as constant as possible.

Conclusion

Physical activity is a necessary element of a healthy lifestyle. As a result of regular physical activity, the body of the exerciser undergoes morphological and functional changes that may prevent or delay occurrence of some diseases and may improve the ability of completing physical exercise. There is sufficient evidence indicating that people with PD who lead a physically active lifestyle, may achieve a number of health-related benefits.

Literatúra

1. AINSWORTH, B., HASKELL, W.L., WHITT, M.C., IRWIN, M.L., SWARTZ, A.M. et al. 2000. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32: 498-504.
2. BARTON, J., GRIFFIN, M., PRETTY, J. 2011. Exercise, nature and socially interactive based initiatives improve mood and self-esteem in the clinical population. *Perspectives in Public Health*. Doi:10.1177/1757913910393862.
3. CHOLEWA, J., GORZKOWSKA, A, NAWROCKA, A., CHOLEWA J. 2017. Quality of life of people with Parkinson's disease in the context of professional work and physiotherapy. *MedycynaPracy*, 68(6): 725-734.

4. CHOLEWA, J., UHER I., KUNICKI, M., CHOLEWA, J. 2018. Physical activity and functional efficiency in sport and recreation. PWSZ Racibórz.
 5. HIRTZ, D., THURMAN, D.J., GWINN-HARDY, K., MOHAMED, M., et al. 2007. How common are the "common" neurologic disorders? *Neurology*, 68(5): 326-337.
 6. KNUTH, A.G., HALLAL, P.C. 2009. Temporal trends in physical activity: A systematic review. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(5): 548-559.
 7. LOPRINIZI, P.D., CARDINAL, B.J., LOPRINZI, K.L., LEE, H. 2012. Benefits and environmental of physical activity in children and adolescents. *Obesity Facts*, 5(4): 597.
 8. MANTRIA, S., FULLARDA, M., DUDA, J., MORLEYA, J. 2018. Physical Activity in Early Parkinson Disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 8: 107–111.
 9. NOWAK, M. 2006. Factors determining physical fitness and health in physically active and passive women. *New Medicine*, 9(1): 19-25.
 10. OLANOW, C.W., STERN, M.B., SETHI, K. 2009. The scientific and clinical basic for the treatment of Parkinsons disease. *Neurology*, 72(21 Suppl 4): S1-136,
 11. Physical activity guidelines (2008): http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf
 12. PROTAS, E.J., STANLEY, R.K., JANKOVIC, J. 2009. Parkinson's disease. [In:] ACSM's exercise management for Parkinson's with chronic diseases and disabilities. *Human Kinetics*, Champaign, IL, pp 350-356.
 13. RAHL, R.L. 2010. Physical activity and health guidelines. Recommendations for various ages, fitness levels and conditions from 57 authoritative sources. *Human Kinetics*, Champaign, IL, pp. 224-226.
 14. SPEELMAN, A.D., VAN DE WARRENBURG, B.P., VAN NIMWEGEN, M., PETZINGER, G.M., MUNNEKE, M., BLOEM, B.R. 2011. How might physical activity benefit patients with Parkinson disease? *Nature Reviews Neurology*, 7: 528-534.
 15. VAN NIMWEGEN, M., SPEELMAN, A.D., HOFMAN-VAN ROSSUM, E.J., OVEREEM, S., DEEG, D.J. et al. 2011. Physical inactivity in Parkinson's disease, *Journal of Neurology*, 258(12): 2214-21.
 16. WICKREMARATCHI, M.M., PERERA, D., O'LOGHLEN, C., SASTRY, D., MORGAN, E., JONES A. et al. 2009. Prevalence and age of onset of Parkinson's disease in Cardiff: a community based cross sectional study and meta-analysis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.*, 80: 805–807.
- <http://www.acsm.org/> (21-11-2019)
- <http://www.euro.who.int/obesity> (21-11-2019)
- <http://www.who.int/moveforhealth/en/> (21-11-2019)
- <http://www.ipaq.ki.se> (data dostępu (21-11-2019))

Corresponding author:

Assoc. Prof. Jarosław CHOLEWA, PhD.
 The J. Kukuczka Academy of Physical Education
 40-065 Katowice, Mikołowska 72A
 email: j.cholewa@awf.katowice

ALTERNATÍVNE STRAVOVANIE – KRABIČKOVÉ DIÉTY

Kačmariková M.¹, Jurašková J.¹

¹Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra verejného zdravotníctva

Úvod

Ako alternatívne stravovanie sa všeobecne označujú všetky dlhodobu praktizované spôsoby stravovania, ktoré sa zásadným spôsobom líšia od obvyklej stravy na danom území. Väčšina alternatívnych spôsobov výživy sa od „konvenčnej výživy“ odlišuje vylúčením niektorých druhov bežných potravín, najčastejšie živočíšneho pôvodu (mäso hospodárskych zvierat, ryby, mlieko, vajcia). Rozdiely môžu byť tiež v odlišnom spôsobe prípravy pokrmov, vo výbere potravín, v neobvyklom rozložení stravy počas dňa či v neobvyklej kombinácii potravín. Niektoré alternatívne spôsoby stravovania môžu byť po nutričnej stránke adekvátne, iné majú väčšie či menšie nedostatky (Hejmalová, 2011). Existuje veľké množstvo diét. Akákoľvek nutričná nevyrovnanosť môže byť príčinou zdravotných problémov. Väčšina alternatívnych smerov je orientovaná „vegetariánsky“, tzn., že vo veľkej miere dochádza k vylučovaniu potravín živočíšneho pôvodu, a preto sa v jedálničku objavuje viac ovocia, zeleniny, obilnín a strukovín (Hejmalová, 2011). Krabičková diéta patrí ku komerčným programom zameraným prevažne na redukciiu hmotnosti. Je to výživový systém, ktorý tvoria bežne dostupné potraviny, ale sú usporiadané tak, aby zodpovedali zásadám zdravej výživy.

Princíp krabičkových diét pozostáva z výpočtu kalórii a redukciiu ich príjmu. Ľudia zvyčajne prijímajú viac jedla ako je potrebné a konzumujú najmä prázdne sacharidy. Znížením príjmu kalórii sa dosiahne pozitívny efekt. Druhým dôležitým princípom na ktorom je založená krabičková diéta je pravidelnosť. Pravidelnosť príjmu jedál môže istým spôsobom stabilizovať hladinu cukru v krvi (Plichta, 2013).

Cieľ

Hlavným cieľom práce bolo objektívne zhodnotiť spokojnosť klientov s krabičkovými diétami a zhodnotiť kvalitu týchto služieb.

Metodika

Zber údajov prebehol dotazníkom, ktorý bol k dispozícii on-line, počas 3 mesiacov. Dotazníky boli k dispozícii klientom prostredníctvom jednotlivých firiem, ktoré boli ochotné spolupracovať a zverejniť dotazníky pre svojich klientov. Mená firiem boli nahradené písmenami (A, B, C). Sledovaný súbor tvorili klienti troch firiem, ktoré ponúkali rozvoz krabičkovej diéty. Súbor pozostával z 83 respondentov vo veku od 23 do 65 rokov. Výsledky sme spracovávali pomocou štatistického programu R-project. Na štatistické spracovanie výsledkov sme použili chí-kvadrátový test, Fisherov test. Za hladinu významnosti sme považovali $p \leq 0,05$.

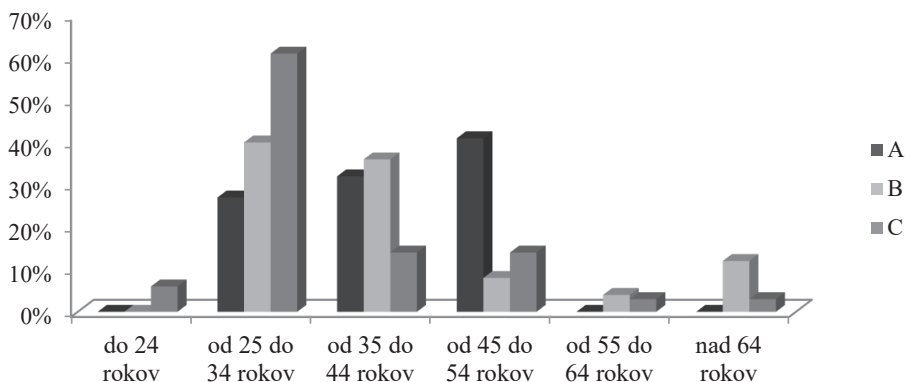
Výsledky

Do dotazníkového prieskumu bolo zapojených 83 respondentov, ktorí odoberajú alebo v minulosti odoberali krabičkové stravovanie. Z celkového počtu respondentov tvorilo 81% žien a 19% mužov (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Rozdelenie klientov jednotlivých firiem podľa pohlavia

| | A | | B | | C | | Spolu | | p-hodnota |
|------|----|----|----|----|----|----|-------|----|-----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| muž | 1 | 5 | 9 | 36 | 6 | 17 | 16 | 19 | <0,05 |
| žena | 21 | 95 | 16 | 64 | 30 | 83 | 67 | 81 | |

Najviac klientov firmy A, ktorí sa zúčastnili prieskumu patrilo do vekovej kategórii od 45 do 54 rokov, a to 41%. Klienti firmy B boli najviac zastúpení vo vekovej kategórii od 25 do 34 rokov 40% a takisto najviac klientov firmy C bolo vo vekovej kategórii od 25 do 34 rokov, a to 61% (graf 1).



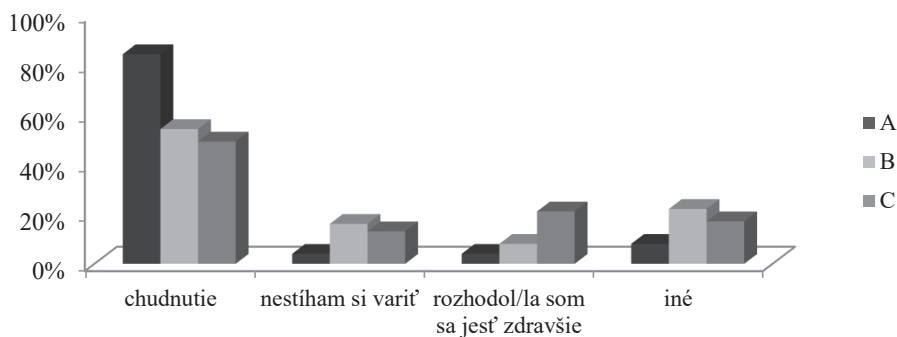
Graf 1 Percentuálne zastúpenie klientov jednotlivých firiem podľa vekových kategórii

V sledovanom súbore sme najprv zisťovali či respondenti držali krabičkovú diétu viackrát. Zo všetkých respondentov, ktorí odpovedali na otázku 33% uviedlo, že držali krabičkovú diétu viac ako jedenkrát (tabuľka 2). Podľa zistených údajov tvrdíme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel podľa záujmu o vrátenie sa ku krabičkovej diéte u klientov.

Tabuľka 2 Rozdelenie respondentov podľa záujmu o vrátenie sa ku krabičkovej diéte

| | A | | B | | C | | Spolu | | p-hodnota |
|-----|----|----|----|----|----|----|-------|----|-----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| áno | 7 | 32 | 7 | 28 | 13 | 36 | 27 | 33 | > 0,05 |
| nie | 15 | 68 | 18 | 72 | 23 | 64 | 56 | 67 | |

Z akého dôvodu si vybrali krabičkovú diétu. Najčastejšie zvolenou odpoveďou, ktorú respondenti zo všetkých troch firiem vybrali bolo chudnutie. Túto možnosť zvolilo 84% zo všetkých klientov firmy A, 54% klientov firmy B a 49% klientov firmy C. Do možnosti „iné“ respondenti uvádzali najčastejšie pravidelné stravovanie a budovanie alebo rysovanie svalov (graf 2).



Graf 2 Percentuálne zastúpenie odpovedí respondentov podľa účelu krabičkovej diéty

Z 83 opýtaných respondentov 64% uviedlo, že firmy poskytovali možnosť konzultácie a 36% respondentov uviedlo, že nevie či firma poskytuje poradenstvo alebo konzultácie (tabuľka 3). Zistili sme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel u klientov jednotlivých firiem podľa využívania konzultácie ($p > 0,05$).

Tabuľka 3 Rozdelenie respondentov podľa ponuky osobnej konzultácie alebo poradenstva

| | A | | B | | C | | Spolu | | p-hodnota |
|--------|----|----|----|----|----|----|-------|----|-----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Áno | 12 | 55 | 17 | 68 | 24 | 67 | 53 | 64 | > 0,05 |
| Nie | 0 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| neviem | 10 | 45 | 8 | 0 | 12 | 33 | 30 | 36 | |

Počas konzumácie krabičkovej diéty 63% respondentov nemalo hlad, 19% respondentov pociťovalo hlad len v niektoré dni, 17% len na začiatku. Jeden respondent uviedol, že pociťoval hlad počas celého obdobia konzumácie krabičkovej diéty (tabuľka 4).

Tabuľka 4 Rozdelenie respondentov podľa pocitu hladu počas konzumáciekrabičkovej diéty

| | A | | B | | C | | Spolu | | p-hodnota |
|--------------------------------------|---|----|----|----|----|----|-------|----|-----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| nemal/a som hlad | 9 | 41 | 21 | 84 | 22 | 61 | 52 | 63 | p < 0,05 |
| na začiatku som mal/a hlad | 8 | 36 | 1 | 4 | 7 | 19 | 14 | 17 | |
| len v niektoré dni | 4 | 18 | 3 | 12 | 7 | 19 | 16 | 19 | |
| mal/a som hlad počas celého programu | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | |

Respondenti mohli vyjadriť celkovú spokojnosť s krabičkovým stravovaním výberom známky od 1 po 5. Priemerná známka od všetkých opýtaných respondentov je 1,63. Známkou 1 hodnotilo krabičkovú diétu 64% respondentov. Krabičkové stravovanie hodnotilo známkou 1 45% klientov firmy A, 84% klientov firmy B a 61% klientov firmy C (tabuľka 5). Nezistili sme štatisticky významný rozdiel vo firmách podľa celkovej spokojnosti s nimi ($p > 0,05$).

Tabuľka 5 Celková spokojnosť klientov s krabičkovou diétou

| | A | | B | | C | | Spolu | | p-hodnota |
|---|----|----|----|----|----|----|-------|----|-----------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 1 | 10 | 45 | 21 | 84 | 22 | 61 | 53 | 64 | > 0,05 |
| 2 | 5 | 23 | 2 | 8 | 7 | 19 | 14 | 17 | |
| 3 | 5 | 23 | 2 | 8 | 3 | 8 | 10 | 12 | |
| 4 | 2 | 9 | 0 | 0 | 4 | 11 | 6 | 7 | |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Diskusia

Obezita sa stala obrovským problémom verejného zdravia nielen vo vyspelých, ale aj v rozvojových krajinách. Vzhľadom na zdravotné riziká spojené s obezitou a taktiež z kozmetických dôvodov sú ľudia ochotní vyskúšať rôzne formy stravovania za účelom zníženia hmotnosti. Niektoré extrémne diétne plány odporúčajú extrémne obmedzenie príjmu sacharidov bez obmedzenia tuku, zatiaľ, čo iné, naopak kladú veľký dôraz na obmedzenie tuku. Ako dôvod, pre ktorý sa klienti rozhodli pre výber krabičkovej diéty uviedlo chudnutie 84% klientov firmy A, 54% klientov firmy B a 49% klientov firmy C. Možnosť „iné“ zvolilo 23% klientov. Pri tejto možnosti najčastejšie uvádzali výživnú stravu na budovanie alebo rysovanie svalov a pravidelné stravovanie. Väčšina opýtaných respondentov (63%) nemala počas stravovania s krabičkami hlad, 19% respondentov uviedlo, že pociťovali hlad len v niektoré dni a 17% len na začiatku. Počas celého programu pociťoval hlad len 1 respondent. Pociť hladu môže znamenať nesprávne zvolený program, teda program s nízkou energetickou hodnotou.

Bachman a Raynor sledovali v šesťmesačnej štúdií vplyv frekvencie príjmu potravy na hlad, príjem energie a úbytok hmotnosti. Do konca štúdie všetci účastníci znížili svoju

hmotnosť. Účastníci boli rozdelení do dvoch skupín, prvá prijímala jedlo každé 2 až 3 hodiny (asi 6krát denne). Táto skupina zaznamenala podstatne menší hlad, to však nevedlo k väčšej strate hmotnosti. Druhá skupina konzumovala stanovený počet kalórii každé 2 až 3 hodiny. Výsledky štúdie ukázali, že konzumovanie stravy trikrát denne bolo asociované s mierne zníženým, ale nie signifikantne významným energetickým príjmom a BMI. Vzhľadom ku krátkemu trvaniu štúdie nie je možné určiť možné vplyvy na dlhodobú stratu hmotnosti (Bachman, Raynor, 2012). Zloženie živín závisí od typu programu. Firma A ponúka programy na redukciiu hmotnosti podľa energetického príjmu. Každý je určený pre inú hmotnostnú kategóriu. Čo sa týka zloženia živín v programe určenom pre klientov v hmotnostnej kategórii od 60 do 75 kg sa denný príjem bielkovín počas jedného týždňa pohyboval od 51g do 77g. V programe pre hmotnostnú kategóriu 50 až 65 kg s energetickým obsahom 4200 až 5000 kJ bol denný príjem bielkovín od 37g do 58 g. Pri súčasnom odporúčaní zvýšenej fyzickej aktivity by bolo vhodnejšie zvýšiť denný príjem bielkovín a aj celkový denný príjem daného programu. Denný príjem sacharidov sa v hmotnostnej kategórii od 60 do 75 kg počas týždňa pohyboval od 114 g do 221g a príjem tukov bol v rozmedzí od 33 g do 53g. Medzi jednotlivými dňami boli výrazné rozdiely v množstve živín.

Vo firme B v programe určenom pre ženy s energetickým obsahom 5365 kJ bol denný príjem bielkovín v rozmedzí od 59 g do 79 g. Príjem sacharidov sa pohyboval počas sledovaného týždňa od 107 g do 203 g na deň a príjem tukov bol od 21 g do 49g na deň.

Firma C ponúkala programy vo viacerých variantoch od cca 5000 kJ do 10000 kJ. Variant 5000 kJ obsahoval denný príjem bielkovín od 75 g do 82 g na deň. Denný príjem sacharidov v tomto variante sa pohyboval od 126 g do 156 g a denný príjem tukov bol od 30 g do 48 g. Denný príjem bielkovín bol vo všetkých variantoch programov na redukciiu hmotnosti mierne zvýšený, čo je vhodné pri redukciiu hmotnosti. Denný príjem tukov bol vo všetkých firmách do 50 g na deň.

Nevýhodou firmy A a C ako väčšiny krabičkových diét je, že sa strava rozváža len počas týždňa. Preto si stravovanie počas víkendov musia klienti zabezpečiť sami. Firma B ponúka aj stravovanie počas víkendov. Pred voľbou programu je vhodné využitie konzultácie a vstupného merania, pomocou ktorých si môžu klienti vybrať najvhodnejší program alebo si vybrať možnosť zostavenia individuálneho jedálneho lístka, ktorý bude presne spĺňať ich potreby.

Záver

Podľa hodnotení z dotazníkov a na základe dodatočných informácií o firmách môžeme zhodnotiť, že programy na redukciiu sa aspoň trochu líšia v každej firme a konzumácia krabičkového stravovania má svoje výhody aj svoje nevýhody. Pokrmu v krabičkách sú zostavované odborníkmi na výživu a mali by poskytovať nutrične vyvážené jedlo v priebehu celého dňa. Prostredníctvom krabičiek je zabezpečená pestrá strava bez použitia rôznych polotovarov a bielej múky. Pokrmu sú pripravované pomocou vhodných technologických postupov prípravy jedál. Ako pozitívum krabičkových diét hodnotíme pravidelnú stravu (v prípade objednania celodenného menu) vhodne rozloženú počas celého dňa, ak klienti konzumujú chody v stanovených časoch. Pri objednávaní len jedného chodu alebo časti menu stráca diéta význam.

Zoznam použitej literatúry

BACHMAN, J. L., RAYNOR, H. A. 2012. Effects of Manipulating Eating Frequency During a Behavioral Weight Loss Intervention: A Pilot Randomized Controlled Trial. [on-line]. 2012, vol. 20, no. 5. [cit. 2019-03-07]. Dostupné na : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/oby.2011.360>

HEJMALOVÁ, M. 2011. *Alternatívni a netradiční směryvevýživě*. Masarykova univerzita, Brno 2011.

PLICHTA, D. 2013. Je krabičková diéta vhodné riešenie, alebo len dočasná barlička? [on-line]. 2013. [cit. 2018-12-29]. Dostupné na: <https://www.dusanplichta.com/blog/je-krabickova-dieta-vhodnym-riesenim-alebo-je-to-len-docasna-barlicka/>

Kontakt na autora:

Doc. Ing. Margaréta Kačmariková, PhD. MPH

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné námestie 1

91843 Trnava

email: margareta.kacmarikova@truni.sk

KVALITA ŽIVOTA ŽIEN S ONKOGYNEKOLOGICKÝM OCHORENÍM

Quality of women's life with onkynecological disease

Kilíková M.¹, Nemčoková A.²

*VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava, n.o. Detašované pracovisko bl. Sára Salkaházy
Rožňava^{1,2}*

Úvod

V teoretickej rovine sú známe definície kvality života, metodika jej skúmania a hodnotenie. V ošetrovateľstveposudzovanie a hodnotenie kvality života je kompetenciou sestry. Dragomerická a Bartoňová (2006) klasifikovali domény kvality života tak, ako ich uvádzame v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Prehľad domén a položiek WHOQOL (Zdroj: Dragomerická, Bartoňová, 2006).

| Domény | Položky |
|------------------------|---------------------------------------|
| Fyzické zdravie | Bolesť a nepríjemné pocity |
| | Závislosť na lekárskej starostlivosti |
| | Energia a únava |
| | Pohyblivosť |
| | Spánok |
| | Každodenné činnosti |
| | Pracovná výkonnosť |
| Prežívanie | Radosť zo života |
| | Zmysel života |
| | Sústredenie |
| | Prijatie vzhľadu tela |
| | Spokojnosť |
| | Negatívne pocity |
| Sociálne vzťahy | Osobné vzťahy |
| | Sexuálny život |
| | Podpora priateľov |
| Prostredie | Osobné bezpečie |
| | Životné prostredie |
| | Finančná situácia |
| | Prístup k informáciám |
| | Záľuby |
| | Prostredie v okolí bydliska |
| | Dostupnosť zdravotnej starostlivosti |
| | Doprava |
| Dve samostatné položky | Kvalita života |
| | Spokojnosť so zdravím |

Vnímanie kvality života u žien je vysoko individuálne a uspokojovanie bio-psycho-sociálnych potrieb predstavuje u každej ženy jedinečný proces. Počet onkologicky chorých žien neustále narastá, a aj keď je liečba z pohľadu lekárov úspešná, žene sa po oznámení diagnózy môže zmeniť celý život (Krištofová, Boledovičová, Macáková, 2010). Ženy signalizujú celý rad problémov v oblasti fyzického, psychického a sociálneho zdravia. Uvedomenie si a prijatie zmeny v stave zdravia nie je pre ženu náročný proces sprevádzaný prekážkami v adaptácii. Aby sme mohli cielene intervenovať, minimalizovať deficity v zdraví, musíme vedieť, ktoré dimenzie kvality života sú narušené. Predpokladali sme, že v súbore respondentov zaznamenáme rozdiely v hodnotení kvality života v závislosti od prognózy ochorenia, lekárskej diagnózy. Sme toho názoru, že najviac deficitné domény zdravia sú doména fyzického zdravia (prejavujúca sa únavou, nechutenstvom, bolesťou, nauzeou, zvracaním). V poradí na druhom mieste to je doména psychického zdravia (strach, depresia, úzkosť, nespavosť). Deficity v doméne sociálneho zdravia manifestujú v oblasti vzťahov v rodine, s priateľmi, zamestnaní.

Problém prieskumu sme vyjadrili otázkou: Aká je kvalita života žien s onkogynekologickým ochorením?

Ciele prieskumu

1. Posúdiť subjektívne vnímanie kvality života u žien s onkogynekologických ochorením.
2. Analyzovať vnímanie kvality života v jednotlivých doménach.

Metodika

V kvantitatívnom prieskume bola použitá metóda štandardizovaného dotazníka WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje 24 položiek, ktoré sú zoradené do 4 domén. Doména: fyzické zdravie (DOM1), doména prežívanie (DOM2), doména sociálne vzťahy (DOM3) a doména prostredie (DOM4). Do DOM1 sme skúmali vplyv bolesti na fyzické zdravie. Odkázanosť na liečbu ako faktor fyzického zdravia. Ďalej stav dostatku energie, schopnosť pohybu, spánok, vykonávanie denných aktivít a schopnosť pracovať ako faktor fyzického zdravia. DOM2 tvorilo 6 položiek. V oblasti psychického zdravia sme zisťovali, do akej miery sú respondenti spokojní so svojim životom. Hodnotili sme názory respondentov na zmyslupnosť života, sebakoncepciu a výskyt negatívnych emócií. DOM3 – sociálne vzťahy, posudzuje a hodnotí blízke osobné vzťahy, partnerstvá a tiež širšie sociálne prostredie. Predmetom skúmania bola aj oblasť vplyvu onkogynekologického ochorenia na spoločenské vzťahy u žien. DOM4 – prostredie sme hodnotili a zisťovali životné podmienky podnetnosť prostredia, bezpečie, finančnú situáciu a kvalitu starostlivosti. Spolu sme distribuovali 105 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 80%. Prieskum sme realizovali v období január až jún 2017. Spracovanie výsledkov bolo vykonané v počítačovom programe MS Excel.

Charakteristika výberového súboru

Výberový súbor tvorili ženy. Výber respondentov bol zámerný. Kritériami výberu boli:

- lekárom diagnostikované onkogynekologické ochorenie
- účasť na pooperačnej kontrole 3 mesiace po skončení hospitalizácie na gynecologickom oddelení.

Výberová súbor tvorilo 84 respondentov. Celkový výberový súbor tvorilo teda 84 respondentov.

Výsledky

Doména 1 (DOM1 – fyzické zdravie)

Z výsledkov vyplýva, že 81 % žien celkovú kvalitu života ovplyvňuje samotné onkogynekologické ochorenie. bolesť. 58% respondentov potrebuje medikamentózne ovplyvnenie bolesti pri vykonávaní bežných denných činností. 41 % respondentov užíva lieky na tlmenie bolesti občas a iba 1 % opýtaných, lieky na tlmenie bolesti neužíva. Významným faktorom ovplyvňujúcim kvalitu života respondentov nášho súboru je spánok. 52 % respondentov subjektívne udáva zhoršenie kvality spánku. Iba 25 % respondentov signalizuje spokojnosť s kvalitou svojho spánku. Spokojnosť s vykonávaním denných aktivít udáva len 21 % respondentov. U 27 % respondentov je vykonávanie denných aktivít „veľmi ťažké.“ Za pozitívne považujeme zistenie, že 52% respondentov vyjadrilo subjektívny názor, že onkogynekologické ochorenie nemá vplyv na vykonávanie ich každodenných aktivít.

Doména 2 (DOM2 – prežívanie). Až 78 % respondentov uviedlo, že ich život má zmysel. Iba 2% respondentov signalizuje, že ich život nemá zmysel vôbec. Iným faktor tejto domény, ktorý je ovplyvnený onkogynekologickým ochorením je schopnosť prijať svoj fyzický vzhl'ad. Z prieskumu vyplynulo zistenie, že 33 % respondentov je schopných prijať svoj fyzický vzhl'ad a až 41 % respondentov prijíma svoj zmenený vzhl'ad celkom. Negatívne pocity v podobe zlej nálady, úzkosť, depresie, zúfalstva pociťuje často alebo stále až 89 % respondentov.

Doména 3 (DOM3 – sociálne vzťahy) Z výsledkov vyplýva zistenie, že 50 % respondentov je so svojimi osobnými vzťahmi spokojných. 30 % respondentov vyjadrilo subjektívnu nespokojnosť so svojimi osobnými vzťahmi. Dominuje nespokojnosť so svojim sexuálnym životom. Až 38 % respondentov subjektívne signalizuje tento fakt. Spokojných so sexuálnym životom je iba 13% respondentov.

Doména 4 (DOM4 – prostredie). 67% respondentov uviedlo, že má dostatok finančných zdrojov na uspokojenie svojich potrieb 22% respondentov má primerané množstvo finančných prostriedkov a len 11 % respondentov uviedlo, že má niekedy nedostatok finančných prostriedkov na uspokojenie svojich potrieb. Skúmali sme, či onkogynekologické ochorenie má vplyv na získavanie informácií, z výsledkov vyplýva, že až 70 % (R) sa vyjadrilo, že informácie sú pre nich dostupné. Rozvíjanie záujmov, ako to vyplýva z našich výsledkov, 70 % (R) uvádza rozvoj záujmov za primeraný, nie je onkogynekologickým ochorením ovplyvnené.

Diskusia

Konštatujeme, že v vzorke 84 zámerné vybraných respondentov, faktorom vplyvujúcim na kvalitu života v doméne fyzické zdravie je zistenie, že onkologické ochorenie ovplyvňuje ženu po celý zvyšok života. Hnilicová (2005), uvádza že intenzita psychosomatických problémov u pacientov s rakovinou je výrazne ovplyvnená formou liečby. Autorka upriamuje pozornosť na to, že kvalitu života pacientov s onkologickým ochorením najviac ovplyvňuje únava. V našom prieskume sme dospeli k výsledkom, že bolesť, psychická tenzia a nevoľnosť majú negatívny vplyv na kvalitu života žien s onkogynekologickým ochorením. Môžeme

teda súhlasiť s tvrdením Trachtová a kol. (2013), ktorá publikovala názor, že bolesť je najkomplexnejšou ľudskou skúsenosťou, pretože jej prežívanie zasahuje do oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej. Bolesť významne ovplyvňuje denný režim, vrátane mobility, samostatnosti a potreby spánku. Trachtová a kol., (2013) popisujú spánok podľa Maslowa, ako základnú ľudskú potrebu, ktorá ovplyvňuje kvalitu života. Spánok a potreba spánku je individuálna potreba, ktorá je determinovaná dennými aktivitami človeka, fyziológiou organizmu a vekom. Naše zistenia sú podobne ako názory autorky. V prieskume sme zaznamenali subjektívny názor zhoršenia kvality spánku až u 52 % respondentov. Únava je najčastejšie sa vyskytujúcim symptómom a vedľajším efektom prežívania žien s onkogynekologickým ochorením. Subjektívne sa nám potvrdilo, že onkogynekologické ochorenie má negatívny vplyv na prežívanie. 89 % respondentov udávalo úzkostnú, zlú náladu až pocit depresie. Podobný názor má Raudenská (2011), ktorá tvrdí, že zlý psychický stav má negatívny vplyv na výsledky zdravotného stavu. Zároveň popisuje depresie, úzkostné stavy, mánie ako najčastejšie diagnostikované ochorenia sprevádzajúce onkologické ochorenia. Tvrdí tiež, že ako následok psychických porúch vo výnimočných prípadoch u onkologických pacientov, sú suicidiálne stavy. Autorka zastáva názor, že liečba onkologických ochorení nespočíva len v predpisovaní liekov. Dôležitú úlohu tu zohráva aj psychologické a sociálne povzbudenie a spríjemnenie pacientov liečby. Bačová (2010) uvádza, že hodnoty a normy zmyslu života sú v každom období života rozdielne. Záleží na hodnotovom systéme, od vzťahov k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom.

My sme sa zistili, že po diagnostikovaní onkogynekologického ochorenia 2 % respondentov subjektívne pociťuje stratu zmyslu života. Sociálnu oblasť zameranú na oblasť vzťahov sme zisťovali otázkou, ako ste spokojná so svojimi osobnými vzťahmi. V oblasti spoločensko-sociálnej dochádza u žien z dôvodu dlhodobej liečby často k strate zamestnania a s tým súvisiacej strate príjmov, spoločenských kontaktov, rodinnej pohody, k dochádza k celkovej izolácii. Ako sa zmenili partnerské vzťahy u žien, sme hodnotili otázkou zameranou na posúdenia spokojnosti so sexuálnym životom. Trvá to obvykle nejaký čas, kým žena nájde dosť energie na to, aby uvažoval o sexuálnom styku. Autori Krška, Hoskovec a Petruželka (2014) popisujú, že viac ako tri štvrtiny onkologických pacientov má problémy so sexuálnym životom.

Záver

Posudzovali sme kvalitu života žien s onkogynekologickým ochorením v jednotlivých doménach zdravia. Zistili sme významné zmeny v doméne fyzického a psychického zdravia, kým rozdiely zistené v doméne spoločenských vzťahov a prostredia sa ukázali menej výrazné. Z nášho prieskumu vyplýva, že v doméne spoločenské vzťahy a v doméne prostredia respondentky sa vyjadrovali, že tieto faktory do značnej miery dokážu ovplyvniť a modifikovať. Vo zvyšných dvoch doménach je to presne naopak. Môžeme tiež konštatovať, že v našej vzorke respondentov onkogynekologické ochorenie vplyva na doménu prostredia a spoločenské vzťahy, kde sme zaznamenali menší vplyv. V doménach fyzické a psychické zdravie je vplyv onkogynekologického ochorenia výrazný. Z uvedených zistení vzniká potreba individuálneho prístupu v ktorom sa zohľadňuje nielen ošetrovateľské hľadisko, ale aj schopnosť reagovať na celý rad iných súvisiacich faktorov, ktoré kvalitu žien s onkogynekologickým ochorením ovplyvňujú.

Zoznam použitej literatúry

- [1] ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. 2010. *Speciálnionkologie – příznaky, diagnostika a léčbamaligníchchorob.* 2010, 1. vydání. Praha :Galén, 210s. ISBN 80 -7261-151-3.
- [2] AUCHINCLOSS, S. S. – MCCARTNEY, Ch. F. 1998. *Gynecologiccancer. In Psycho-oncology.* Edited by J. C. Holland. 1st ed. Oxford, New York: OxfordUniversity Press, 1998. 1189 p. ISBN 0-19-510614-8.
- [3] BAČOVÁ, V. *Kvalita života, hodnotové systémy v spoločnosti a sociálny kapitál.* [online]. [cit. 2017-03-01]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/01.pdf>.
- [4] CARDENES, H.R., ROTH, L.,M., McGUIRE, P. 2005. *Vagina. InPrinciples and Practice of GynecologicOncology.* 4. vydání, LippincottWilliams and Wilkins, Philadelphia, USA, 2005, 743s.
- [5] DOSTÁLOVÁ, O. 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* Praha : GradaPublishinga.s., 2016, 168s. ISBN 978-80-247-5706-3.
- [6] DRAGOMIRECKÁ,E. BARTOŇOVÁ,J. 2006. *Příručka pro uživatele české verzedotazníků kvality života Světovézdravotnickéorganizace.* Psychiatrické centrum. 2006. 88s. ISBN 978-80-8512-182-7.
- [7] GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelskývýzkum,*GradaPublishing, a.s., 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [8] TRACHTOVÁ, E. a kol. 2013 *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy.* II. vyd. Brno: IDVPZ, 2013, 186 s. ISBN978-80-7013-553-2.
- [9] HNILICOVÁ, D., BENCO, V. 2005. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotníctví.* In *Praktický lékař.* 2005, roč. 85, č. 11, s. 656–660.
- [10] KRÍŠTOFOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., MACÁKOVÁ. I. 2011. *Kvalita života žien po hysterektómii.*In *Kontakt.* roč. 13. č.2.s. 192-203. ISSN 1212-4117.
- [11] KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L. a kolektiv. 2014.*Chirurgická onkologie,* Praha : GradaPublishinga.s, 2014, 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
- [12] RAUDENSKÁ, J., JAVURKOVÁ, A. 2011. *Lékařskápsychologie.* Praha : GradaPublishing a.s., 2011.304 s. ISBN 9788024722238.

Kontakt na autorov:

Mária Kilíková, prof. PhDr., PhD.,
Adriana Nemčoková, PhDr., PhD.,
VŠZ a SP sv. Alžbety DP Bl. Sary Salkaházi
KósuSchoppera 22, 04801 Rožňava

VPLYV POSKYTOVANEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI NA SPOKOJNOSŤ PACIENTOV V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

The impact of provided nursing care on patients' satisfaction in healthcare facilities

Kilíková M.¹, Nemčoková A.²

*VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava, n.o. Detašované pracovisko bl. Sára Salkaházy
Rožňava^{1,2}*

Úvod

Centrom záujmu ošetrovateľstva ako teórie, vedy a praxe je nepochybne poskytovanie kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti a pacient, ktorému je táto starostlivosť určená. Sestra pristupuje k osobe v zdraví a chorobe s cieľom posúdiť a diagnostikovať jeho potreby, udržiavať a prinavrátiť sebestačnosť, zdravie. Je ale častým javom, že manažment zdravotníckych zariadení z rôznych dôvodov, preferuje produktivitu a efektivitu starostlivosti bez personálneho plánovania, čo v praxi znamená minimálne personálne obsadenie ošetrojúcimi. Počty ošetrojúcich sú dlhodobo poddimenzované. Výsledkom tohto stavu sú nadčasové hodiny a všeobecné preťaženie. Vzniká stav rizikovosti a možných pochybení pri výkone povolania, niekedy aj s následkom poškodenia zdravia pacienta alebo nedostatočne poskytnutej starostlivosti s negatívnym dopadom na zdravotný stav pacientov. Z uvedeného vyplýva, že plánovanie počtu ošetrojúcich je dôležitým faktorom poskytovania kvalitnej a bezpečnej starostlivosti. Dominuje potreba zodpovedného prístupu manažmentu zdravotníckych zariadení k otázke a procesu personálneho plánovania. Centrom záujmu manažérov by mal byť aj pohľad na kvalitu starostlivosti v roly pacienta. Pacient vníma a hodnotí ošetrovateľskú starostlivosť subjektívne. Pre potreby merania názorov pacientov na kvalitu starostlivosti bol vypracovaný Pickerov dotazník PSQ III. Tento štandardizovaný dotazník posudzuje názory pacientov na kvalitu starostlivosti v 8 dimenziách:

- prijatie do nemocnice
- rešpekt, ohľad, úcta
- koordinácia a integrácia starostlivosti
- informácia, komunikácia
- telesné pohodlie
- citová opora a zmiernenie strachu a úzkosti;
- zapojenie rodiny a priateľov;
- prepustenie a pokračovanie starostlivosti.

Pickerov dotazník je kvantitatívna metóda na subjektívne hodnotenie celkovej spokojnosti pacientov so starostlivosťou a výsledky meraní získané touto metódou sú dôkazom skúsenosti pacientov so starostlivosťou. Cieľom príspevku je popísať výsledky výskumu realizovaného metódou modifikovaného štandardizovaného dotazníka - questionnaire of patient satisfaction with health care quality (PSQ III). PSQ III.

Metodika a charakteristika súboru. Predmetom výskumu bola subjektívna spokojnosť respondentov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou. Naším cieľom bolo:

- merať subjektívny názor respondentov – subjektívnu spokojnosť v piatich vybraných oblastiach starostlivosti
- určiť kritické oblasti – nespokojnosť a stanoviť hierarchiu oblastí

Pôvodný dotazník 50 položkami meranie pocitu globálnej spokojnosti sme modifikovali a skrátili na 37 položiek. Subjektívne pocity - spokojnosť vyjadrovali pacienti metódou škálovania na 5 stupňovej Likertovej škále. Stupeň 1 vyjadroval maximálnu nespokojnosť a stupeň 5 maximálnu spokojnosť s určenými výroky. Položky sme zoradili tak, aby posudzovali spokojnosť pacientov v piatich oblastiach:

- dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti;
- prístup sestier
- všeobecná spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou
- oblasť komunikácie a informovanosti
- technickú úroveň.

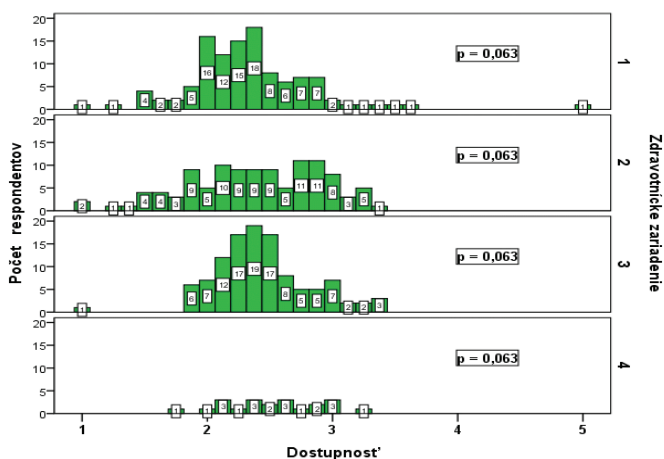
Distribuovali sme 1300 dotazníkov do štyroch porovnateľných nemocníc na Slovensku. Dotazníky sme distribuovali v období 3 mesiacov (jún, júl a september roku 2017). Návratnosť dotazníkov bola 84,9%. Na vyhodnotenie dotazníka sme použili metódy deskriptívnej štatistiky priemer, modus, medián a smerodajnú odchýlku. Na odhalenie príčin celkovej spokojnosti pacientov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou sme využili Pareto analýzu. Analýza umožní zoradiť príčiny podľa ich dôležitosti a početnosti a zároveň predpokladá, že 80 % následkov spôsobilo len 20 % príčin. Dôležitým predpokladom na konštrukciu Paretoho grafu je Lorenzova krivka, ktorá je spojnicou kumulatívnych početností. Umožňuje preniknúť do podstaty javov, pomáha oddeliť podstatné javy riešeného problému od menej podstatných. Benefitom je, že ponúka možnosti definovať nositeľa problému a určiť priority. Základný súbor respondentov tvorilo 1104 pacientov z 4 zdravotníckych zariadení. Limitácia výskumu vyplývala s definovaných kritérií výberu respondentov, ktorými boli: hospitalizácia minimálne 72 hodín na štandardných lôžkových oddeleniach.

Výsledky

Tabuľka 1 Spokojnosť s dostupnosťou ošetrovateľskej starostlivosti

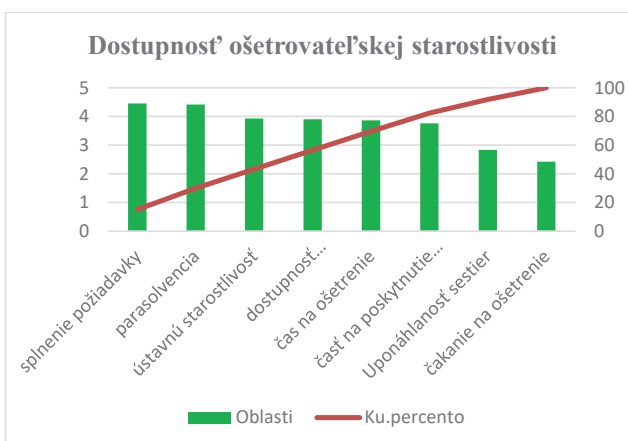
| Položka | hodnotenie |
|--|-------------------|
| Keď potrebujem ústavnú (nemocničnú) starostlivosť, bez problémov som prijatý/á. | 3,93 |
| Keď čakám na ošetrovanie, zvyčajne nečakám dlho. | 2,42 |
| Verím, že môžem dostať ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú potrebujem bez poskytnutia darčiekov. | 4,42 |
| Čas, počas ktorého ma ošetrujú mi vyhovuje. | 3,86 |
| Sestry sa niekedy ponáhľajú, keď ma ošetrujú. | 2,83 |
| Ošetrovateľskú starostlivosť je pre mňa dostupná. | 3,9 |
| Kedykoľvek potrebujem ošetrovateľskú starostlivosť, je mi poskytnutá. | 4,45 |
| Zvyčajne pri mne sestry strávia dosť času. | 3,76 |

Z tabuľky 1 vyplýva, že oblasť spokojnosti s dostupnosťou s ošetrovateľskej starostlivosťou je hodnotená bodový hodnotením 3,69. Je potrebné poukázať na fakt, že (R) sa vyjadrili, že zvyčajne na ošetrovanie čakajú dlho. Spokojnosť s časom čakania na vyšetrenie je vyjadrené priemerným bodovým hodnotením 2,42. Nižšie bodové hodnotenie 2,83 bolo v položke sestry sa niekedy ponáhľajú, keď ma ošetrojú. Vysoký index spokojnosti až 4,45 sme zaznamenali pri hodnotení položky kedykoľvek potrebujem ošetrovateľskú starostlivosť, je mi poskytnutá. V položke verím, že môžem dostať ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú potrebujem bez poskytnutia darčiekov index spokojnosti bol 4,42.



Graf 20 Štatistická analýza spokojnosti s dostupnosťou ošetrovateľskej starostlivosťou

Z výsledkov meraní vyplýva, že nie je štatisticky významný rozdiel v spokojnosti pacientov s dostupnosťou v rámci jednotlivých zdravotníckych zariadení lebo $p = 0,063$. Paretovou analýzou sme špecifikovali oblasti dostupnosti poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosťou.



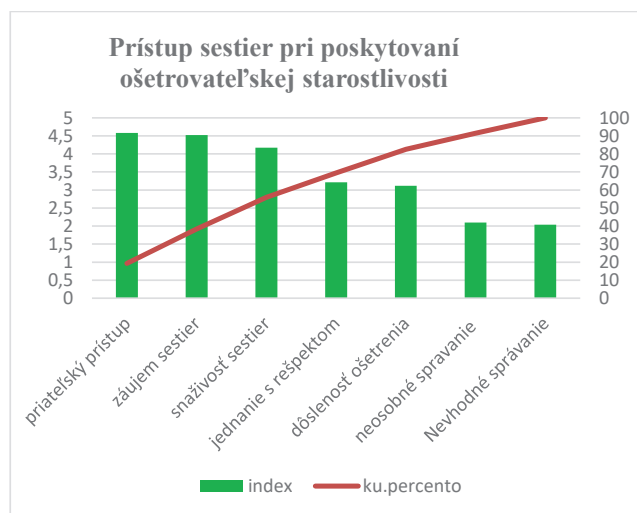
Graf 21 Spokojnosť pacientov s dostupnosťou ošetrovateľskej starostlivosťou

Z diagramu vyplýva zistenie, že na spokojnosť s dostupnosťou ošetrovateľskej starostlivosti majú vplyv (15%) také skutočnosti ako: bezodkladné poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti, poskytnutie starostlivosti bez nutnosti darovania darčiekov, istota možnosti ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti, istota poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti v čase keď ju pacient potrebuje, vyhovujúci čas na ošetrovanie. Na spokojnosť pacientov nevyplýva čas strávený ošetrovaním, rýchle intervencie sestry, čas čakania na ošetrovanie.

Tabuľka 2 Spokojnosť s prístupom sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti

| Položka | hodnotenie |
|---|-------------------|
| Sestry sú dôsledné pri ošetrovaní. | 3,12 |
| Sestry, jednájú s rešpektom | 3,21 |
| Sestry, ktoré ma ošetrojú prejavujú o mňa úprimný záujem ako o človeka. | 4,52 |
| Majú vhodné správanie | 2,04 |
| Sestry so mnou jednájú veľmi priateľsky a zdvorilo. | 4,58 |
| Sestry sa ku mne chovajú príliš neosobne. | 2,1 |
| Sestry sa maximálne snažia, aby som sa nemusel/a obávať. | 4,17 |

Priemerné bodové hodnotenie – index spokojnosti tejto hodnotenej oblasti prístup sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je 3,39. Sestry sú dôsledné pri mojom ošetrovaní 3,12. Sestry, jednájú so mnou s rešpektom 3,21. Sestry, ktoré ma ošetrojú prejavujú o mňa úprimný záujem ako o človeka, túto položku hodnotíme indexom spokojnosti 4,52. Vhodné správanie 2,04. Priateľské a zdvorilé správanie 4,58.



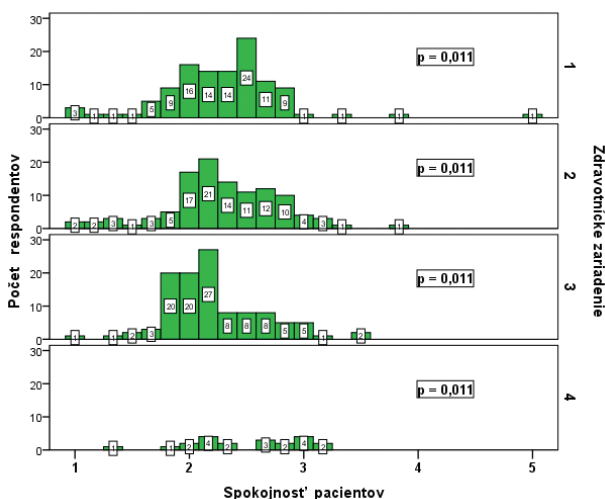
Graf 3 Spokojnosť s prístupom sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti

Výsledky Paretovej analýzy dokazujú, že u 19% respondentov na spokojnosť s prístupom sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti má prioritne vplyv priateľský prístup sestier, záujem sestier, snaha o zníženie strachu pri ošetrovaní a menej dôležitými sa javia položky dôslednosť pri ošetrovaní, neosobné správanie a nevhodné správanie zo strany sestier.

Tabuľka 3 Všeobecná spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou

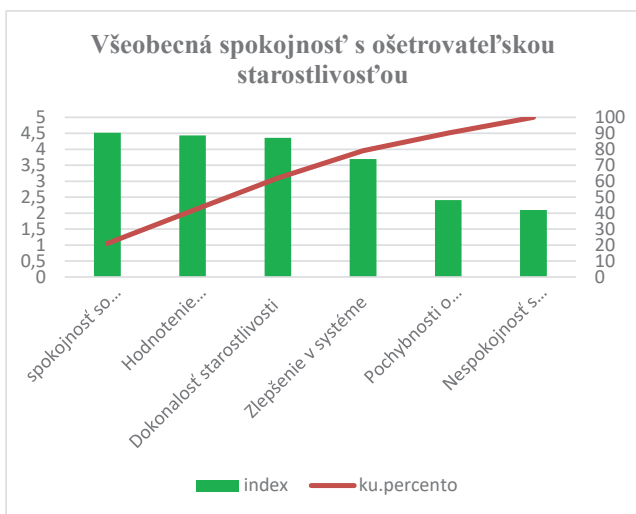
| Položka | hodnotenie |
|---|------------|
| Som veľmi spokojná/ý s ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorej sa mi dostáva. | 4,52 |
| Ošetrovateľská starostlivosť, ktorú dostávam, je dokonalá. | 4,36 |
| Ošetrovateľská starostlivosť v zdravotníckom systéme, by potrebovala zlepšenie. | 3,69 |
| Vo všeobecnosti ošetrovateľskú starostlivosť hodnotím ako vynikajúcu. | 4,43 |
| Nemám pochybnosti o schopnostiach sestier, ktoré ma ošetrojú. | 2,41 |
| Som spokojný s postupmi starostlivosti | 2,1 |

Som veľmi spokojná/ý s ošetrovateľskou starostlivosťou, ktorej sa mi dostáva, bodové ohodnotenie v tejto položke je 4,52. Dokonalosť ošetrovateľskej starostlivosti 4,3, zlepšenie ošetrovateľskej starostlivosti v systéme 3,69 vypočítané bodové hodnotenie spokojnosti 4,83. Mám pochybnosti o schopnostiach sestier, ktoré ma ošetrojú 2,41, spokojnosť s postupmi starostlivosti 2,1, všeobecná spokojnosť 4,45.



Graf 4 Výsledky všeobecnej spokojnosti so starostlivosťou

Ani v oblasti spokojnosti so starostlivosťou sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami $p=0,011$.



Graf 5 Všeobecná spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou

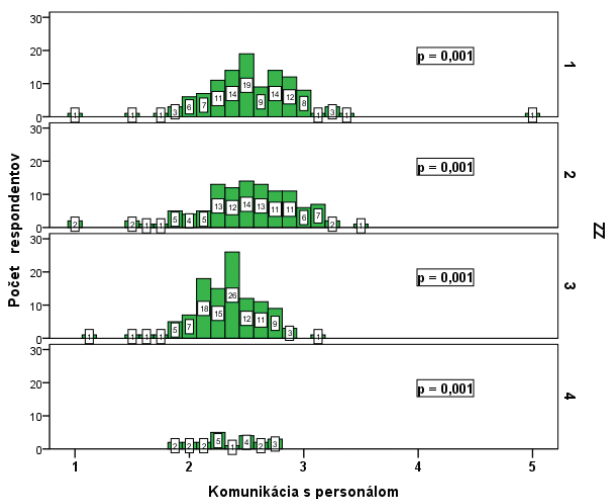
Z Paretoho diagramu vyplýva že na spokojnosť so starostlivosťou vplyva samotná ošetrovateľská starostlivosť 21%, jej dokonalosť, tiež postavenie ošetrovateľskej starostlivosti v systéme zdravotnej starostlivosti, menej významný vplyv schopnosti sestier a pochybnosti o vykonaní jednotlivých ošetrovateľských výkonov. Komunikácia sa podieľa na celkovej spokojnosti významným podielom. Nasledujúca tabuľka uvádza položky, ktoré sme hodnotili v súvislosti s komunikáciou sestier a pacientov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Tabuľka 4 Spokojnosť s komunikáciou sestry

| Položka | hodnotenie |
|---|------------|
| Sestry mi vedia vysvetliť dôvody ošetrenia, realizácie potrebných výkonov. | 4,27 |
| Mám zakaždým priestor povedať sestram všetko to, čo považujem za dôležité. | 4,15 |
| Sestry používajú odborné výrazy bez toho, aby mi vysvetlili, čo znamenajú. | 2,5 |
| Sestry neignorujú čo im hovorím. | 2,04 |
| Sestry dbajú na moje súkromie. | 3,14 |
| Sestry mi dávajú rady o tom, ako si udržať zdravie. | 2,92 |
| Sestry pozorne počúvajú, čo im hovorím. | 4,26 |
| Keď mám otázku ohľadom svojho zdravia, bez problémov sa viem spojiť so sestrou a opýtať sa. | 4,05 |

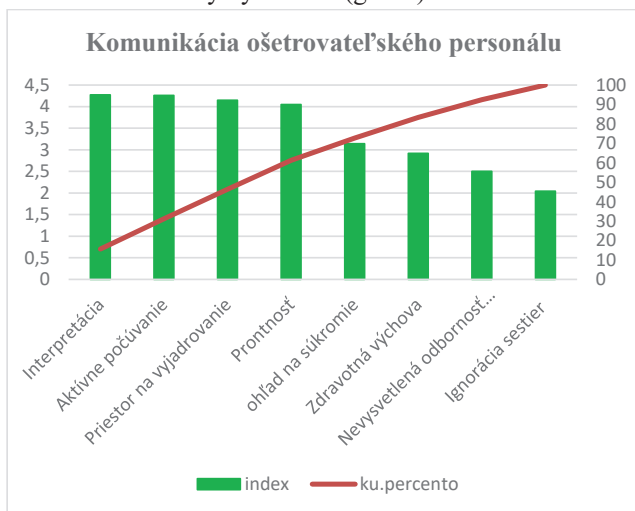
V oblasti komunikácia celkový index spokojnosti, teda priemerná bodová hodnota je vyjadrená hodnotou 3,41. Sestry mi vedia vysvetliť dôvody ošetrenia, realizácie potrebných výkonov 4,27, Mám zakaždým priestor povedať sestram všetko to, čo považujem za dôležité za 4,15, Sestry používajú odborné výrazy bez toho, aby mi vysvetlili, čo znamenajú 4,25,

Sestry niekedy ignorujú čo im hovorím 2,15, Sestry dbajú na moje súkromie 3,14, Sestry mi dávajú rady o tom, ako si udržať zdravie 2,92, Sestry pozorne počúvajú, čo im hovorím.4,26, Keď mám otázku ohľadom svojho zdravia, bez problémov sa viem spojiť so sestrou a opýtať sa 4,05



Graf 6 Výsledky štatistickej analýzy spokojnosti respondentov komunikáciou sestry

Spokojnosť pacientov s komunikáciou sestry $p=0,001$ je v rámci jednotlivých zdravotníckych zariadení štatisticky významná (graf 6).



Graf 7 Výsledky analýzy spokojnosti s komunikáciou sestry

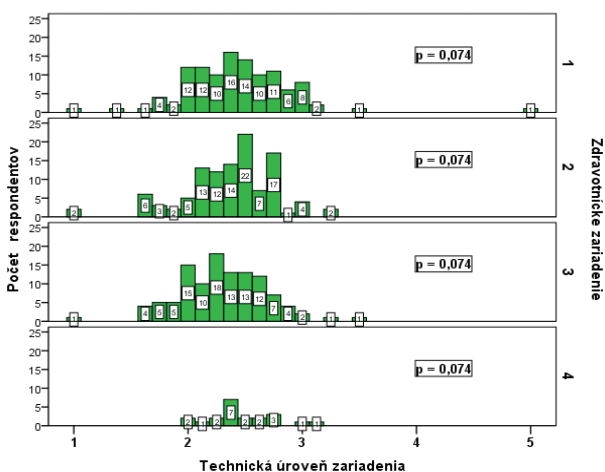
Z Paretoho diagramu vyplýva, že v 16% majú výrazný vplyv na spokojnosť s komunikáciou sestier poučenie o realizovaných výkonoch, pozorné počúvanie pacientov, možnosť zdôveriť sa s problémami a rýchla reakcia sestier pri riešení problémov. Menší vplyv na spokojnosť má používanie odborných výrazov a termínov bez ich vysvetlenia, neposkytnutie rád o možnosti

ovplyvnenia zdravotného stavu a občasnú ignoráciu problémov pacientov. Dôležitá oblasť ovplyvňujúca spokojnosť pacientov s kvalitou ošetrovateľskej starostlivosti je technická úroveň poskytovanej starostlivosti.

Tabuľka 5 Spokojnosť s technickou úrovňou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti

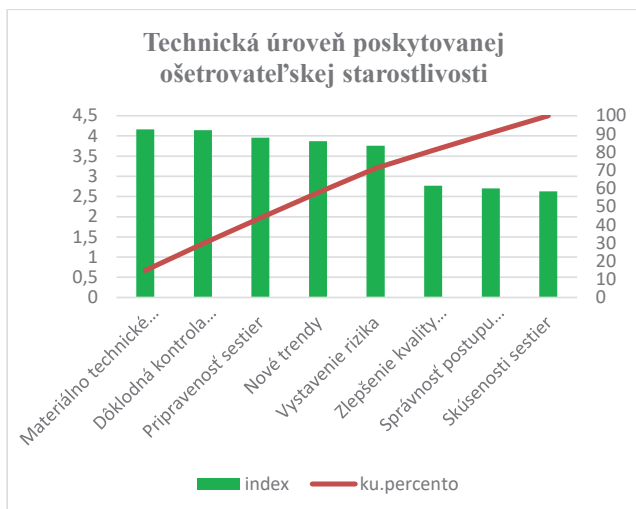
| Položka | hodnotenie |
|---|------------|
| Myslím, že sestry majú všetko potrebné na poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. | 4,16 |
| Som si istá/ý, že je postup ošetrovania správny. | 2,7 |
| Sestry skontrolujú všetko v súvislosti s mojimi zdravotným stavom. | 4,14 |
| Sestry poznajú najnovšie trendy ošetrovania. | 3,87 |
| Sestry ma nikdy nevystavujú nevyhnutným rizikám. | 3,76 |
| Niektoré ošetrovateľské výkony by mohli byť vykonané lepšie. | 2,77 |
| Niektoré sestry majú nedostatok skúseností s mojimi zdravotnými problémami. | 2,63 |
| Sestry sú veľmi dobre pripravené do praxe. | 3,96 |

Oblasť technická úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti bola hodnotená priemerným bodovým hodnotením 3,49. Sme toho názoru, že sestry majú všetko potrebné na poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (bodové hodnotenie 4,16). Postup ošetrovania je správny bodové hodnotenie 2,7. Sestry skontrolujú všetko v súvislosti s mojimi zdravotným stavom bodové hodnotenie 4,14. Sestry poznajú najnovšie trendy ošetrovania bodové hodnotenie 3,87. Sestry ma nikdy nevystavujú nevyhnutným rizikám bodové hodnotenie 3,76. Niektoré ošetrovateľské výkony by mohli byť vykonané lepšie bodové hodnotenie 2,77. Odborné skúsenosti bodové hodnotenie 2,63. Sestry sú veľmi dobre pripravené do praxe bodové hodnotenie 3,96.



Graf 8 Štatistická analýza spokojnosti s technickou úrovňou poskytovanej starostlivosti

Z grafu vyplýva, že ani v tejto oblasti nie sú štatisticky významné rozdiely v spokojnosti pacientov v rámci jednotlivých zdravotníckych zariadení.



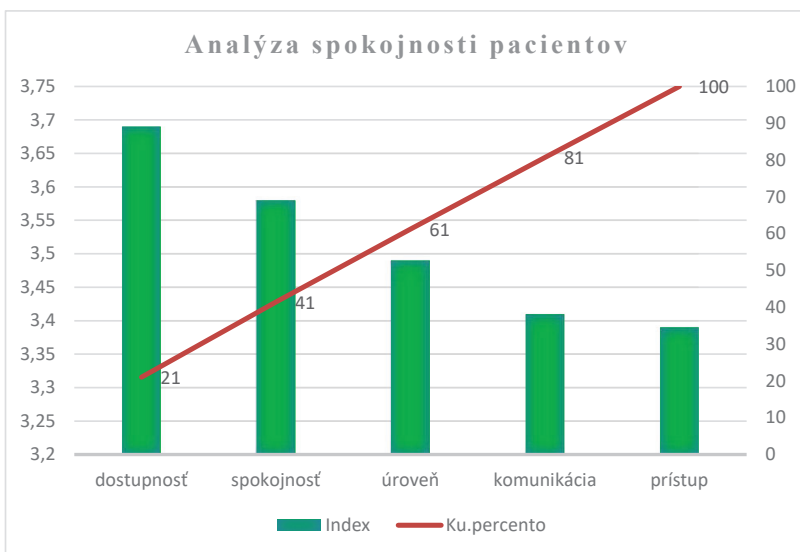
Graf 9 Spokojnosť s technickou úrovňou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti

Konštatovať, že podielom 14% sa na spokojnosti s technickou úrovňou vplýva materiálne-technické vybavenie, dôkladná kontrola zdravotného stavu pacientov, pripravenosť sestier na výkon povolania a poznanie nových trendov v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Menej významný vplyv má správnosť pri vykonaní výkonov skúsenosti s ošetrovaním a možno lepšie zrealizované výkony. V nasledujúcej tabuľke uvádzame sumárny prehľad bodového hodnotenia jednotlivých oblastí z dotazníka.

Tabuľka 6 Výsledky subjektívnej spokojnosti v vybraných oblastiach

| Oblasť | hodnotenie | SD |
|------------------|------------|-------|
| Dostupnosť | 3,69 | 0,474 |
| Prístup | 3,39 | 0,604 |
| Spokojnosť | 3,58 | 0,483 |
| Komunikácia | 3,41 | 0,405 |
| Technická úroveň | 3,49 | 0,401 |

Z údaje v tabuľke 6 poukazujú nato, že najvyššiu mieru spokojnosti pacientov sme zaznamenali v oblasti dostupnosti ošetrovateľskej starostlivosti 3,69, najmenšia miera spokojnosti bola v našom výskume zaznamenaná v oblasti prístupu sestier 3,39 pri poskytovaní starostlivosti.



Graf 10 Paretov graf spokojnosti s ošetrovateľskou starostlivosťou

Z uvedenej analýzy vyplynulo, že pacienti sú s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou viac spokojní ako nespokojní, čo vyplýva z hodnotenia. Z predchádzajúcich faktov, ktoré sme uviedli môžeme konštatovať, že na spokojnosti respondentov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou majú podiel v 20% (podľa predpokladu Paretovho grafu) dostupnosť starostlivosti 3,69, všeobecná spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou 3,58, technická úroveň poskytovanej starostlivosti 3,49, komunikácia 3,41 a prístup sestier pri poskytovaní starostlivosti 3,39.

Diskusia

Samohýl (2016) v svojom výskume poukazuje na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti v oblasti jej prístupu a dostupnosti. Za dôležitý považuje prístup personálu a komunikáciu. To, že prístup a komunikácia patrí k významným faktorom ovplyvňujúcim spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou podporujú aj výsledky a názory iných autorov. Autor je toho názoru, že komunikačné zručnosti (neverbálna a verbálna komunikácia, empatia, asertívne správanie, argumentácia a iné) patria k najdôležitejším mäkkým zručnostiam (soft skills). Sú neodmysliteľnou súčasťou osobného i profesijného života sestry. Spokojnosť s oblasťou komunikácie hodnotili respondenti v jeho výskume 3,12 bodov čo je porovnateľné s výsledkami v našom výskume (3,41). Vo výskume Drahošovej a Jarošovej (2013), ktoré mapoval spokojnosť pacientov chirurgických oddelení nemocníc Kraja Vysočina v Českej republike autorky dospeli k zisteniu v oblasti informovanosti na úrovni skóre 3,27. Za oblasť, ktorá sa podieľa na spokojnosti pacientov označili technickú úroveň, s čím korelujú aj naše výsledky, kde bolo skóre určené v našom výskume 3,49. Súhlasíme s vyjadrením Gallagher et al. (2008), že pacienti majú najväčšie obavy z prístupu zdravotníckych pracovníkov a ich správania. Poukazujú pritom na nedostatok rešpektu, netrpezlivosť, povýšenecký prístup a nevhodný spôsob komunikácie a tiež na nerešpektovanie osobnosti pacienta. Eichhorn a Witmann (2015) v svojom príspevku

uvádzajú, že v že profesionálni a empatickí zamestnanci so správnymi spôsobmi komunikácie vedú k spokojným pacientom. Otvorenosť a profesionálny prístup k pacientom zvyšuje spokojnosť so zdravotnou starostlivosťou. Spokojnosť pacientov s prístupom registrovaných sestier tiež skúmala KathiKendallSengin (2001), ktorá zistila, prístup sestier mal významný vplyv na spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou a výsledok určil priemernú spokojnosť na 2,36. Prístup sestier hodnotili respondenti v našom výskume hodnotou 3,39 a podľa výsledkov sa na spokojnosti v tejto oblasti prioritne podieľajú priateľský prístup sestier, záujem sestier, snaha o zníženie strachu pri ošetrovaní a menej dôležitými sa javí dôslednosť pri ošetrovaní, neosobné a nevhodné správanie zo strany sestier. Rashid Al-Abri a Amina Al-Balushi (2014) uvádzajú podľa nich, pozoruhodný výsledok, že zdvorilosť, rešpekt a dôsledné načúvanie pacientovým problémom a precízny prístup ošetrovateľského personálu je dôležitým faktorom spokojnosti pacientov s poskytovanou starostlivosťou. Podľa týchto autorov, tiež vo veľkej miere ovplyvňuje spokojnosť pacientov čistota a vybavenie priestorov, kde sa odohráva ošetrovateľská starostlivosť. Rashid Al-Abri a Amina Al-Balushi (2014), ďalej uvádzajú, že v roku 2011 Otani a kol. skúmal v 32 nemocniciach v USA vzťah medzi ošetrovateľskou starostlivosťou a prostredím na celkovú spokojnosť pacientov. Dôležitým aspektom vplyvujúcim na celkovú spokojnosť pacientov bola najdôležitejšia ošetrovateľská starostlivosť a jej úroveň. Podľa tejto štúdie je komunikácia na druhom mieste faktorov vplyvajúcich na celkovú spokojnosť pacientov. V našom výskume bolo celkové hodnotenie spokojnosti s komunikáciou ohodnotených 3,41 bodmi. V celkovom hodnotení nepatrila komunikácia medzi najvyššie hodnotené oblasti. Tieto zistenia dokazujú dôležitosť úlohy sestier ako najdôležitejšieho determinantu celkovej spokojnosti pacienta.

Záver

Môžeme konštatovať, že spokojnosť sa stáva významným indikátorom hodnotenia kvality poskytovaných služieb. Hodnotenie spokojnosti pacienta často súvisí a závisí od porovnania jeho očakávania a reality, ktorú prežil a aj od jeho získaných skúseností. Vieme, že spokojnosť pacientov s ošetrovateľskou starostlivosťou ovplyvňujú faktory, ako sú: demografické charakteristiky, očakávania pacientov, prostredie, v ktorom sa ošetrovateľská starostlivosť poskytuje. Naším zistením je že, na spokojnosti pacientov s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou vplýva taký faktor, ako dostupnosť starostlivosti 3,69 (priemerná spokojnosť). Všeobecná spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou 3,58 (priemerná spokojnosť), technická úroveň poskytovanej starostlivosti 3,49 (priemerná spokojnosť), komunikácia 3,41 (priemerná spokojnosť), a prístup sestier pri poskytovaní starostlivosti 3,39% (priemerná spokojnosť).

Zoznam použitej literatúry

- AL-ABRI, R. AL-BALUSHI, A. 2014 *Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement*. [online]. 2014. [citované 2018-07-12]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910415/>.
- DRAHOŠOVÁ, L. JAROŠOVÁ, D. 2013. *Spokojenosť pacientů s ošetrovateľskou péčią na chirurgických oddeleniach nemocnic Kraja Vysočina*, [online], [citované 2017-11-05] dostupné na internete <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2013/1064-spokojenost-pacientu-s-osevovateľskou-peci-na-chirurgickych-oddeleniach-nemocnic-kraje-vysocina>.
- EICHHORN, A. WITTMANN, M. MURDAY, K. et. al. 2015. *Patienten zufriedenheits Maßinheit im Qualitätsmanagement – ein Vergleich zwischeneinem Universitäts klinikum und einem Krankenhaus der Regelversorgung*. [online]. 2015. [citované 2016-11-05]. Dostupné na internete: https://scholar.google.sk/scholar?hl=sk&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2017&as_vis=1&q=patienten-zufriedenheit+&btnG.
- GALLAGHER, R. M. What continuing and staff development educators need to know. In *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2005. roč. 36, č. 1, s. 39. ISSN 00-22-012-4.
- GALLAGHER A, SARAH L, WAINWRIGHT P, JONES IR, LEE D. 2008. *Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature*. BMC Nursing [online] 2008; [citované. 2017-11-24]. Dostupné na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/7/11>.
- HASSELHORN, H.M. et al. 2008. Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession—results from the longitudinal European Nurses' Early Exit Study. In *SJWEH Suppl.* 2008, roč. 6, s. 75–82. ISSN 1795-9926.
- HASSELHORN, H.M., TACKENBERG, P., MUELLER, B. 2003. Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff in Europe. In *Working Life Research Report 7*, National Institute for Working Life, Stockholm. ISSN 1404-790X.
- KOIVU A1, SAARINEN PI, HYRKAS K. 2012. Benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. In *Journal of Clinical Nursing*. 2012; roč. 21. s. 78. ISSN: 1365-2702.
- KOIWU AL, SAARINEN PI, HYRKAS K. Does clinical supervision promote medical surgical nurses well-being at work A quasi-experimental 4-year follow-up study. In *Journal of Nursing Management*. 2011; roč. č. 20. s. 401-413. ISSN: 0966-042.
- NEMČOKOVÁ, A. 2017. Riadenie ľudských zdrojov manažérom ošetrovateľstva na strednom stupni riadenia. In *Teória a prax dentálnej starostlivosti a ošetrovateľstva v zubnom lekárstve. Zborník príspevkov*. Rožňava: 2017. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Rožňava, 2017. ISBN: 978-80-8152-171-9. s. 36-43.
- NEMČOKOVÁ, A. 2017. Kvalita starostlivosti v kontexte pôrodnej asistencie. In: *Matka a dieťa v centre záujmu pôrodných asistentiek. Zborník odborných a vedeckých prác*. Rožňava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Rožňava, 2017. ISBN 978-80-8132-170-2. s. 70-77.
- NEMČOKOVÁ, A. 2019. *Ľudské zdroje ako determinant kvality ošetrovateľskej starostlivosti*. Dizertačná práca. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava : 2019, 134 s.

SAMOHÝL A KOL.: 2016. [online]. Spokojnosť s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti v zubných ambulanciách v Slovenskej republike.. In *Kontakt*. 2016. č. 1 . [citované 2019-01-05]. Dostupné na internete <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/01/08.pdf>.

Kontaktná adresa autoriek:

Mária Kilíková, prof. PhDr., PhD.,
Adriana Nemčoková, PhDr., PhD.,
VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko Bl. Sary Salkaháziovej
KósuSchoppera 22, 04801 Rožňava

VYBRANÉ ASPEKTY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU V PREVENCII CHRONICKÝCH NEINFEKČNÝCH OCHORENÍ

Selected aspects of lifestyle in prevention of non-communicable diseases

Kimáková T., Issa M., Nasser B., Uher I., Schuster J.

Úvod

Výraz „zdravie“ skloňujeme v poslednej dobe často. Používame ho v rôznych podobách i súvislostiach, je predmetom mnohých štúdií i vedecko-odborných prác. Svetová zdravotnícka organizácia WHO definuje zdravie ako stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody jedinca, nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia. Na našom zdraví sa podieľa mnoho rôznych vnútorných i vonkajších činiteľov – genetická predispozícia, psychologické faktory, stres, výživa, stupeň telesnej zdatnosti, ale aj dostupnosť a organizácia zdravotnej starostlivosti. Zdravotný stav ovplyvňujú aj ďalšie faktory ako je vzdelanie, ekonomika, kultúra, bezpečnosť, bývanie, technológie, zvyky a v týchto súvislostiach individuálne správanie sa vo vzťahu k svojmu zdraviu. Zdravotný stav obyvateľstva je výsledkom komplexného pôsobenia viacerých zložiek spoločnosti (Kimáková a Pavlík, 2017; Kimáková, 2018; Belovičová, 2019).

Rizikové faktory zdravia

Chronické neinfekčné ochorenia majú vedúce postavenie spomedzi všetkých príčin smrti. Zaraďujeme sem ochorenia kardiovaskulárne, nádorové (tráviaceho traktu, pažeráka, žalúdka, pečene, hrubého čreva, konečníka, prsníka, prostaty, pľúc, močového mechúra, maternice, nervového systému a krvi), chronické respiračné, metabolické (napr. diabetes mellitus, metabolický syndróm a iné), psychické a psychiatrické, úrazy a iné. Hlavným rizikovým faktorom, ktoré majú úlohu pri ich rozvoji, je možné predchádzať, keďže väčšina z nich súvisí hlavne so životným štýlom – fajčením, výživou, fyzickou aktivitou, konzumáciou alkoholu, stresovým spôsobom života a podobne. Dôležitým poznatkom je skutočnosť, že mnohé neinfekčné choroby vyplývajú zo životného štýlu a možno im potenciálne predchádzať.

Jedným z vážnych rizikových faktorov vo výžive človeka je nadmerná konzumácia živočíšnych tukov, mastných jedál a alkoholu. Zaznamenávame nízky príjem vlákniny a dlhodobo nízky príjem ochranných antioxidantov, ktoré sa nachádzajú v ovocí, zelenine, hubách a v ďalších zdrojoch. Antioxidanty chránia organizmus pred pôsobením voľných radikálov. Voľné radikály spolupôsobia pri poškodzovaní pokožky UV žiarením, poškodzujú orgány a škodia aj na bunkovej úrovni. Zohrávajú dôležitú úlohu aj pri rozvoji chronických neinfekčných ochorení (Kimáková a Pavlík, 2017; Kimáková, 2018; Belovičová, 2019).

Vek je veľmi silným a nezávislým rizikovým faktorom – so stúpajúcim vekom sa zvyšuje napríklad riziko kardiovaskulárnych chorôb (ako rizikový sa považuje vek nad 55 rokov u mužov a vyšší ako 65 rokov u žien). Pohlavie má dôležitú úlohu pri niektorých ochoreniach. Všeobecne riziko rozvoja kardiovaskulárnych chorôb (najmä ischemickej choroby srdca) je u mužov vyššie ako u žien. Hormonálna antikoncepcia u žien, najmä fajčiarok, môže významne zvyšovať riziko ischemickej choroby srdca v mladších vekových kategóriách. Najvyššiu úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca majú napr. v USA černoši, podieľa sa na nej vysoký

výskyt rizikových faktorov (artériová hypertenzia, diabetes mellitus, fajčenie, obezita a iné), ktorý je vyšší ako u belochov. Vzdelanie patrí dlhodobo k jedným z najvýznamnejších determinantov zdravia. Investícia do vzdelania je investíciou do zdravia. Čím viac žiakov pokračuje vo svojom vzdelávaní na strednej škole a získava maturitu, tým rastú šance na zdravšiu populáciu (Mináriková a kol., 2013; Kimáková a Pavlík, 2017; Kimáková, 2018).

Rozdiely v dĺžke života a tiež vo včasnej úmrtnosti na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia medzi Slovenskom a inými štátmi Európskej únie nemožno vysvetľovať iba rozdielnou kvalitou zdravotníckej starostlivosti. Vznik väčšiny chorôb je možné hľadať aj v narušení vzájomného vzťahu medzi ľudským organizmom a prostredím, v ktorom človek žije. Vplyv rizikového prostredia s rôznymi stupňami devastácie v regiónoch sa negatívne prejavuje na zdravotnom stave a strednej dĺžke života ľudí, genofonde hospodársky významných i voľne žijúcich druhov rastlín a živočíchov, v ekosystéme i celkovo na ekonomike.

Koncentrácie ťažkých kovov v atmosfére, pôde, vode a v sedimentoch predstavujú vážny ekologický problém. Vstupujú do potravinového reťazca, prostredníctvom ktorého sa dostávajú do ľudského organizmu, kde dochádza k ich postupnej kumulácii. K najviac ohrozeným oblastiam s kontaminovanými pôdami na Slovensku patrí stredný Spiš, okolie Michaloviec a Strážskeho (Bencko a kol., 2011; Sedlák a Poráčová, 2015; Poráčová a kol., 2016a, 2016b; 2017; Pošiváková a kol., 2016; Kimáková, 2017).

Málo skúmaným faktorom zdravia na Slovensku sú sociálne kontakty človeka s okolím, jeho vzťahy s rodinou, priateľmi, kolegami, komunitou a pod. Pocit prepojenia s inými ľuďmi je mimoriadne dôležitý pre fyzické a duševné zdravie. Početné zahraničné štúdie potvrdili, že ľudia s obmedzenými alebo chýbajúcimi sociálnymi kontaktmi (samotári) mali v priebehu života niekoľkonásobne vyššiu chorobnosť. Reprezentatívne prieskumy v USA zistili dvojnásobne až trojnásobne vyššiu mieru úmrtnosti a až deväťročné rozdiely v dĺžke života medzi ľuďmi s veľmi slabými a veľmi dobrými sociálnymi väzbami. Môžeme sa domnievať, že u ľudí so slabými kontaktmi s okolím dochádza ku kumulácii negatívnych sociálnych faktorov ako sú nezamestnanosť, rodinné problémy alebo vylúčenie z kolektívu priateľov. Samovraždy, alkoholizmus a duševné choroby sú podstatne častejšie u ľudí žijúcich osamelo.

Životný štýl

Zdravotný stav obyvateľstva je ovplyvnený genetickými faktormi iba 20 %, úrovňou zdravotníctva 10 %, životnými a pracovnými podmienkami 20 %. Najvyšší vplyv na zdravie človeka má životný štýl s podielom 50 % (WHO, 2015).

Pod pojmom životný štýl môžeme rozumieť ustálenejšie životné aktivity, v ktorých sa odráža hodnotová orientácia človeka, jeho vzťah k životu, práci, spoločnosti, jeho záujmy a záľuby, to, čo pokladá za dôležité a v čom nachádza určité uspokojenie. Človek sa zameriava na spôsob, ako čo najlepšie žiť, čomu venovať svoj život, čím ho najlepšie naplniť. Uprednostňuje aktivity, ktoré pokladá za užitočné, či potrebné a tiež tie, ktoré pociťuje ako príjemné. Príjemné však nemusí byť zároveň prospešné a naopak. Mnohé zo súčastí životného štýlu (dodržiavanie osobnej hygieny, správna výživa, primerané pracovné zaťaženie a dostatok odpočinku, pestovanie pohybovej aktivity, striedmosť v požívaní alkoholu) majú úzky vzťah k zachovávaniu a rozvíjaniu zdravia, alebo k vzniku a rozvoju chorôb.

Spočiatku sa ľudia živilí lovom a zberom plodov. Neskôr sa venovali poľnohospodárstvu. Hlavnou náplňou života bola fyzická námaha potrebná na zabezpečenie vlastnej existencie. V poslednej dobe začali nadobúdať zmeny v životnom štýle rýchle tempo. Využívajú sa energetické zdroje prírody, rozvíja sa priemysel, sledujeme technický pokrok. Človek je v dnešnej dobe vystavený množstvu podnetov a veľkej záťaži (Ševčíková a kol., 2006).

So životným štýlom priamo súvisia ovplyvniteľné rizikové faktory chronických neinfekčných ochorení, ku ktorým zaraďujeme:

- nesprávna výživa a stravovacie návyky,
- nedostatočná fyzická aktivita,
- fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu,
- vysoký krvný tlak,
- zvýšená hladina cholesterolu,
- obezita, diabetes mellitus.

Zásady zdravej výživy

Hlavné zásady racionálnej výživy zahŕňajú napríklad striednosť v jedení, princíp vyrovnanosti výživy, rozdelenie počtu jedál na 3 až 5 dávok, pestrosť stravy, príjem pochutín alebo príjem tekutín. Organizmus potrebuje stavebné, energetické, ochranné a doplnujúce látky. Požívatiny musia byť zdravotne neškodné a mať potrebnú biologickú hodnotu. K zásadám zdravej výživy zahŕňame:

- striednosť v jedení, má zodpovedať dennej potrebe energie, telesnému a duševnému zaťaženiu a aktuálnemu stavu organizmu,
- optimálny príjem energie, udržanie normálnej hmotnosti tela prostredníctvom kvalitatívnej vyváženosti stravy, ktorá zabezpečuje optimálny podiel základných živín na tvorbu energie,
- princíp vyrovnanosti výživy; je daný rovnomerným zásobením základnými a ochrannými živinami. Základné, hlavné živiny sa majú prijímať v potrebnom množstve a vo vzájomne vyváženom pomere. Najvhodnejší pomer bielkoviny : tuky : cukry je 15 : 30 : 55 (%), to znamená vo fyziologickom vyrovnanom pomere živín, resp. v absolútnych hodnotách (v g): bielkoviny : tuky : cukry v pomere 1 : 1 : 4,
- príjem tuku by nemal presiahnuť 30 % podielu na konzumovanej energetickej dávke (0,8-1 g/kg telesnej hmotnosti) (cholesterol v sére má byť pod 5 mmol/l). Podiel nasýtených mastných kyselín nemá byť väčší ako jedna tretina. Druhú tretinu majú tvoriť nenasýtené mastné kyseliny s jednou dvojnou väzbou a ďalšiu tretinu polynenasýtené mastné kyseliny. Obsah cholesterolu v strave nemá prekročiť hodnotu 300 mg denne, u ľudí s kardiovaskulárnymi ochoreniami, obezitou alebo cukrovkou sa niekedy udáva ešte prísnejšie odporúčanie, maximálne 200 mg denne. Jeho vstrebávanie účinne znižuje vláknina prijatá v rastlinnej strave. Hladinu cholesterolu ovplyvňujú najmä nasýtené mastné kyseliny laurová, myristová, palmitová. Viacero štúdií poukazuje na priaznivý protisklerotický účinok a na znižovanie hladiny triacylglycerolov v krvi polynenasýtených tzv. omega-3-mastných kyselín. Tieto mastné kyseliny sa nachádzajú nielen v oleji severských morských rýb ale i v ľanovom za studena lisovanom oleji. Obmedziť je vhodné živočíšne tuky;

- optimálny príjem bielkovín; majú tvoriť 10-12 % energie, pod 50 % živočíšnych a nad 50 % rastlinných bielkovín, denná dávka sa odporúča 0,8-1 g/kg telesnej hmotnosti. Bielkoviny poskytujú aminokyseliny, ktoré sú stavebnými kameňmi pre syntézu enzýmov, štruktúrnych bielkovín, protilátok a hormónov. Hlavnými živočíšnymi zdrojmi bielkovín sú mäso, mliečne výrobky a vajcia, z rastlinných sója, strukoviny a obilniny;
- príjem komplexných sacharidov; majú tvoriť 60-65 % energie. Majú to byť prevažne zložené sacharidy s obsahom vlákniny (celozrnné obilniny, naturálna ryža, sója, strukoviny). Cukry s rýchlym vstrebávaním ako glukóza a fruktóza by mali zaberat' najviac 10 % dennej spotreby;
- zvýšiť príjem vlákniny, rozpustnej a nerozpustnej, na 20-30 g na deň;
- zvýšiť príjem mikronutrientov, zvýšiť príjem ovocia a zeleniny, vitamínov A, C, E, minerálnych látok a stopových prvkov (napr. selénu, železa a vápnika);
- dostatočný príjem tekutín, asi 2,5 až 3 litre tekutín denne. Najlepšie vo forme pramenitej vody, prípadne rastlinných čajov. Vylúčiť sladené nápoje;
- frekvencia príjmu jedál má byť rozdelená na 3 až 5 dávok za deň (Rovný a kol., 1995; Kukačka, 2010; Kujaník, 2012).

Pestrosť stravy je najlepšou zárukou prísunu všetkých potrebných živín (Beňo, 2008; Kimáková a Pavlík, 2017).

Záver

Odborníci Svetovej zdravotníckej organizácie vypracovali materiál o zdravej výžive, ktorý vedie k prevencii rôznych chronických, tzv. civilizačných ochorení. Výživové odporúčania sú založené na skupinách potravín a majú všeobecnú platnosť (upravené a doplnené podľa Výživová doporučení, 2005; WHO/FAO, 2005; WHO, 2015; Kajaba a kol., 2015; Pavlík a Habánová, 2017).

- Ješ' výživnú stravu založenú na rozmanitosti potravín predovšetkým rastlinného pôvodu, menej potravín živočíšneho pôvodu.
- Niekoľkokrát denne konzumovať chlieb, obilniny, cestoviny, ryžu a zemiaky (30-50 % vlákniny by malo pochádzať z týchto zdrojov, zvyšok zo zeleniny a ovocia). Zvýšiť spotrebu výrobkov z obilnín s vyšším podielom celozrnných zložiek.
- Ješ' rozmanité druhy zeleniny a ovocia, najlepšie čerstvé a z miestnej produkcie, niekoľkokrát cez deň (aspoň 500 g denne) vzhľadom k príjmu ochranných látok významných v prevencii nádorových a kardiovaskulárnych ochorení. Pomer zeleniny a ovocia by mal byť približne 2:1. Dbať o dostatočný príjem vlákniny, ideálne 30 g denne.
- Pravidelným primeraným cvičením, najlepšie každý deň, si udržiavať hmotnosť v doporučenom rozmedzí BMI s hodnotami medzi 20 až 25.
- Kontrolovať príjem tuku (nie viac ako 30 % dennej energie) a väčšinu nasýtených tukov nahrádzajte nenasýtenými rastlinnými olejmi (napríklad olivovými, repkovými). Pre zaistenie optimálneho zloženia mastných kyselín oleje tepelne neupravovať.
- Často konzumovať fazuľu, strukoviny, šošovicu, ryby, hydinu. Strukoviny sú zdrojom kvalitných rastlinných bielkovín s nízkym obsahom tuku, nízkym glykemickým

indexom a vysokým obsahom ochranných látok.

- Konzumovať nízkoenergetické mlieko a jeho produkty (kefir, kyslé mlieko, jogurt a syr).
- Obmedziť konzumáciu sladených nápojov a sladkostí, rafinovaného cukru. Zabezpečiť správny pitný režim, najmä u detí a starších osôb (denný príjem minimálne 1,5 až 2 l, pri zvýšenej fyzickej námahe alebo zvýšenej teplote okolia viac).
- Soliť minimálne. Celkový príjem by nemal presahovať 1 čajovú lyžičku denne (6 g), vrátane soli obsiahnutej v chlebe, v údených a konzervovaných potravinách. Používať soľ obohatenú jódom.
- Pri konzumácii alkoholu obmedziť jeho príjem maximálne na dva nápoje denne (každý s obsahom maximálne 10 gramov alkoholu).
- Pripravovať jedlo neškodným a hygienickým spôsobom. Znížiť podiel pridaných tukov, olejov, soli a cukru, voliť vhodnú úpravu: varenie, dusenie a pečenie. Preferovať rastlinné oleje.
- Podporovať u detí výhradne výživu kojením po dobu 6 mesiacov a odporúčať zavedenie vhodných potravín v správnych intervaloch počas prvých rokov života.

Zoznam použitej literatúry

BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. 2019. *Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons*. Towarzystwo Slowaków w Polsce, Kraków, 2019, 153 s. ISBN 9788381111096.

BENCKO, V., NOVÁK, J., SUK, M. et al. 2011. *Zdraví a přírodní podmínky (Medicína a geologie)*. Praha: Dolin, 2011. 398 s. ISBN 9788090504707.

BEŇO, I. 2008. *Náuka o výžive*. Fyziologická a liečebná výživa. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008, 158 s. ISBN 9788080632946.

KAJABA, I., ŠTENCL, J., GINTER, E. et al. 2015. Nové odporúčané výživové dávky (OVD) obyvateľstva SR (9. revízia) r. 2015 – preventívne koncipované na ďalšie obdobie. In *Výživa a zdraví 2015*. ISBN 978-80-905441-2-3. Teplice. Ústí nad Labem: Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, 2015. s. 75-87.

KIMÁKOVÁ, T. 2017. *Ortuť v životnom prostredí ako rizikový faktor zdravia*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017. 150 s. ISBN 9788081524783.

KIMÁKOVÁ, T., PAVLÍK, V. 2017. *Antioxidanty a ich význam v prevencii chronických ochorení*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017. 153 s. ISBN 9788081525131.

KIMÁKOVÁ, T. 2018. *Sledovanie vybraných faktorov životného štýlu vysokoškolákov*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2018. 111 s. ISBN 9788097146061.

KUJANÍK, Š. 2012. *Niektoré moderné aspekty stravovania*. Košice: Knihy Hanzlúvka, 2012. 197 s. ISBN 9788089546084.

KUKAČKA, V. 2010. *Udržiteľnosť zdraví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice. 228s. ISBN 978-80-7394-217-5.

MINÁRIKOVÁ, D., GREŠNEROVÁ, H., MINÁRIK, P. et al. 2013. Hodnotenie životného štýlu laickej verejnosti vo vzťahu ku kardiometabolickému riziku pri metabolickom syndróme – pilotný projekt. In *Klinická farmakologie a farmacie*. ISSN 1803-5353, 2013, roč. 27, č. 1, s. 6–10.

- PAVLÍK, V., HABÁNOVÁ, M. 2017. *Prevalencia obezity vo vybranej populácii vojakov, možnosti prevencie a liečby*. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2017. 93 s. ISBN 9788055216683.
- PORÁČOVÁ, J., KORÉNEKOVÁ, B., SEDLÁK, V. et al. 2017. *Základné zložky potravy a ich význam pre zdravie človeka*. Prešov: Prešovská univerzita, 2017. 163 s. ISBN 978-80-555-1939-8.
- PORÁČOVÁ, J., SEDLÁK, V., GOGALOVÁ, Z. et al. 2016a. The antioxidant activity of *Vitis vinifera* L. and *Vaccinium myrtillus* L. extracts. In: *ISHS Acta Horticulturae 1125: XXIX International Horticultural Congress on Horticulture, 2016*. - s. 283-285. ISSN 2406-6168.
- PORÁČOVÁ, J., SEDLÁK, V., PORUBSKÁ, J. et al. 2016b. The antioxidant effects of lyophilised extracts of berry fruit. In: *ISHS Acta Horticulturae 1133: XI International Rubus and Ribis Symposium, 2016*. - s. 357-362. ISBN 978-94-62611-15-3.2016.
- POŠIVÁKOVÁ, T., ŠVAJLENKA, J., LAZAR, G. et al. 2016. Interakcia ťažkých kovov a vybraných biochemických parametrov muflonej zveri. In *Chemické listy*. ISSN 0009-2770. 2016, roč. 110, č. 4, s. 284-288.
- ROVNÝ, I., BENIAK, M., GAÁL, P. et al. 1995. *Preventívne lekárstvo*. Osveta: Martin, 1995. 273 s. ISBN 80-217-0574-4.
- SEDLÁK, V., PORÁČOVÁ, J. 2015. *Environmentálna toxikológia*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2015. 162 s. ISBN 978-80-555-1484-0.
- Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. 2005. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Pracovní skupina pro návrhy postupů k implementaci Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví. Praha 2005.
- WHO/FAO 2005. Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition, 2nd edition. WHO 2005. 341 s.
- WHO 2015. Healthy diet. World Health Organization, Fact Sheet n. 394, September 2015.
- ŠEVČÍKOVÁ, E. et al. 2006. *Hygienu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2006. 328 s. ISBN 80-223-2103-6.

Kontakt na autora:

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav verejného zdravotníctva a hygieny
Košice
Email: tatiana.kimakova@upjs.sk

BIOCHEMICKÉ ASPEKTY OCHORENIA DIABETES MELLITUS 2 TYPU

Biochemical aspects of diabetes mellitus 2 typedisease

Konečná M.¹, Poráčová J.¹, Miklošová A.¹, Gogaľová Z.¹, Sedlák V.¹, Babejová A.¹,
Mydlárová Blaščáková M.¹, Majherová M.², Avuková A.¹, Vašková H.¹

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied, Katedra biológie

Úvod

Diabetes mellitus(DM) je jedným z chronických metabolických ochorení, ktoré vedie k vysokej morbidite a mortalite. V dôsledku rýchleho rozvoja civilizácie a zmeny životného štýlu ľudí patrí medzi najzávažnejšie choroby látkovej premeny (Babčák a kol. 2017). Počet pacientov celosvetovo narastá a predpokladá sa, že v roku 2030 budem na toto ochorenie trpieť viac ako 550 miliónov obyvateľov. Podľa štatistík, ktoré uvádza Národné centrum zdravotníckych organizácií (NCZI) sa počet pacientov na Slovensku za posledných 20 rokov zdvojnásobil (Martinka 2014). Na Slovensku ročne pribudne viac ako 20 000 pacientov.

Ochorenie sa prejavuje zníženou citlivosťou v kostrovom a tukovom tkanive, inzulínom v pečeni čiže inzulínovou rezistenciou. Dochádza ku kvantitívnej a kvalitatívnej poruche sekrécie inzulínu v beta – bunkách, ktoré sú produkované pankreasom. To znamená, že pankreas je schopný vytvoriť inzulín, ale množstvo vytvoreného inzulínu je nedostačujúce alebo je nesprávne organizmom využité. Jedným z príznakov je hyperglykémia. Jej príčinou môže byť celý rad faktorov. V predklinickom štádiu sa vyskytuje problematika inzulínovej rezistencie, čo spôsobí, že glukóza nie je dostatočne vychytávaná periférnymi tkanivami, čo sa prejaví jej zvýšenou produkciou v pečeni. K ďalším prejavom patrí hyperurikémia, artériová hypertenzia, centrálna obezita (Surovčíková 2019).

Vitamíny patria medzi dôležité organické látky nevyhnutné pre správny chod ľudského organizmu, urýchľujú a usmerňujú chemické reakcie v organizme (Malovič 2016).

Podľa tvrdení WHO chýba vitamín D až u 59 % obyvateľstva. V severnejších oblastiach pologule, kde nie je dostatok slnečného žiarenia je výskyt DM1T vyšší ako u ľudí žijúcich na južnej pologuli. Vzhľadom k tomu existuje viacero dôkazov, že nedostatočné množstvo vitamínu D môže byť jedným z faktorov rozvoja ochorenia DM1T a DM2T. Predpokladá sa, že vitamín D pomáha organizmu zlepšiť citlivosť na inzulín, ktorý zabezpečuje reguláciu glukózy v krvi a tým sa znižuje riziko inzulínovej rezistencie, ktorá je vo väčšine prípadov prekurzorom DM2T (Campbell a Martin 2011). Vitamín D pomáha regulovať produkciu inzulínu v pankrease. Nízka hladina vitamínu D znižuje sekréciu inzulínu. Receptory pre vitamín D (VDR) sa nachádzajú priamo na beta – bunkách pankreatických ostrovčiekov a ich funkcia ovplyvňuje následne syntézu a sekréciu inzulínu. Podľa štúdie National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) bolo preukázané, že u ľudí s deficitom vitamínu D bolo riziko vzniku DM2T dvojnásobné vyššie ako u ľudí s dostatočnou hladinou vitamínu D (Pitřhová 2013).

Cieľ výskumu

Štúdia je zameraná na vyhodnotenie antropometrických a biochemických parametrov v súbore probandov s ochorením DM2T. Antropometrickým meraním sme získali priemernú hodnotu systolického a diastolického tlaku krvi a vypočítali sme hodnotu BMI. Pomocou biochemickej analýzy sme stanovili hodnotu celkového cholesterolu, HDL, LDL, triacylglycerolov, glukózy, kyseliny močovej a celkového vitamínu D v súbore probandov s ochorením DM2 a získané výsledky sme porovnali so zdravými jedincami.

Charakteristika súboru a metodika

Prospektívna štúdia bola vykonaná v rozmedzí január - máj 2019 a zúčastnilo sa jej 110 jedincov (n=55 zdraví probandi; n=55 probandi s ochorením DM2T) s priemerným vekom $57 \pm 7,11$ rokov. Analyzovaný súbor pochádzal z regiónu východného Slovenska, odber biologického materiálu prebiehal v spolupráci s diabetologickými ambulanciami a s ambulanciami všeobecného lekára. Odobratý biologický materiál bol spracovaný podľa štandardných postupov. Venózna krv bola odoberaná do plastových skúmaviek s koagulačným géloom s objemom 10 ml. Centrifugáciou pri 15 minútach a 11 000 rpm otáčkach bolo získané krvné sérum a uskladnené pri $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ až do analýzy.

Antropometrické meranie v analyzovanom súbore pozostávalo z merania telesnej hmotnosti, merania telesnej výšky, merania tlaku krvi. Jednotlivé merania boli uskutočňované pomocou výškomernej tyče, osobnej váhy na meranie telesnej hmotnosti a digitálneho tlakomeru na meranie diastolického a systolického tlaku krvi. Z nameraných hodnôt telesnej výšky a telesnej hmotnosti bol vypočítaný index telesnej hmotnosti BMI.

Biochemická analýza bola uskutočnená pomocou plne automatického biochemického analyzátora CobasIntegra 400 plu s využitím absorpčnej fotometrie a enzymatickej kolorimetrie. Boli stanovené vybrané biochemické parametre: glukóza, kyselina močová, vitamín D, cholesterol, LDL, HDL a triacylglyceroly.

Výsledky boli spracované použitím štatistického programu Statistica v.12, pre porovnanie súborov boli použité parametrické t- testy pre závisle výbery.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Antropometrická a biochemická analýza bola uskutočnená u 110 jedincov, 55 zdravých probandov a 55 probandov s ochorením DM2T. Na základe štatistického vyhodnotenia sme zistili, že telesná hmotnosť bola u probandov s ochorením DM2T vyššia $169,46 \pm 8,99$ kg v porovnaní so zdravými probandami, u ktorých bola priemerná hodnota $167,45 \pm 10,21$ kg. Zvýšenie hmotnosti sa následne ukázalo aj v zvýšenej hodnote BMI, ktorá bola signifikantne vyššia (**p<0,001) u probandov s ochorením $30,12 \pm 3,40$ ako u zdravých jedincov $24,37 \pm 5,24$. Pri porovnaní priemerných hodnôt systolického tlaku signifikantný rozdiel potvrdený nebol. Priemerná hodnota systolického tlaku bola v súbore zdravých probandov $125,00 \pm 12,56$ mmHg. V súbore probandov s ochorením bola priemerná hodnota systolického tlaku $128,00 \pm 13,77$ mmHg. Narozdiel od systolického tlaku bol signifikantný rozdiel potvrdený

Tab.1 Štatistické porovnanie priemernej hodnoty antropometrických parametrov v súbore zdravých a chorých probandov

| premenná | priemer x pacienti (n=55) ± SD | priemer x zdraví probandi (n=55) ± SD | p |
|-----------------|--------------------------------------|---|----------|
| hmotnosť | 169,46 ± 8,99 | 167,45 ± 10,21 | 0,187 |
| BMI | 30,12 ± 3,40 | 24,37 ± 5,24 | 0,000*** |
| TK_sys | 128,00 ± 13,77 | 125,00 ± 12,56 | 0,151 |
| TK_dias | 93,17 ± 10,87 | 86,12 ± 13,29 | 0,000*** |

x - priemerné hodnoty, n – početnosť, p – hodnota, BMI – index telesnej hmotnosti, TK_sys – systolický tlak krvi, TK_dias – diastolický tlak krvi, p – hladina významnosti, SD – priemerná odchýlka;

Pomocou biochemickej analýzy boli stanovené vybrané biochemické parametre celkový cholesterol, LDL, HDL, triacylglyceroly, kyselina močová a glukóza. Porovnanie priemerných hodnôt biochemických parametrov v súbore zdravých a chorých probandov je znázornený v tabuľke 2.

Tab.2 Štatistické porovnanie priemernej hodnoty biochemických parametrov v súbore zdravých a chorých probandov

| premenná | priemer x pacienti (n=55) ± SD | priemer x zdraví probandi (n=55) ± SD | p |
|--------------------|--------------------------------------|---|----------|
| cholesterol | 4,63 ± 1,01 | 5,21 ± 1,03 | ns |
| LDL | 2,84 ± 0,76 | 3,19 ± 0,81 | ns |
| HDL | 1,11 ± 0,17 | 1,48 ± 0,27 | ns |
| TAG | 2,01 ± 1,09 | 1,39 ± 0,40 | 0,01** |
| KM | 309,25 ± 76,3 | 253,68 ± 41,23 | 0,001*** |
| GLU | 6,38 ± 1,47 | 4,38 ± 0,61 | 0,001*** |
| Vit.D | 32,12 ± 13,17 | 71,16 ± 10,11 | 0,001*** |

x - priemerné hodnoty, n – početnosť, p – hodnota, LDL – low-densitylipoprotein, HDL – high-densitylipoprotein, TAG – triacylglyceroly, GLU – glukóza, KM – kyselina močová, Vit.D – vitamín D, p – hladina významnosti, SD – priemerná odchýlka;

V súbore diabetických probandov s ochorením bola hodnota glukózy 6,38 mmol/l, čím bola štatisticky významne vyššia (**p<0,001) v porovnaní s kontrolným súbor, kde dosahovala hodnotu 4,38 mmol/l. Taktiež hodnota kyseliny močovej v analyzovanom súbore

bola u diabetických jedincov štatisticky významne vyššia (**p<0,001) 309,25 mmol/l v porovnaní s kontrolným súborm 253,68 mmol/l. Štatisticky významne nižšia (**p<0,001) bola hodnota vitamínu D v súbore chorých jedincov s priemernou hodnotou 32,12 µg/l v porovnaní s hodnotou 71,16 µg/l u zdravých jedincov. Bola zistená štatisticky významne vyššia (**p<0,01) priemerná hodnota triacylglycerolov v súbore probandov s DM2 s priemernou hodnotou 2,01 mmol/l v porovnaní so zdravými jedincami s priemernou hodnotou 1,39 mmol/l. V prípade priemerných hladín celkového cholesterolu, HDL a LDL v jednotlivých súboroch rozdiel nebol signifikantný, aj keď priemerná hladina cholesterolu, HDL a LDL bola u probandov s ochorením nižšia v porovnaní so zdravými probandami.

Diskusia

Diabetes mellitus patrí medzi chronické, multifaktoriálne ochorenie s pandemickou incidenciou charakterom metabolického syndrómu prejavujúceho sa zníženou citlivosťou na inzulín. Dochádza k narušeniu metabolických procesov, čo má za následok vznik a vývoj diabetických komplikácií.

Súčasnosť vzájomne súvisiacich stavov, ako je centrálna obezita, dyslipidémia, zhoršený metabolizmus glukózy a hypertenzia, sa označuje ako metabolický syndróm, ktorý je rizikovým faktorom rozvoja diabetu 2. typu. Mikro- a makro-vaskulárne komplikácie cukrovky prispievajú k jej chorobnosti a úmrtnosti (Dakshinamurti 2015).

V závislosti od faktorov spojených s rizikom DM2T Ganz et al. (2014) zistili, že v porovnaní s normálnym BMI bola nadváha a obezita štatisticky významne spojená s rizikom diagnostikovania DM2T medzi jedincami bez akýchkoľvek predchádzajúcich ukazovateľov DM2T. Zistili, že riziko diagnózy DM2T bolo stále väčšie u jedincov vo vyšších kategóriách BMI ako u jedincov v nižších kategóriách BMI. V našej štúdii sme u probandov s DM2T zaznamenali štatisticky významne vyššie hodnoty BMI (**p<0,001) v porovnaní s kontrolným súborm. Potvrdili sme, že vyššia hodnota BMI v našej štúdii súvisí s rizikom vzniku ochorenia DM2T a že diabetickí jedinci oproti zdravým jedincom mali vyššie hodnoty BMI. Schienkewitz et al. (2006) taktiež uvádzajú, že nárast telesnej hmotnosti v skorej dospelosti súvisí s vyšším rizikom a skorším nástupom DM2T, ako je prírastok telesnej hmotnosti vo veku 40 až 55 rokov. Výsledky štúdie Samatha et al. (2012) poukázali na významne vyššie hladiny TAG diabetických probandov (**p<0,01) v porovnaní so zdravými jedincami. V prípade priemerných hladín celkového cholesterolu, HDL a LDL v jednotlivých súboroch rozdiel nebol signifikantný. Priemerná hladina cholesterolu, HDL a LDL bola u probandov s ochorením nižšia v porovnaní so zdravými probandami.

V ľudskom organizme zaraďujeme kyseliny močové medzi koncové produkty purínového metabolizmu. Výsledky našej štúdie poukazujú na významne vyššie hladiny kyseliny močovej (**p<0,001) u diabetických jedincov v porovnaní so zdravými jedincami. K rovnakým záverom dospeli taktiež Čaušević et al. (2010) ktorí zistili signifikantne vyššiu hladinu kyseliny močovej (**p<0,001) u diabetických probandov v porovnaní s kontrolným súborm.

Stanovenie lipidového profilu patrí medzi základné vyšetrovacie parametre u pacientov s DM2T. Zvýšené hladiny triglyceridov sú častým dyslipidemickým znakom sprevádzajúcim DM2T a prediabetické stavy. Hladina triglyceridov nalačno > 150 mg / dl ($\geq 1,70$ mmol / l) je jedným z piatich akceptovaných kritérií na definovanie jedincov s vysokým

rizikom kardiovaskulárnych chorôb a DM2T pravdepodobne nazývaných „metabolický syndróm“. Niektoré výsledky naznačujú, že hladina triglyceridov nalačno môžu pomôcť pri predpovedaní budúceho DM2T adiabetu 2. typu a hlavne vtedy, keď sa hladina triglyceridov kombinovala s ďalšími klinickými parametrami, ako sú BMI, krvný tlak, klasické rizikové faktory pre kardiovaskulárne ochorenie, alebo s hladinou glukózy v plazme (Tirosh et al. 2008). Priemerná hodnota celkového cholesterolu, HDL a LDL dosahovala u diabetických probandov nižšiu hodnotu vzhľadom na medikamentóznú liečbu. Signifikantne vyššiu priemernú hodnotu triacylycerolov (** $p < 0,01$) sme potvrdili v súbore chorých jedincov.

Okrem kalcitropického účinku je vitamín D regulátorom génovej expície, ako aj bunkovej proliferácie a diferenciácie. Rôzne prierezové a pozdĺžne kohortové štúdie naznačili priaznivý účinok suplementácie vitamínom D na rozvoj cukrovky typu 2.

Lepšie pochopenie fyziologickej funkcie vitamínu D, najmä jeho potenciálnych účinkov na zápalové a autoimunitné stavy, ako aj na sekreciu inzulínu a inzulínovú rezistenciu, zvýšil záujem o jeho potenciálnu úlohu pri prevencii a kontrole diabetických stavov DM1T a DM2T. Obidva tieto stavy sú spojené so zápalom, cukrovkou a s autoimunitnou patológiou. Štúdie na zvieratách a na ľuďoch skutočne podporujú názor, že adekvátna suplementácia vitamínom D môže znížiť výskyt diabetes mellitus typu 1 a pravdepodobne aj diabetes mellitus typu 2 a môže zlepšiť metabolickú kontrolu v stave cukrovky. Presný mechanizmus, ktorým suplementácia vitamínu D a vápnika pôsobí priaznivo, však nie je jasný a vyžaduje ďalšie skúmanie (Danescu, Levy and Levy 2009). V našej štúdií sme v analyzovanom súbore potvrdili štatistický významný rozdiel (** $p < 0,001$) v priemernej hladine vitamínu D, ktorá bola signifikantne nižšia v súbore diabetických probandov. Štúdie týkajúce sa podávania doplnkov vitamínu D alebo ešte vyšších dávok 1,25 (OH) 2D3 pacientom s nedostatkom vitamínu D s IGT alebo cukrovkou typu 2 priniesli protichodné výsledky. Niektoré oznámili zlepšenie, iné nemajú žiadny účinok. Jedna štúdia dokonca ukázala zhoršenie DM2T pri suplementácii troch britských Aziatov nedostatkom vitamínu D a DM2T viedla k zvýšeniu inzulínovej rezistencii a zhoršeniu glykemickej kontroly (Taylor and Wise 1998; Borissova et al. 2003).

Záver

Zvýšenie BMI nad normálne hladiny hmotnosti je spojené so zvýšeným rizikom diagnostiky a komplikácií *diabetes mellitus*. Je známe, že celková obezita spôsobuje inzulínovú rezistenciu, zásoby tukového tkaniva môžu mať rozdielne vlastnosti súvisiace s rozdielnou expresiou enzýmov zapojených do syntézy triglyceridov, lipolýzy, syntézy adipocytokínov, ako aj ďalších funkcií, takže tieto rozdiely môžu pomôcť pri pochopení jedinečných príspevkov rôznych skladov tukového tkaniva k poruchám metabolizmu glukózy a lipidov. Zistili sme, že u diabetických pacientov bola koncentrácia vitamínu D signifikantne nižšia (** $p < 0,0001$) v porovnaní s kontrolným súborm. Predpokladáme, že vitamín D má značný vplyv na vznik nami študovaného ochorenia.

Podakovanie:

Práca bola finančne podporená projektom VEGA, č. 1/0461/18; KEGA, č. 018PU-4/2018 a táto publikácia vznikla aj vďaka podpore v rámci operačného programu Výskum a inovácie pre projekt: “Inovatívne diagnostické postupy personalizovanej medicíny so zameraním na

skeletomuskulárne ochorenia“ NFP313010T543, spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja"

Zoznam použitej literatúry

- BABČÁK, M., MERČIAKOVÁ, M., NÉMETH, F., VARGOVÁ, V., SLIVKA, M., 2017. *Stručná história a súčasnosť diabetes mellitus*. [online]. Dostupné z: https://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_119_31.pdf
- BORISSOVA, A. M; TANKOVA T.; KIRILOV, G.; DAKOVSKA L.; AND R. KOVACHEVA. 2003. *The effect of vitamin D3 on insulin secretion and peripheral insulin sensitivity in type 2 diabetic patients*. *Int J Clin Pract*, vol. 57, p. 258–261. Dostupné z : <https://europepmc.org/abstract/med/12800453>
- CAMPBELL, R. KEITH, MARTIN, T., 2011. *Vitamin D and diabetes*. In: *Diabetes Spectrum*. [online]. Vol. 24, n. 2, p. 113-118. ISSN 1944-7353. Dostupné z: <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/24/2/113>
- ČAUSEVIĆ, A., et al., 2010. *Relevance of uridic acid in progression of type 2 diabetes mellitus*. In: *Bosnian journal of basic medical sciences*. [online]. Vol. 10, n.1, p 54 – 59. ISSN 1840 – 4812. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5596612/>
- DAKSHINAMURTI, K. 2015. *Vitamins and their derivatives in the prevention and treatment of metabolic syndrome diseases (diabetes)*. *Can J Physiol Pharmacol*. Vol. 93, no. 5, p. 355-62. Dostupné z: doi: 10.1139/cjpp-2014-0479.
- Danescu, L.G; S. Levy and J. Levy. 2009. *Vitamin D and diabetes mellitus*. *Endocrine*. Vol. 35, no. 1, p.11-7. Dostupné z: doi: 10.1007/s12020-008-9115-5.
- GANZ, M.L. et al. 2014. *The association of body mass index with the risk of type 2 diabetes: a case-control study nested in an electronic health record system in the United States*. In *Diabetology and Metabolic Syndrome*, vo. 6, no. 50. ISSN 1758-5996. Dostupné z: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1758-5996-6-50>
- MALOVIČ, P., 2016. *Elixíry mladosti: Vitamíny rozpustné v tukoch*. In: *Primar* [online]. [cit. 2019-02-25]. ISSN 1335-4418. Dostupné z: <https://primar.sme.sk/c/20397629/elixiry-mladosti-vitaminy-rozpustne-v-tukoch.html>
- MARTINKA, E., MOKÁŇ, M., POLKO, J., 2006. *Manažment a liečba akútných komplikácií diabetes mellitus*. In: *Metodický list racionálnej farmakoterapie*. Roč.10, s. 1-8. ISSN 0014-8172. Dostupné z: www.health.gov.sk/Zdroje/?/Sources/dokumenty/ww2/casopis/ml/39_dm.pdf
- PÍŤHOVÁ, P., 2013 *Muže podávaní vitaminových prípravku pomoci v léčbě diabetes mellitus?* In: *Interní medicína pro praxi*. [online]. Roč. 3-4, s.136-138. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/03/12.pdf>
- SAMATHA P., VENKATESWARLU M. and SIVA PRABODH V. 2012. *Lipid Profile Levels in Type 2 Diabetes Mellitus from the Tribal Population of Adilabad in Andhra Pradesh, India*. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Suppl-2, Vol-6, no.4, p: 590-592. Dostupné z : DOI: JCDR/2012/4302:0012
- SCHIENKIEWITZ, A.; M. B. SCHULZE; K. HOFFMANN; A. KROKE AND H. BOEING. 2006. *Body mass index history and risk of type 2 diabetes: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)–Potsdam*

Study . The American Journal of Clinical Nutrition, 2006. vol. 84, no.2, p. 427–433, Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ajcn/84.2.427>

SUROVČÍKOVÁ, M., 2019. *Diabetes mellitus 2 typu*. In: Časopis inVitro. [online]. [cit. 2019-01-11]. Dostupné z: <https://www.alphamedical.sk/casopis-invivo/diabetes-mellitus-2-typu>

TAYLOR, A.V. AND P.H.WISE. 1998. *Vitamin D replacement in Asians with diabetes may increase insulin resistance*. Postgrad Med J. vol.74, p.365–366. Dostupné z :[10.1136/pgmj.74.872.365](https://doi.org/10.1136/pgmj.74.872.365)

TIROSH, A.; I. SHAI; R. BITZUR; I.KOCHBA; D. TEKES-MANOVA; E. ISRAELI; T. SHOCHAT AND A. RUDICH. 2008. *Changes in Triglyceride Levels Over Time and Risk of Type 2 Diabetes in Young Men*. Diabetes Care. vol. 31, no.10. p. 2032–2037. Dostupné z: doi: 10.2337/dc08-0825

Kontakt na autora:

RNDr. Mária Konečná, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta humanitných a prírodných vied

Katedra biológie

Ul. 17. Novembra č.1

08001 Prešov

maria.konecna@unipo.sk

SLUŽBY AGENTÚRY DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Domestic insurance agency services

Lukáčová S., Paľun M.

Úvod

Kazuistiky nám prinášajú nové poznatky z rôznych oblastí, či už medicínskej, školskej i sociálnej. Opis našej kazuistiky by sme mohli zaradiť medzi *ilustračnú, hodnotovú, postojovú a morálnu* (Bajo, I. In Švec, Š. 1998), nakoľko budeme opisovať životnú situáciu autorky kazuistiky, ktorá bola dcérou pacientky, veľmi úzko spolupracovala s lekármi a vo vlastnom záujme študovala problematiku ochorenia a následnej liečby. V našej kazuistike sú preto aj získané odborné výrazy aj výrazy z pohľadu laika.

KAZUISTIKA

Dátum narodenia: 25. 2. 1940

Diagnóza: Rakovina vaječníkov (cancerovaries)

Stav v období zistenia ochorenia (status praecens): 23. augusta 2013

Subjektívne:

Pacientka udávala bolesti v oblasti dutiny brušnej

Pocit tlaku, opuchu, nafukovania v oblasti brucha

Nevysvetliteľné chudnutie, zväčšenie oblasti brucha

Objektívne:

Pacientka bola pri plnom vedomí, miestom, časom i priestorovo. Bola veľmi komunikatívna, spolupracovala s lekármi bez väčších problémov.

Rodinná anamnéza:

- matka zomrela na infarkt
- otec zomrel na chorobu súvisiacu s väzením v koncentračnom tábore
- 3 deti sú zdravé

Osobná anamnéza:

Bežné detské ochorenia.

Dlhoročné problémy so žlčníkom (žlčníkové kamene)

V roku 1973 operácia hlavy (zúženie cievky) - pre bolesti a závrate .

Po operácii zostala pacientka 2 týždne v kóme. Po následnej liečbe bola prepustená do domácej liečby a odvtedy zostala na invalidnom dôchodku a viedla bežný život, bez viditeľných následkov.

Posledné ochorenie:

Rakovina vaječníkov (cancerovaries)

Sociálna a pracovná anamnéza:

Pracovala ako riaditeľka materskej školy.

V čase ochorenia bola vydatá, v roku 2014 ovdovela, mala 3 deti.

Zájmy: štrikovanie, záhrada, varenie, pečenie.

Sebestačná, samostatná v každodenných aktivitách. Denne jazdila na bicykli v okolí.

Bariérovosť: Pacientka bývala v rodinnom dome spolu s dcérou.

Kompenzačné pomôcky: palička pri chôdzi (posledné dva roky).

Alergie:

Na Mesocain, Jód.

Posledné roky alergia na peľ, slzenie očí.

Farmakologická anamnéza:

Warfarin, Sorbifer, Kaldyum, Corvatonret., ConcorCor, Pirabene, Verospiron, Thiogamma, , Furonpodľa potreby (PP), Novalgin (PP), Lagosa.

Podávanie antibiotík, Dithiaden pred chemoterapiou

Výživové tekuté prípravky: Nutridrink

Zdravotnícky materiál: AquacelAg+ Foam, Aqvitox roztok, sterilux, gumenné rukavice.

Operácie:

2000 – gynekologická operácia – cysty

2013 – gynekologická operácia, hysterektómiu (odstránenie maternice a cervixu – krčka), vložená sieťka

2014 – opätovná gynekologická operácia (vybratie sieťky)

2015 – chirurgická operácia – operácia zrastov v dutine brušnej (vložená sieťka)

2017 - september a október –stent, priechodnosť stentu

Doplňujúce informácie:

Nefajčila, nepožívala alkohol.

V poslednom období váhový úbytok (20 kg).

Vyšetrenie: RTG vyšetrenie, ultrazvuk, hematologické, mikrobiologické (kultivácia), serologické vyšetrenie, gynekologické, chirurgické, onkologické konzílium.

Na určenie diagnózy ovariálneho karcinómu slúžili nasledujúce vyšetrenia:

Vyšetrenie panvy (gynekologické vyšetrenie). Lekárka vyšetrila maternicu, pošvu, vaječníky, vajcovody, močový mechúr a konečník aby zistila, akékoľvek nezvyčajné zmeny.

Vyšetrenie CA-125. Toto krvné vyšetrenie zmeralo hladinu látky nazývanej CA-125, nádorového markeru, ktorá bola vo veľmi vysokých hodnotách prevyšujúcich stanovené hodnoty (1500).

Biopsia. Pri biopsii sa získalo malé množstvo tkaniva na vyšetrenie pod mikroskopom. Na základe iných vyšetrení sa potvrdila definitívne diagnóza. Biopsia indikovala ovariálny karcinóm, pacientka bola odoslaná ku gynekológovi-onkológovi, lekárovi, ktorý

sa špecializoval na liečbu tohto typu karcinómu. Špecialista naordinoval ďalšie vyšetrenia, aby zistil, či sa karcinóm rozšíril alebo nerozšíril mimo vaječníky.

Bezkontrastné vyšetrenie dolného tráviaceho traktu. Nakoľko pacientka bola alergická na rôzne druhy liekov a kontrastnej látky, išlo o sériu röntgenových snímok hrubého čreva a konečníka bez podania akýchkoľvek kontrastných látok.

Počítačová tomografia (CT). CT vyšetrením sa vytvorili detailné prierezové snímky, ktoré ukázali akékoľvek abnormality alebo nádory.

Sonobrucha a brušnej dutiny – pečeň, žlčník, pancreas, slezina.

Röntgenové vyšetrenie. Röntgenová snímka hrudníka na zistenie, či sa karcinóm náhodou nerozšíril do pľúc (čo sa našťastie nepotvrdilo).

Ochorenie:

Rakovina vaječníkov (cancerovaries)

Liečba:

Karcinóm vaječníkov sa liečil chirurgicky, chemoterapiou a rádioterapiou.

Chemoterapia prebiehala od novembra 2013 do augusta 2017.

Z toho 3 krát v dispenzári, ktoré netrvalo dlhšie ako 6 mesiacov, pretože sa zakaždým zvyšovala hodnota onkomarkerov a nutné bolo opätovné pokračovanie v chemoterapiách.

Rakovina vaječníkov (karcinóm ovárií) patrí nepochybne medzi najnebezpečnejšie ochorenia ženských pohlavných orgánov a táto choroba môže postihnúť každého. Je pravda, že existujú aj isté dedičné alebo rodinné predispozície, prípadne sa riziko zvyšuje úmerne s vekom, ale keďže voči tejto chorobe neexistuje žiadna 100 percentá prevencia, riziko je pomerne veľké. Asi najlepšia je prevencia v podobe zdravého životného štýlu v kombinácii s pravidelnými prehliadkami u lekára. Toto všetko pacientka dodržiavala a predsa.....

Anamnéza, objektívne vyšetrenie

Pacientka opísaná v tejto kazuistike bola mne najbližšou osobou, mojou matkou. Viete, ťažko sa mi píše tento príbeh. Ale dám to i cez slzy v očiach, lebo je to ešte stále veľmi čerstvé aspoň pre mňa a z môjho pohľadu (pacientka zomrela 29. novembra 2017).

73 - ročná pacientka 23. augusta 2013 navštívila gynekologickú ambulanciu pre pretrvávajúce bolesti v dutine brušnej a zväčšení objemu brucha. Po gynekologickej prehliadke, vyšetrení ultrazvukom a odobratí krvi, boli zistené veľmi vysoké hodnoty nádorového markeru CA 125. Spôsob liečby závisel od rôznych faktorov, vrátane štádia ochorenia, celkového zdravotného stavu pacientky a individuálnych okolností.

Jednou z najťažších skúšok človeka v živote je byť konfrontovaný so stratou fyzických síl a sebestačnosti, s odkázanosťou na starostlivosť okolia. Táto situácia je náročná fyzicky aj emocionálne tak pre ošetrovaného - zmieriť sa s tým a prijať pomoc, ako aj pre ošetrojúcich, ktorí často nevedia, ako sa k takým situáciám postaviť, ako správne pomôcť alebo čo všetko je potrebné zariadiť. Domáca starostlivosť o ošetrovaného môže byť psychicky aj fyzicky veľmi vyčerpávajúca. Ale boli sme pripravení na všetko.

Chirurgická liečba pacientky, bola základná liečba ovariálneho karcinómu. Túto operáciu vykonal špecialista, gynekológ, erudovaný v problematike operácií ženských nádorov. Boli odstránené vaječníky a vajíčkovody (obojstranná adnexotómia), ako aj maternica s krčkom (hysterektómia), zobrali aj 50 cm tenkého čreva. Boli zobrať aj vzorky

tkaniva a vzorka tekutiny z dutiny brušnej. Počas chirurgického zákroku sa zistilo, že ochorenie sa nerozšírilo na iné orgány, gynekológ s chirurgom sa snažili odstrániť všetko nádorové tkanivo, ale nepodarilo sa, nakoľko to bolo spojené s hlavnou tepnou spojenou s dolnou končatinou, a tým by museli pacientke amputovať nohu, ako som sa neskôr po operácii dozvedela od lekára –gynekológa. Táto tzv. debulkizácia (odstránenie maximálne možného množstva nádorových mäs) zmenšila masu nádoru, ktorá vyžadovala ďalšiu liečbu chemoterapiou a mala začať čo najskôr po operácii.

Cieľom chemoterapie bola deštrukcia karcinómu neodstráneného chirurgickou liečbou, spomalenie rastu nádoru alebo obmedzenie symptómov vyvolaných karcinómom. Intravenózna chemoterapia bola podávaná priamo do žily. Počas hospitalizácie (cca 3x v priebehu podávania chemoterapie) bola podávaná cez kanylu, do veľkej žily kvôli zjednodušeniu podávania. Niekedy bol problém nájsť vhodnú žilu nielen na odobratie krvi ale aj napichnutie kanyly.

Počas chemoterapií sa zvýšili zápalové hodnoty CRP až na hodnotu 330, vznikol absces a museli sme urgentne volať záchranku, nakoľko prúdom vytekal zápachajúci hnis. Boli nasadené infúzne antibiotiká. Po necelých dvoch týždňoch, bola pacientka prepustená do domáceho liečenia. Opätovne sa pokračovalo v chemoterapii. Vedľajšie účinky chemoterapie záviseli od podávaného lieku a jeho dávky. Medzi bežné vedľajšie účinky patrili nevoľnosť a zvracanie, niekedy nechutenstvo, hnačky, únava, zhoršenie krvného obrazu, mravčenie, trpnutie prstov v rukách alebo nohách, bolesti hlavy. Neskôr bola použitá aj rádioterapia, vtedy nastalo aj vypadávanie vlasov ale musela byť ukončená, nakoľko vznikol po ožarovaní ďalší absces. Vedľajšie účinky záviseli od liečebnej dávky a od ožarovanej oblasti tela. Medzi zvyčajné vedľajšie účinky ešte patrili aj ľahké kožné reakcie (napr. suchosť alebo sčervenanie v mieste rádioterapie).

Pred každou chemoterapiou bola odobratá krv, aby sa predišlo komplikáciám počas infúzií. V priebehu liečby chemoterapiou, pacientku len raz poslali domov pre znížené hodnoty hemoglobínu, kedy sa nemohla podávať chemoterapia. Po odporúčaní lekára bolo do stravy pridané ešte viac zeleniny, mrkvy, šalátov. Po týždni pacientka prišla opäť, krv bola v poriadku. Podotýkame, že po každej chemoterapii bola pacientke predpísaná injekcia Neulasta, ktorá sa musela pichať po 24 hodinách od podania chemoterapie, nakoľko pacientka mávala úbytok bielych krviniek. Túto injekciu som jej pichala ja, keďže som mala skúsenosti s pichaním Warfarinu 2 x denne. Po injekcii Neulasta sa stav bielych krviniek upravil, ale na druhej strane mala pacientka po podaní injekcie nežiadúce účinky spojené s dýchavičnosťou, akoby dusenie, aj opuchy, ale po pár hodinách tieto nežiadúce účinky odzneli.

Chemoterapia mala usmrcovať nádorové bunky. Štandardná liečba nebola až taká účinná, lekár onkológ odporučil, aby pacientka vyskúšala experimentálnu biologickú liečbuso súhlasom pacientky. Počas postupného pomalého dávkovania, začínala reakcia. Prejavovala sa v ústach, sucho až pacientka začínala mať pocit dusenia, trpnutia úst, preto bola táto liečba ihneď ukončená. V priebehu podávania chemoterapie, bola pacientka aj v dispenzári, ale zakaždým, keď sa zhoršili výsledky, zvýšenie onkomarkerov, CRP (zápalové procesy), opäť začala chemoterapia a lekári skúšali nové zložky liekov, pretože nádorové bunky po čase prestali byť citlivé na liečbu. Pri určovaní každej ďalšej chemoterapie po skončení predošlej, bol dôležitý interval, po koľkých mesiacoch došlo k recidíve. Pacientka

naďalej bola samostatná a sebestačná, i keď sa už objavovali menšie závrate a únava, a preto sme rozmýšľali, čo ďalej, ako riešiť starostlivosť o ňu.

Pre hladký priebeh domácej starostlivosti bolo potrebné z času na čas zhromaždiť najbližšie osoby pacientky, aby sme spoločne vytvorili rozvrh návštev a zoznam úloh, ktoré bolo treba vybrať. Takéto stretnutia mali veľký význam pre všetkých členov rodiny, pretože mohli spoločne zdieľať svoje obavy, skúsenosti a prinášať nové nápady, ako jej uľahčiť život. Psychická podpora bola takisto veľkou súčasťou týchto spoločných stretnutí.

Sledovanie aj inými lekármi počas liečby bolo nevyhnutné. Pacientka pravidelne navštevovala svojich lekárov na celkovú prehliadku ale aj gynekologické vyšetrenie. Lekár (onkológ) pravidelne odporučil ďalšie vyšetrenia, napr. röntgen hrudníka, CT vyšetrenie brucha a panvy, vyšetrenie moču, krvného obrazu a vyšetrenie CA-125 markeru, aby vedel ako ďalej pokračovať v liečbe chemoterapiou. Hodnoty CA-125 CA, onkomarkery v priebehu liečby boli raz nižšie, inokedy vzrástli a tak sa to opakovalo.

V priebehu liečby sa vytvárali v dutine brušnej hrče, čo boli zrasty. V roku 2015 prebehla operácia na chirurgii, kde jej vyoperovali podľa lekára veľké množstvo zrastov (vraj to vyzeralo ako „chobotnica“) a bola opäť vložená sieťka, ale na rozdiel od prvých operácii, kde rany boli zašité, teraz sa chirurg rozhodol pre tzv. vlhkú liečbu, kedy pacientka mala rez bruchom v dĺžke cca 30 cm, čoho som sa aj ja zľakla, keď som to prvýkrát uvidela, ale rýchlo som sa s tým vysporiadala a nastala ďalšia liečba. Počas dvoch týždňov v nemocničnom prostredí fungoval prístroj založený na princípe podtlakovej terapie. Podtlakový systém mal aktívne uzatvárať ranu a odvádzal z nej infekčný materiál. Po tejto operácii sa určitý čas nepodávala chemoterapia. Po prepustení z nemocnice, pacientka navštevovala ambulanciu chronických rán. Na tejto ambulancii, na základe ukážky lekára a sestričky ako ošetrovať takúto ranu, som ranu ošetrovala, preplachovala, prekryvala antiseptickým krytím a používali sme rôznych zdravotníckych materiálov. Krytie bolo neprilnavé na spodinu rany a prevazy boli jednoduché a nebolestivé. Na ošetrovanie a výplach sa používal roztok Aquitox a následne sa to prekryvalo hydrokoloidnými materiálmi, aj penovými obvazmi s frekvenciou prevázov 3x denne. Počas ošetrovania rany, chirurg vyskúšal používanie rôzneho materiálu ako napr. AskinaSorb, Suprasorb, Vliwasorb ale najviac sa osvedčil AquacelAg+Foam 17,5x17,5 cm. Keďže rana bola rozsiahla, nechceli sme, aby sa tam dostala nejaká infekcia, museli sme spájať po dva kusy tejto náplasti. Na odporúčanie chirurga sme okolie rany natierali Pityolom. Na kontrolách konštatovali viditeľné zlepšenie pooperačnej rany, zrastanie, rana sa výborne hojila.

Ale, vždy tu bolo to ale... Keďže som pracovala a svoju blízkú osobu som nechcela doma nechávať samú, nakoľko zdravotný stav sa pomaličky zhoršoval, museli sme danú situáciu riešiť. Závažné ochorenie postupne viedlo k strate menšej sebestačnosti pacientky, k dlhšiemu pripútaniu na lôžko, i keď bola chodiaca, nevládala, bola zoslabnutá, a tak nastalo obdobie potreby využitia ošetrovateľských alebo sociálnych služieb. Práve preto sme sa zoznamovali s možnosťami pomoci, ktoré boli dostupné viac, ako je všeobecne známe. Niektoré služby a pomôcky boli spravidla bezplatné v rámci všeobecného zdravotného poistenia alebo štátom poskytovaných sociálnych služieb, niektoré vyžadovali čiastočný doplatok alebo plnú úhradu. Pripravili sme sa však na to, že orientácia v zložitom systéme novej pomoci bude náročná. S odstupom času konštatujem, že súvisiaci proces administrácie bol časovo náročný, najmä čo sa týkalo získania opatrovateľky cez úrad

sociálnych vecí. V tom období nebola voľná ani jedna opatrovatel'ka, riešili sme to tak, že sme oslovili jednu pani z iného mesta, ktorá k pacientke cestovalakaždé ráno a platili sme ju podľa vzájomnej dohody, ale ošetrovanie rany som nechcela dať do jej rúk. Po rozhovore s lekármi, sme dospeli k názoru, že najlepšie riešenie bude sestrička z ADOSu (agentúra domácej ošetrovateľskej služby). Všetko išlo veľmi rýchlo. V rámci domácej starostlivosti bola poskytovaná hlavne odborná zdravotná starostlivosť indikovaná ošetrujúcim lekárom pacientky, ďalej sociálna starostlivosť a pomoc, ktorá vychádzala z aktuálnej sociálnej diagnostiky pacientky a prostredia, a laická pomoc v oblasti sebaopateryalebo za účasti našejopatrovatel'ky a blízkych osôb pacientky, ktorá bola modifikovaná aktuálnou situáciou v rodine.

Po prvotnom zoznámení sestrička – pacientka, začali úvodné „papierovačky“, čo nebolo až také zložité. Išlo o zdravotnú dokumentáciu, indikácie a podpisy so súhlasom poskytovania tejto služby. Dohodli sme sa na stretnutiach v domácnosti a s ošetrovaním rany 3 krát v týždni. Po kontrolách na chirurgii sme vždy agentúre dávali zápisy z kontroly, kde bola navrhovaná ďalšia liečba. Medzitým som ranu ošetrovala aj ja denne, či už skoro ráno pred odchodom do práce, alebo po príchode domov, soboty, nedele, nakoľko táto rana si vyžadovala ošetrovanie niekedy aj viackrát denne a to z dôvodu, že niekedy to presakovalo viac inokedy menej. Oceňujem profesionálny a ľudský prístup sestričky z ADOS. Jedného dňa povedala, že u nich sa praktizuje systém, že raz za polrok sa vymieňajú a idú k novým klientom, pacientom. A tu by som podotkla jednu nevýhodu takejto výmeny sestričiek, že zmena dosť vplýva na pacienta, pretože sa vytvorí puto so sestričkou, sú zvyknutí na seba, prevládal pocit dôvery a zrazu výmena. Po psychickej stránke to nebolo dobré, ale museli sme prijať a akceptovať túto zmenu. Prišla druhá sestrička z ADOSu. Opäť sa vytváral vzťah pacientka – sestrička. Keďže opisujeme vlastný príbeh, nebolo to ľahké, ale zvládali sme to. Aj s touto sestričkou si našli cestu k sebe, ale v porovnaní s prvou sestričkou to nebolo na takej úrovni dôvery. Tejto som ja musela ukázať, ako má rany ošetrovať, následne prelepovať, čo prvá sestrička zvládala. Neskôr, keď musela mamička ísť do nemocnice, ocitla sa na izbe s inou pani, ktorá bola blízkou osobou vedúcej ADOSu, odkiaľ k nám chodili sestričky. Po rozhovoroch s vedúcou a kladných hodnoteniach najmä na prvú sestričku, ktorá k nám chodievala, druhá nebola tak zdatná v ošetrovaní rán ale aj prístup k pacientovi mala iný vyplynulo, že prvá bola predtým sestričkou na chirurgii a druhá nie. Vedúca ADOSu povedala, že o profesiu sestričiek v ADOSe je záujem, prijímajú do zamestnania aj sestričky, ktoré nepôsobili na chirurgii.

Čas pomaly plynul a čakalo sa, kým sa rana postupne uzatvorí na želanú časť, kedy by mohla pokračovať chemoterapia, nakoľko hodnota onkomarkerov stúpala. Po odporúčaní chirurga na ambulancii chronických rán a konzultácii s onkológom, začala opäť chemoterapia, kedy sme s obavou očakávali, či nenastanú neželateľné reakcie, pretože rana stále nebola uzavretá. Lekári na onkológii aj samotný chirurg boli milo prekvapení výsledkom uzatvorenia rany, i keď to trvalo takmer 2 roky. Počas zrastania sa na bruchu vytvorila fistula a vytekala z nej tekutina, ktorá už nezapáchala, ale niekedy vytekal obsah podobný stolici anebolo to príjemné pre pacientku, keďže sa to muselo stále ošetrovať, aby nenastali nejaké komplikácie, zápaly. Po jednej z kontrol na ambulancii chronických rán boli odporúčené stomické výpustné vrecúška, ktoré sa neosvedčili z dôvodu zatečenia a následného

začervenania brucha, a aby nedošlo k zápalu, vrátilo sa k liečbe náplast'ami s obsahom striebra.

Od júla 2017 počas chemoterapií začínali opäť komplikácie. Pacientka začala veľmi žltnúť, preto začiatkom septembra 2017 navštívila pohotovosť, kde po vyšetreniach namerali hodnotubilirubínuokolo 230 a následne bola odoslaná na operáciu do inej nemocnice, keďže sa to v danej nemocnici, v ktorej bola hospitalizovaná, nerobilo (podotýkame, že pacientka bola dovtedy chodiaca). Tam jej zaviedli tzv. stent, ktorý slúžil na odtok moču z ľadviny do močového mechúra. No asi po mesiaci ožltla ešte viac a bilirubín sa vyšplhal na hodnotu cez 370. Opäť bola odoslaná na operáciu do tej istejnemocnice, kde jej to znovu spriechodnili. Bolo to v októbri a na doliečenie prišla do pôvodnej nemocnice, kde po RTG snímkach, odberoch krvi zistili, že už má rozsiahle metastázy. Napriek podávaniu infúzií s antibiotikami, sa jej stav zhoršoval. Pacientka zostala ležiaca ale pri plnom vedomí a komunikácii. V polovici novembra 2017 sa jej stav rapídne zhoršil, a prognóza bola jeden až dva dni života.Zalievala ju voda, no mala silné srdiečko a chcela veľmi žiť, čo často opakovala. Po dohodes lekáromzostala v nemocnici, kde bola preložená na samostatnú izbu, dali jej polohovacu posteľ s antidekubitným matracom a pri jej lôžku som s ňou strávila24 hodín denne, posledných 15 dní života. V tom čase sa jej zhoršilo dýchanie, bol nasadený kyslíkový prístroj, ale stále bola pri plnom vedomí, poznávala všetkých, ktorí sa s ňou prišli rozprávať, povzbudiť ju, i keď posledné dni sa jej už ťažko rozprávalo.Pre veľké bolesti jej bolo nasadené morfium a prichádzali posledné dni života, ktoré som aj ja veľmi ťažko prežívala, keď som videla ako pomaly odchádza.Po dohode s lekárom ju navštívil aj nemocničný kňaz, ktorého vnímala a komunikovala s ním. Pacientka zomrela 29. novembra 2017.

V tomto príspevku sme opísali zistenie choroby rakoviny vaječníkov, následné ošetrovacie a liečebné metódy, opodstatnenosť služieb ADOS, ktoré poskytujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť jednotlivcom v prirodzenom prostredí vlastného domova a vlastnú skúsenosť s touto agentúrou. Po 4 rokoch náročnej liečby mamička zomrela. Bola to silná žena, bojovala do posledných dní svojho života. V poslednom obdobíveľakrátthovorila: „Ja chcem ešte žiť“. A ja som ju upokojovala: „Neboj, bude dobre“, i keď som vedela, že sa blížil koniec, že je to nezvratné. Cítila to aj ona. Plakala som, keď ma nevidela. Pri nej som sa držala a bola som jej oporou. Ona to vedela a časti mi hovorila, že som jej „slniečko“, „keby mňa nebolo, už dávno by tu nebola“ a podobne. Kto to nezažil, nepochopí. Robila som maximum, aby mala čo najkvalitnejší život a komfort počas jej choroby a zásluhu na tom mali lekári na gynekológii, chirurgii, onkológii, rádiológii i sestričky z ADOSu. Možno sa v tomto príspevku spoznajú a patrí im moje veľké ĎAKUJEM.

V závere nášho príspevku konštatujeme, že domáca ošetrovateľská starostlivosť pre pacienta znamená veľmi veľa.Je to úplný komfort. Hlavnou výhodou ADOS je psychická pohoda pacienta, súkromie a pohodlie domáceho prostredia, individuálny prístup k pacientovi ako aj neobmedzený kontakt s rodinou.Sústreďujú sa hlavne na doliečenie po ústavnej zdravotnej starostlivosti, a nielen preto vidíme opodstatnenosť fungovania takýchto agentúr.

To, že vám odchádza jeden z najbližších ľudí kvôli chorobe, ťažko sa s tým vysporiadate...ale keď odíde, v duchu si poviete, že bol oslobodený od bolesti. To bol aj môj prípad, môjho najbližšieho človeka v mojom živote.

Zoznam použitej literatúry

BAJO, I. et. al. 1991. *Kazuistický seminár*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1991. ISBN 80-223-0358-5

Internetové zdroje:

<http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576>

<https://zdravoteka.webnoviny.sk/choroby/rakovina-vajecnikov/>

<http://www.npop.sk/typy-karcinomu/karcinom-ovarii-vajecnikov/>

Kontakt na autora:

PhDr. Soňa Lukáčová

Doktorandka Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety , Bratislava

Dlhá 2374/6C, 900 31 Stupava

e-mail:sonalukacova7@gmail.com

školiťel:

doc. PaedDr. Ing. Miroslav PALUN, PhD. MHA, I-P.IGIP. mim. prof.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

detašované pracovisko Ústav sv. Cyrila a Metoda Partizánske

STRATÉGIE V OBLASTI VÝŽIVY VO VZŤAHU K PREVENCIÍ OBEZITY

Nutrition strategies in relation to the prevention of obesity

Manková M., Lišuchová O.

Úvod

Žijeme v pretechnizovanom a uponáhľanom svete. Nemáme čas pokojne vychutnať si jedlo či dopriať si trochu pohybu. To všetko môže viesť k takzvaným chorobám z blahobytu. Najmä obezita, cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, osteoporóza... Nadváha a obezita predstavujú hlavný zdravotný problém súčasnej populácie. Počet obéznych osôb sa neustále zvyšuje. Týka sa to epidemického šírenia detskej obezity, v dôsledku čoho sa u detí a mládeže vyskytujú vážne fyzické a psychické ochorenia a zvyšuje sa riziko ochorenia a úmrtí v mladšom veku. Obezita sa definuje ako nadmerné uloženie tuku v organizme a je najčastejším a najrozšírenejším chronickým metabolickým ochorením na svete, postihujúcim všetky vekové kategórie, bez rozdielu pohlavia, v hrozivom a stále väčšom rozsahu.

Obezita

„Obezita je definovaná nadmerným uložením tuku v organizme“ (Svačina, 2013 s.105). Obezita je závažný problém dnešnej doby, ktorá zapríčiňuje významné zvýšenie chorobnosti, invalidity a úmrtnosti, zhoršuje kvalitu života. Nadmerná výživa predstavuje najväčší zdravotný problém priemyselne vyspelých krajín (Manková, 2005). Približne dve miliardy ľudí na svete má nadváhu, 650 miliónov z nich je obéznych. „V roku 2016 bolo na svete 41 miliónov obéznych detí, ktoré mali menej ako 5 rokov,“ konštatoval doktor Tatul Hakobyan, zástupca Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. Tá vyhlásila obezitu za epidémiu 21. storočia. Priame zdravotné náklady spôsobené obezitou v Európe sa odhadujú na 2 až 8 % celkových zdravotných nákladov, čo je porovnateľné s takými, chorobami, ako je rakovina. Stratégie starostlivosti o zdravie obyvateľstva fungujú najlepšie vtedy, ak spĺňajú tieto podmienky:

- zmena dobre definovaného prostredia sa silne dotkne populácie;
- prostredie je kontrolované vládou, a nie obchodom;
- intervencia je ekonomicky a politicky prijateľná (Manková, 2005)

V súčasnosti podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je obezita globálnou epidémiou (pandémiou) a najčastejšie sa vyskytujúcim metabolickým ochorením celosvetovo postihujúcim nielen dospelé osoby, ale aj deti a adolescentov. Najvýhodnejšie pre metabolické programovanie dieťaťa je normálna hmotnosť matky v prekoncepčnom období a kontrola optimálneho váhového prírastku počas tehotenstva (Trnková, 2011). Nárast nadhmotnosti/obezity – ako chronického relapsujúceho ochorenia spájajúceho sa s mnohopočetnými komplikáciami (metabolické, štrukturálne, zápalové, neoplastické, degeneratívne) – významne prispieva k nepriaznivým číslam charakterizujúcim slovenskú populáciu (nízka priemerná dĺžka života, zaostávanie v dosahovaní „zdravej dĺžky života“). Spôsoby manažmentu obéznych osôb sa líšia v rámci jednotlivých krajín Európskej únie. Mnohé z nich majú vypracované odporúčania na manažment obezity v dospelých (niektoré aj v detskej a adolescentnej) populácii (u nás tieto odporúčania zatiaľ chýbajú (Fábryová, 2017).

Podpora zdravého štartu do života, zdravšieho prostredia v školách, obmedzenie marketingu a reklamy deťom a mládeži, informovanosť rodín a podpora fyzickej aktivity sa stali prioritami slovenského Národného akčného plánu v prevencii obezity na roky 2015-2025.

Kľúčové ukazovatele vzniku nadváhy a obezity

Pre dosiahnutie stanovených cieľov boli stanovené dve základné oblasti, v ktorých by mal byť vykonávaná aktivita - výživa a fyzická aktivita. Dôsledky nadhmotnosti a obezity v Európe sú neúprosné, prevencia obezity sa od roku 1980 viac ako stonásobila v mnohých európskych krajinách a tento nárast je sprevádzaný nárastom chronických neprenosných ochorení. Posledné odhady ukazujú, že k približne 2,8 miliónom úmrtiam ročne v EÚ dochádza v dôsledku príčin súvisiacich s nadhmotnosťou a obezitou.

Vysoká úroveň nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí je oblasťou osobitného záujmu. Podľa odhadov WHO's Childhood Obesity Surveillance Initiative (ďalej len „COSI“), cca 1 z 3 detí v EÚ vo veku od 6 do 9 rokov trpeli nadhmotnosťou alebo obezitou v roku 2010. Nárast výskytu nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí je alarmujúci vzhľadom na kauzálny vzťah medzi obezitou a poškodením zdravia v zmysle psychosomatických a psychosociálnych následkov v neskoršom živote. Ide najmä o kardiovaskulárne ochorenia, cukrovku typu 2, nádory, poruchy podporno-pohybovej sústavy, rovnako ako sociálne stigmatizácie a problémy v oblasti duševného zdravia. Nesprávne stravovacie návyky, stres a fyzická inaktivita predstavujú významné faktory obezity u dospelých, rovnako ako aj u detí a mladých ľudí. Uvedené faktory vedú k nadhmotnosti a obezite a v dôsledku toho sa môžu uplatniť nezávislé rizikové faktory chronických neprenosných ochorení. Ide o vysokú hladinu cholesterolu, vysoký krvný tlak a abnormálnu glukózovú toleranciu. U detí a mladých ľudí vyvážená strava a fyzicky aktívny životný štýl môže znížiť riziko nadhmotnosti a obezity v dospelosti, ako aj prispieť k zdravému rastu a vývinu. Pasívnu nadmernú spotrebu možno definovať ako konzumáciu potravín bez reálneho uvedomenia si skutočne skonzumovaného množstva potravín, kým napríklad sleduje detskú televíziu alebo hrá obrázkové hry. Podľa vedeckých štúdií majú na správanie detí najväčší vplyv rodičia a najbližšie okolie. Množstvo stráveného času sledovaním televízie alebo hraním „obrázkových“ hier vo veľkej miere závisí od výchovy rodičov.

Je nesporné, že vhodná výživa počas tehotenstva a dojčenia je podstatná pre budúce zdravie matky a dieťaťa. Okrem toho, tehotné a dojčiace matky (a rodiny) sú pravdepodobne ochotnejšie zmeniť svoje správanie. Účinné intervencie počas tehotenstva a dojčenia preto majú silný potenciál pozitívne ovplyvniť zdravie matky a dieťaťa počas celého ich života. Príslušné opatrenia pre zdravie detí a mladých ľudí sú potrebné pre podporu zdravia a správnych volieb v dospelosti, dosiahnutie trvalo udržateľných a efektívnych zdravotníckych systémov v budúcnosti. Je dôležité určiť rizikové faktory chronických neprenosných ochorení s cieľom znížiť predčasné úmrtia a invaliditu v každej vekovej skupine a riešiť nerovnosti v zdraví. Zapojenie sa celej spoločnosti a prístupy zdravia vo všetkých politikách sú rozhodujúce a sú výrazne vo WHO Viedenskej deklarácii výživy a neprenosných ochorení v kontexte Strategického dokumentu EÚ Zdravie 2020 (Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025)

Zámer

Zámerom Národného akčného plánu v prevencii obezity na roky 2015 – 2025 je posilniť aktivity vyplývajúce zo „Správ o plnení národného programu prevencie obezity v Slovenskej republike za roky 2010 – 2014“ a vytvoriť spoločensky prospešný systém, ktorý povedie zníženiu incidence a prevalencie nadhmotnosti a obezity v populácii a eliminuje epidemický výskyt nadhmotnosti a obezity. Sekundárnym efektom programu je vo vzájomnej interakcii s preventívnymi programami, špecificky orientovanými na vybrané chronické neprenosné ochorenia, zníženie počtu nových prípadov ochorení súvisiacich s nadhmotnosťou a obezitou, ako aj zníženie výskytu a vplyvu ostatných modifikovateľných rizikových faktorov týchto ochorení v súlade s Odporúčaniami zdraviu prospešných pohybových aktivít vo všetkých sektoroch a WHO Akčnom pláne pre implementáciu európskej stratégie pre prevenciu a kontrolu neprenosných ochorení 2012–2016.

Hlavné ciele

V súlade so Strategickým rámcom starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030:

Cieľ č. 1

- znížiť mieru obezity populácie zo súčasného 16,9 % obéznych z celej populácie Slovenskej republiky na 15,8 % podľa OECD. Cieľ vychádza z EÚ akčného plánu detskej obezity 2014– 2020, ktorým je prispieť k zastaveniu nárastu nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí (od 0 do 18 rokov) a dospelých prostredníctvom opatrení v oblastiach výživy a pohybovej aktivity do roku 2025.

Cieľ č. 2

- zníženie nedostatku fyzickej aktivity v kontexte Globálneho akčného plánu pre prevenciu a kontrolu chronických ochorení 2013 – 2020.

Prioritné oblasti a opatrenia Národného akčného plánu v prevencii obezity na roky 2015 – 2025

Prioritné oblasti Národného akčného plánu v prevencii obezity na roky 2015 – 2025 satýkajú dvoch hlavných rizikových faktorov chronických neprenosných ochorení: ktorými sú výživa a fyzická aktivita. Výživa a telesná aktivita ovplyvňujú zdravie spoločne aj nezávisle. Hoci účinky stravovania a telesnej aktivity na zdravie sa často ovplyvňujú, najmä vo vzťahu k obezite existuje dodatočný zdravotný úžitok, získaný z telesného pohybu, ktorý je nezávislý od stravovania a výživy; a zároveň existujú významné stravovacie riziká, ktoré sa nevzťahujú na obezitu. Fyzická aktivita hrá dôležitú úlohu pri udržiavaní zdravého životného štýlu. Existuje množstvo dôkazov o pozitívnom vzťahu medzi fyzickou aktivitou a duševným zdravím, duševným vývojom a kognitívnymi procesmi. Zdravie je kľúčovým určujúcim faktorom rozvoja a ekonomického rastu spoločnosti. Ústrednou úlohou je spolupráca s ostatnými zainteresovanými subjektmi a partnermi s cieľom vytvoriť prostredie, ktoré umožňuje a podporuje také zmeny v správaní sa jednotlivcov, rodina komunit, ktoré sú zdraviu prospešné a ktoré budú viesť k zníženiu chorobnosti a úmrtnosti.

- **Podpora zdravého štartu do života**

Priorita: Zabezpečiť účinný prístup v rannom štádiu čo najskôr

Hmotnosť matky do tehotenstva a jej priberanie na hmotnosti počas tehotenstva sú dva najdôležitejších prenatálnych faktorov obezity detí. Dojčenie je považované za najlepšiu voľbu pre matky, novorodencov a dojčatá, poskytuje nutričné a zdravotné výhody, akonapříklad vyššiu odolnosť voči infekciám. Výskum taktiež potvrdzuje, že deti, ktoré súdojčené, majú znížené riziko obezity v neskoršom veku. V záujme zabezpečenia optimálnej podpory zdravia počas prvých rokov života dieťaťa a jenevyhnutné venovať zvýšenú pozornosť **vzdelávaniu a odbornej príprave zainteresovaných, zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o deti všeobecne**; taktiež je potrebné zdôrazniť význam primárnej prevencie, ktorá by mala eliminovať rizikové faktory, vedúce k vzniku nadhmotnosti.

- **Podpora zdravšieho prostredia na školách**

Priorita: Ustanoviť zdravie ako prioritu na školách

Deti a mladí ľudia trávajú väčšinu svojho dňa v škole a v rámci stravovania zvyčajne konzumujú aspoň jedno jedlo denne prinesené z domu alebo poskytované v rámci zariadenia školského stravovania. Zdravé prostredie v školách je dôležitým prvkom pri riešení otázky nadhmotnosti obezity u detí a mladých ľudí. Z týchto dôvodov by sa pozornosť mala zamerať na to, aby jedlá, poskytované v rámci školského stravovania, spĺňali kritériá kladené na vyváženú výživu (Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025).

Za jeden z rozhodujúcich faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu zdravia, dnes pokladáme zdravú stravu. V zásade môžeme konštatovať:

Zdravie = správny spôsob stravovania + pohyb + duševná vyrovnanosť.

„Dôvodov na inováciu výchovy k zdravej výžive je veľké množstvo, napr.: zmeny v zložení potravy, zvýšenie používania geneticky modifikovaných živín, anaboliká, antibiotiká, zmeny v živočíšnej produkcii, menej prirodzenej výživy a viacej umelých zložiek v potrave (farbivá, stabilizátory, ochucovadlá), zvýšené užívanie liekov a pod.“ (Held a kol., 2006, s.471).

Vyvíjajúci sa organizmus je na kvalitu výživy mimoriadne citlivý a pri dlhodobom nedostatku dôležitých komponentov alebo pri nadbytočnej spotrebe rizikových komponentov je aj mimoriadne zraniteľný. Strava dieťaťa predškolského a mladšieho školského veku musí zodpovedať biologickým potrebám vyvíjajúceho sa detského organizmu po stránke kvantitatívnej i kvalitatívnej. Škola (materská i základná) môže nielen prostredníctvom školského stravovania, ale aj obsahom edukačného procesu zámerne vplývať na formovanie stravovacích a výživových návykov, postojov a vedomostí detí od najútlejšieho veku. Dôležitú úlohu tu zohráva premyslená a systematická výchova k zdravej výžive a stravovaniu. Osobitný dôraz sa kladie na osobnosť a prácu pedagóga, jeho schopnosť plniť pedagogické zámery prostredníctvom rôznych metód, prostriedkov a alternatívnych foriem práce za aktívnej účasti žiaka. Podstatný vplyv v tejto oblasti má i vzájomná kooperácia rodiny, školy a širokej verejnosti. Škola ako výchovno-vzdelávacia inštitúcia by mala vplývať i na rodičov detí prostredníctvom organizovania rôznych aktivít a poradenskej činnosti, a tak zabezpečovať jednotný vplyv na dieťa v oblasti zdravej výživy a zdravého životného štýlu (Požár, Mináriková, Velická a kol., 2006). S uvedeným súvisí potreba zapojenia čo najväčšieho počtu škôl do projektov podporujúcich zdravie

- ***Tvorba zdravej voľby***

Priorita: Zabezpečiť širokú dostupnosť zdravej voľby potravín pre deti

Vhodná denná skladba potravín určená na konzumáciu je v súlade s odporúčanými výživovými dávkami v spolupráci zainteresovanými rezortmi. Manažment školy má nezastupiteľné miesto v ovplyvňovaní zdravej výživy žiakov a študentov (zloženie stravy v školskej jedálni v súlade s odporúčanými výživovými dávkami, predaj potravín a nápojov v školskom bufete, umiestnenie automatov na nezdravé nápoje). Vhodné by bolo zabezpečenie pitného režimu čistou vodou. Čo teda môže učiteľ urobiť, aby túto situáciu zmenil? Rozhodne nestačí poskytovať poznatky o škodlivosti niektorých potravín alebo nápojov. Poznatky o tom, ktoré potraviny a nápoje sú zdravé, a ktoré škodlivé, sú síce nevyhnutnou podmienkou príslušného pozitívneho správania sa v tejto oblasti, ale nie sú ani jedinou a už vôbec nie postačujúcou podmienkou správania sa spätého so zdravým stravovaním. Je potrebné zmeniť postoje žiakov a študentov k stravovaniu (vhodné by bolo zaradiť vyučovací predmet „zdravá výživa“). Zdravie ako jedna z hlavných priorít života, nemôže byť iba náhodným doplnkom výchovy, ale musí sa ním prelínať (Held. a kol., 2006 s. 474). Ďalšou možnosťou je spolupráca s rodičmi. I tu má škola svoje možnosti. Môže pre rodičov zabezpečiť prednášky odborníkov a diskusie k téme „zdravá výživa“. Hoci sme už uviedli, že nestačia iba informácie, poznatky, je to však nevyhnutná podmienka toho, aby sa zmenili postoje k stravovaniu.

- ***Obmedzenie marketingu a reklamy deťom a mládeže***

Priorita: Obmedziť vystavenie detí reklame na jedlo/nápoje s vysokým obsahom tukov, cukrov a soli

S cieľom riešiť nadhmotnosť a obezitu u detí a mladých ľudí, je potrebné riešiť otázku marketingu potravín s vysokým obsahom tukov, cukrov a soli, cielene u týchto vekových skupín. Zatiaľ čo dospelí môžu rozpoznať kedy sú terčom reklamy, deti a mladí ľudia

nemusia nevyhnutne rozlíšiť reklamy a karikatúry. Deti sú zvlášť vnímavé a predstavujú ľahko ovplyvniteľnú cieľovú skupinu, pokiaľ ide o negatívnu reklamu podporujúcu rozvoj nezdravých stravovacích preferencií.

Veľmi ťažko je možné ovplyvniť negatívny vplyv masovokomunikačných prostriedkov a reklamy na utváranie postojov žiakov k zdravej výžive. Niektorí odborníci uvádzajú že vplyv televízie na stravovacie návyky detí môže byť sprostredkovaný tromi typmi explicitných (zjavných) a implicitných (skrytých) správ:

- v prvom prípade je to televízna reklama, ktorá priamo ovplyvňuje rodinné nákupy potravín a konzumné správanie sa detí.
- druhým typom je časté užívanie jedla v televíznych programoch, ktoré môže sprostredkovať skrytú správu o tom, že jedlo sa dá využívať na mnoho ďalších aktivít okrem uspokojovania hladu,
- tretí typ sa týka zriedkavého výskytu obéznych detí a dospelých v televíznych reklamách alebo programoch, čo skresľuje závažnosť toho problému v populácii a budí dojem, že konzumácia reklamovaného jedla nemá žiadny vplyv na zdravie alebo stav výživy. Vychádzame z predpokladu, že média či už priamo alebo nepriamo ovplyvňujú predstavy, presvedčenie, postoje, hodnoty a správanie príjemcov, Takýto

predpoklad je podľa Burtona (2001) „výrazom viery v moc médií“ (Held a kol., 2006, s.220).

- **Informovanie rodiny**

Priorita: Informovať a vzdelávať rodičov detí o vyváženom spôsobe stravovania a tzv. správnej voľbe potravín

V snahe vytvoriť celoživotný vyvážený spôsob stravovania a zdravé životné návyky je potrebné začať uplatňovať intervencie od najútlejšieho veku s cieľom zvrátiť negatívne trendy výskytu nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí. Analýza údajov generovaných vo výskumnom projekte ENERGY ukázala, že faktory vedúce k nesprávnemu správaniu môžu byť výsledkom celého radu dôležitých faktorov na úrovni jednotlivca, domáceho a školského prostredia. Vplyv rodičov (formou vzoru, podporovateľa, stanovením pravidiel a hraníc s pomocou podnetných návykov rodičov) sa zdá byť rozhodujúcim (Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025).

Výchova k zdravej výžive by sa mala preliatať celým výchovným úsilím. Zdravie môžeme podporovať v každej činnosti len to treba robiť cielene a systematicky. Je nevyhnutné utvárať adekvátne postoje žiakov (i rodičov) k zdravej výžive. Nestačí deťom ukázať ovocie, zeleninu, ale je nutné viesť ich ku konzumácii. Nestačí pripraviť výlet či športový deň, ale učiť pravidelnému pohybu ako potrebe. V súčasnosti je potrebné naučiť deti vyberať si medzi množstvom ponúk tú vhodnú. Vedieť použiť argumentáciu na presadenie správneho názoru. Od rodičov sa očakáva, že budú :

- podporovať správne stravovacie návyky,
- vyberať vhodné potraviny a pokrmy,
- byť príkladom pre svoje deti,
- podporovať pravidelný pohyb detí.

- **Podpora fyzickej aktivity**

Priorita: zvýšiť pravidelnú účasť detí pri športe alebo iných fyzických aktivitách

Fyzická aktivita hrá dôležitú úlohu pri udržiavaní zdravého životného štýlu. Existuje množstvo dôkazov o pozitívnom vzťahu medzi fyzickou aktivitou a duševným zdravím, duševným vývojom a kognitívnymi procesmi (Požár, Mináriková, Velická a kol., 2006). Nielenže sú dostatočné a kvalitné **hodiny telesnej výchovy** s riadnym povzbudením a posúdením pokroku žiakov nutnosťou, ale, **prostredie podporujúce fyzickú aktivitu** sa musí vytvoriť poskytnutím prístupu dopriestorov pre aktívnu hru ako je školský dvor a športové haly. Aktívne prestávky by sa mali podporovať ako súčasť rozvrhu školy. Je potrebné zvýšiť počet hodín telesnej výchovy rovnako zvýšiť ich kvalitu, nakoľko Slovensko patrí k členským štátom EÚ s najnižším počtom hodín telesnej výchovy. Je potrebné okrem zamerania sa na budovanie pohybových návykov v rannom veku aj na vybudovanie športových areálov a kvalitu telesnej výchovy (Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025).

- **Monitorovanie a hodnotenie**

Priorita: Monitorovať a hodnotiť výživový stav detí/ dospelých a ich správanie

Rozvíjanie a riadenie cielených opatrení je možné na základe monitorovania zdravotného stavu a správania sa detí a mladých ľudí vo vzťahu k výžive a fyzickej aktivite. Nástroj monitoringu a hodnotenia budú rozvíjané, rovnako ako zdravotné ukazovatele, aby sa preskúmala implementácia EU Akčného plánu detskej obezity na konci roka 2020.

Jednotlivé zdravotné ukazovatele budú zahrnuté v prípravnej fáze štúdie COSI, do ktorej sa Slovenská republika zapojí od septembra 2015. Pre dospelú populáciu je potrebné vypracovať databázu osvedčených postupov na miestnej, národnej úrovni, použiť WHONOPA nástroje "bodovania" prostredníctvom Národného prieskumu a údajov surveillance podľa výsledkov prieskumu EHIS a zvolenej metodiky (Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025).

Opatrenia

Opatrenia sú identifikované na základe eliminácie vzniku obezity a prispievajú k zlepšeniu prevencie obezity obyvateľstva na Slovensku. Plnenie cieľov je realizované prostredníctvom programov, projektov, aktivít vo významných dňoch, kampaní, ktoré si realizujú a koordinujú jednotlivé regionálne úrady verejného zdravotníctva v Slovenskej republike a ďalšie subjekty. Jednotlivé aktivity a intervencie sú prispôbené prioritným oblastiam a k nástrojom plneniu Národného akčného plánu v prevencii obezity na roky 2015 – 2025.

V zmysle jednotlivých aktivít sa v rámci plnenia Národného akčného plánu v prevencii obezity na roky 2015 – 2025 vytvorí Platforma pre spoluprácu s potravinárskym sektorom s cieľom podpory verejného zdravia (Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025).

Vzhľadom na doterajší globálny neúspech v boji s obezitou Európska asociácia pre štúdium obezity (EASO), ako aj medzinárodná organizácia World Obesity Federation (WOF) vyzývajú preventívne, multidisciplinárne a najmä praktickému celospoločenskému prístupku riešeniu obezity v každej uvedenej krajine.

Podľa OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) je cieľom implementácie národných programov prevencie obezity celopopulačne znížiť prevalenciu obezity zo súčasných 16,9 % na 15,8 %. Cieľ je určený v kontexte Akčného plánu EU pre obezitu detí na roky 2014 – 2020 s cieľom zastaviť rast nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí (od 0 do 18 rokov) a dospelých prostredníctvom činnosti v oblasti výživy a pohybových opatrení do roku 2025. V roku 2017 vláda Slovenskej republiky schválila Akčný plán pre potraviny a výživu na roky 2017 – 2025 (Fábryová, 2017).

Záver

Slovenská republika svojou účasťou a aktívnym vystupovaním deklarovala záväzok posilniť aktivity zamerané na boj proti obezite v súlade s Európskou chartou boja proti obezite a posunúť túto problematiku medzi prioritné body. Podporovať zdravie sa dá v každej činnosti, len to treba robiť cielene a systematicky. Ukázalo sa, že je nevyhnutné utvárať adekvátne postoje žiakov (i rodičov) k zdravému životnému štýlu. Nestačí deťom ukázať ovocie, zeleninu, ale je nutné ich viesť k ich konzumácii. Nestačí pripraviť výlet či športový deň, ale učiť ich pravidelnému pohybu ako potrebe. Nejde teda o to pomenovať, čo je zdravé, ale akými prostriedkami to zabudovať do života. V súčasnosti je potrebné naučiť deti vyberať si medzi množstvom ponúk tú vhodnú. Neskôr vedieť i použiť argumentáciu na presadenie správneho názoru. Preto považujeme implementovanie projektov a aktivít Národného akčného plánu v prevencii obezity za nevyhnutnú súčasť výchovno-vzdelávacieho procesu na

školách – od materských až do vysokej školy. Ak uznávame zdravie ako jednu z hlavných priorít života, nemôže byť iba náhodným doplnkom výchovy, ale sa musí ňou prelínať.

Zoznam použitej literatúry

- FÁBRYOVÁ, E. Súčasná situácia v manažmente obéznych pacientov na Slovensku. In Viapractica[on line]. 2017, roč. 14, č. 06, s. 279-285. ISSN 1339-424X 9053.[cit. 2019-10-01]. Dostupné na internete:
<http://www.viapractica.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=803&article_id=11732>
- HELD, E. a kol., 2006. Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách. Bratislava: TYPI/VEDA, 769 s. ISBN 80-8082-077-5 / ISBN 80-224-0920-0.
- HLAVATÁ, A, RAJTEKOVÁ, K. Hodnotenie nadmernej hmotnosti a obezity u detí. In: Kovács L, Babinská K, Ševčíková E. a kol. *Nové trendy vo výžive detí*. Bratislava: Univerzita Komenského; 2008. s. 67-73.
- MANKOVÁ M. 2005. *Výživovacie stratégie vo vzťahu k obezite*. Rigorózna práca. 2005, Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. 124 strán.
- POŽÁR, L., MINARÍKOVÁ, S., VELICKÁ, M., KAPUCIAN J. Plánovanie a koordinácia projektov podporujúcich zdravie v školách. In: *Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách*. Bratislava: Veda, 2006. - ISBN 80- 224-0920-0. - S. 445-478.
- TRNKOVÁ, E. 2011. *Pandémia menom obezita*. Rigorózna práca. 2011, Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. 87 strán.
- Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. *Národný akčný plán prevencie obezity na roky 2015-2025*[on line]. 2016 .[cit. 2019-010-01]. Dostupné na internete:
<http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NAPPO_2015-2025.pdf>.

Kontakt na autora:

PhDr. Mária Manková, PhD.

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

Detišovské pracovisko bl.SárySalkaháziovej, Rožňava

Stredná zdravotnícka škola – EgészségügyiKözépiskola, Námestie 1. mája 1, Rožňava

MOŽNOSTI VYUŽITÍ AKTIVIT STOBV PRAXI LÉKAŘŮ A NUTRIČNÍCH TERAPEUTŮ

Possibilities of using stob activities in practice of physicians and nutrition therapists

Málková I.

Úvod

Česká republika patří mezi země s největším výskytem obezity. Odborná terapie obezity je na vyhovující úrovni, avšak pouze malé procento obézních redukuje nadváhu pod lékařským dohledem. V dnešní době u nás převládá laický způsob redukce nadváhy, který se masově šíří následkem aktivit nezodpovědných podnikatelů, jimž jde více o zisky než o zdraví lidí. Zbavit se lehce a bez práce nadbytečných kilogramů je přáním mnoha lidí. Jsme zaplaveni spoustou nejrůznějších nabídek, jak rychle, a pokud možno bez práce zhubnout, a obézní investují do takových nesmyslných nabídek na bezpracné zhubnutí mnoho peněz. Důsledkem je na jedné straně jojoefekt, kdy po přísných dietách váha paradoxně stoupá, na druhé straně zvyšující se výskyt poruch příjmu potravy, zejména po způsobech redukce nadváhy doporučujících radikální omezení energetického příjmu až hladovky.

Cíl

Společnost STOB (STopOBezité) vytváří již 30 let programy, které vedou lidi k dlouhodobé změně stravovacích a pohybových návyků. Cílem intervence není jen edukace, ale také převedení teoretických poznatků do praktického života tak, aby změna v návycích byla trvalá.

Metodika

Terapie lidí s nadváhou a obezitou by měla zahrnovat kromě nutriční edukace také psychologické působení ve smyslu, že je důležité se zabývat nejen tím, co hubnoucí jedí, ale také proč jedí a jak jedí. V terapii obezity často nestačí ovlivňovat pouze chování, ale je třeba se zabývat také emocemi a myšlenkami (kognicemi), které k tomuto chování vedou. Emoční jedení je relativně nový jev – dříve lidé jedli jídlo, když ho měli, a ne když ho chtěli. Dnes v rozhodování kolik, co, proč a jak jíst hrají roli kromě bohaté nabídky lákavých dobrot především emoce.

Existují desítky druhů psychoterapeutických přístupů, které vedou ke změně nevhodných návyků. Mezi nejefektivnější přístupy zejména s ohledem na udržení změny, a tedy i na udržení váhových úbytků, patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a mindfulness (všímavost).

Metodika uplatňovaná společností STOB je popsána v mnoha publikacích autorky (Málková, I. a kol. 2017; Málková, I. 2018; Málková, I. a kol. 2018, 2019; Málková, I. 2019). Základy KBT obezity jsou dobře popsány mimo jiné v knize Cooper, Z. et al. 2003.

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT)

KBT představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. Vychází z předpokladu, že nevhodné návyky – v případě obezity nevhodné návyky stravovací a pohybové – jsou naučené a stejnými mechanismy, jako se naučily, se dají i pomocí psychologických metod odnaučit. Cílem KBT je vypracování programu, který vede k navození žádoucí změny

v nevhodném chování, myšlení a emocích na základě teorií učení. Kognitivně-behaviorální terapií obecně se nejvíce v naší zemi věnuje prof. MUDr. Ján Praško a MUDr. Petr Možný. KBT ve vztahu k různým diagnózám je přehledně popsána v knihách Praško, J. a kol. 2007; Pešek, R. a kol. 2013 adále v knize Becková, J.S. 2018.

Kognitivně-behaviorální psychoterapie se používá zejména u nadváhy a lehčích stupňů obezity (BMI do 35). U obézních s těžkým stupněm obezity je třeba kombinovat KBT s dalšími přístupy (farmakoterapií, bariatrickou (chirurgickou) léčbou, nízkenergetickými bílkovinnými dietami) a rozhodně je nutná odborná spolupráce s lékařem obezitologem. KBT vychází z faktu, že reakce vznikající učením nemusejí být samozřejmě vždy pozitivní, ale mohou být i negativní, např. vytváření zlovyků, v našem případě učení se nevhodným stravovacím a pohybovým návykům.

Pokud by fungovaly jako spouštěče k jídlu přirozené signály hladu a za jiných okolností bychom nejedli, problém obezity by nenastal. Tyto signály bohužel v průběhu života u obézních vymizely. Nelze se už spolehnout na pocity hladu, obézní nedokáží odhadnout, co je normální a přirozená porce. Nejedí na základě fyziologické potřeby, ale jídlo je napodmiňováno, spouštěno řadou vnějších podnětů tzv. toxického prostředí, které nás provokují k jídlu navíc oproti plánu. To se odnaučuje metodami, které vycházejí z **klasického podmiňování**.

Z modelu **operantního podmiňování** vycházejí metody, které jsou založeny na vztahu mezi reakcí a následkem. Jen ta změna, která je nějak pozitivně posílena, odměněna, se udrží, zatímco ta, jež je trestána, vymizí. Pokud řeší např. člověk s obezitou stres jídlem, jeho napětí poklesne, čímž se nevhodné chování posílí. A naopak pokud drží přísnou dietu, zvolí nevhodný pohyb, vytkne si nereálná předsevzetí, následují nelibé pocity atresty a nově budované chování vyhasne.

Kognitivní teorie předpokládají, že kognitivní procesy (myšlení) mají zprostředkovací funkci mezi podnětem a reakcí. Není to tedy podnět sám, který vyvolává určité chování, ale význam, který osoba tomuto podnětu přisoudí. Např. v reklamě je spojena sladkost – sušenky apod. – s libými pocity a člověku s kily navíc se v obchodě, aniž ví, jak sušenka chutná, vybaví televizi napodmiňovaný libý pocit a sušenku zakoupí. U obézních jsou typické chyby v myšlení – nejčastěji tzv. černobílé myšlení – „buď, anebo“ (jídlo je zdravé, nebo nezdravé, člověk buď drží dietu, nebo se přejídá apod.).

Mindfulness – všímavost

V poslední době se ukazuje, že při řešení problematiky obezity, zejména při udržení hmotnostních úbytků, je velmi efektivním měř mindfulness – všímavost. Díky nácviku všímavosti se člověk naučí řešit stresy v životě přijatelnějším způsobem než jídlem a zvýší si kvalitu života i v dalších oblastech.

Mindfulness je uvědomování si přítomného okamžiku věnováním pozornosti této chvíli, bez hodnocení, souzení sama sebe a bez snahy o změnu (Šlepecký, M. a kol. 2018; Hassonová, G. 2015; Jackson, D. 2019).

V tréninku všímavosti se pozornost soustředí nato, co právě člověk dělá.

Nezabývá se tedy negativními myšlenkami ve vztahu k minulosti – co se mohlo udělat lépe – ani nemá katastrofické myšlenky týkající se budoucnosti. Soustředěním se na přítomnost se nenechá prostor pro rozvíjení dalších negativních emocí a myšlenek, které často vedou k řešení nepříjemného stavu jídlem navíc. Díky technikám všímavosti člověk udělá v kritické

situaci ve vztahu k příjmu potravin kvalifikované rozhodnutí optimální právě pro sebea pro danou chvíli. Optimální rozhodnutí však neznamená, že se už nikdy netkne sladkého nebo že nebude nikdy vzteklý, naštvaný, smutný a podobně.

Trénink všímavosti – bdělé pozornosti – pomůže rozlišit, zda při konzumaci potravin jde o fyziologický hlad, nebo hlad emoční, a více emoční hlad prozkoumat. Při všímavém jedení se zvyšuje citlivost k nasycení, takže k uspokojení chuťových buněk stačí menší množství potravin. Tento styl jedení vede zároveň k výběru kvalitních potravin. Více o všímavosti ve vztahu k jídlu tzv. mindfuleating najdete v e-booku Jackson, D. 2019 a Málková, I. 2019.

Aktivity STOBu

STOB vytvořil metodiku vycházející z principů KBT a mindfulnessa uplatňuje ji v mnoha oblastech, jako jsou skupinové kurzy zdravého hubnutí, metodika krátké intervence pro lékaře cílicí na pacienty s kily navíc (Málková, I. a kol. 2018, 2019 –soubor brožur s názvem Chci změnu – více na www.stob.cz), vydává knihy, brožury, e-booky, pořádá výcviky lektorů pro vedení kurzů zdravého hubnutí – informace na www.stob.cz. Stěžejní částí sdělení je popis deseti lekcí kurzu, které přivedly během více než třiceti let již desítky tisíc lidí k redukci hmotnosti. STOB pomáhá i „dálkově“ pomocí internetových programů vycházejících z principů KBT, jejichž součástí je i komunitní část, v níž se hubnoucí podporují navzájem. Program Sebekoučink a každoroční internetové programy jako Výzva 52 apod. podporují v redukci a při udržování hmotnostních úbytků desítky tisíc uživatelů (www.stobklub.cz).

Praktická aplikace KBT v desetilecích v kurzech zdravého hubnutí

Kognitivně-behaviorální terapie obezity aplikovaná v kurzech STOBu je součástí komplexního přístupu k terapii obezity v České republice. Kurzy se realizují v desítkách měst České republiky a v několika městech Slovenska (kontakty na lektory jsou na www.stob.cz a na www.mojstob.sk). Metodika je popsána v Manuálu pro lektory kurzů snižování nadváhy (Málková, I. 2018). Cílem je, aby měli obézní šanci pospolu hubnout v každém městě. Klienti se scházejí v průběhu desetilekcí jednou týdně. Hodinu se věnují speciální pohybové aktivitě, která respektuje zdravotní omezení pro cvičení lidí s kily navíc. Další dvě hodiny jsou věnovány psychoterapeutickému působení. To je zaměřeno nejprve na zmapování chyb a jejich postupné odstraňování. Oproti jiným metodám hubnutí se nezamýšlí pouze nad tím, co jíst, ale také jak ovlivnit emoce a myšlenky, které posilují nevhodné návyky. Metodika STOBu učí, jak řešit stresy jinak než jídlem, jak ovládat nevhodné myšlenky a emoce, které často dělí život obézních na etapu hubnutí a etapu sbírání sil na další hubnutí, kdy se v jídle vůbec nekontrolují a kila jdou nahoru. Neochuzuje o požitek z jídla, ale mění postupně nevhodné stravovací a pohybové návyky. Tato změna by měla přivést hubnoucí nejen k trvalým váhovým úbytkům, ale i ke zvýšení kvality života. Změny se uskutečňují pomalu, postupně, zpočátku jsou pozitivně posilovány tak, aby se udržely s cílem, že se zautomatizují a v konečném efektu zvýší kvalitu života klienta. Ke každé lekci dostávají klienti názorné brožury, se kterými pracují.

Skupinová terapie

Výhodou je fakt, že se v kurzu scházejí lidé s podobnými problémy, kteří se při postupné změně životního stylu navzájem podporují. Úspěšnost metodiky kognitivně-behaviorální terapie obezity používané v kurzech zdravého hubnutí organizovaných

společností STOB byla potvrzena již mnohadesítkamitisíc jejich absolventů. Stručně nastíníme obsah lekcí.

Obr. pomůcek

Důležitými pomocníky při hubnutí jsou materiály společnosti STOB, které lze objednat v e-shopu www.stob.cz nebo na www.mojstob.sk.



1. lekce

V 1.lekci jsou účastníci seznámeni s principy kognitivně-behaviorální terapie. Zjistí se jejich motivace. Pokud motivace ke změně chybí, což vzhledem k tomu, že si účastníci kurz hradí, nebývá často, se k jejímu zvýšení používají motivační rozhovory. Zhodnotí se zisky a ztráty, které hubnutí klientovi přinese. Usměrní se též představa o rychlosti redukce hmotnosti a konečné cílové váze. Zdůrazní se, že hlavním cílem je změna stravovacích apohybových návyků, změna v emocích amyšlení, které vedou ke zlepšení životního stylu ake zvýšení kvality života. Hmotnostní úbytky jsou potom doprovodným jevem této změny.

V této lekci se používají **techniky sebekontroly – sebezpozorování**.

Účastníci mapují stravovací návyky – **co jedí**, tedy množství, skladbu a režim jídla. Dále zjistí, **jak jedí** (např. rychlost procesu jedení). Pro zmapování spouštěčů, které způsobují tzv. jídlo navíc oproti plánu – tedy **proč jedí** – vyplňují kolonky s kým jedli, co při tom dělali, jaké měli pocity před jídlem (špatná či pohodová nálada) a nakonec zda měli hlad nebo jenom chuť (emoční jedení).

Nevhodné jídelní návyky se mění postupně, aby byla velká pravděpodobnost, že bude účastník kurzu vplnění úkolů úspěšný. Cílem je, aby se změny natrvalo zafixovaly. V této i v každé další lekci se účastníkům nabízejí různé nástroje, které pomáhají udržovat motivaci ke změně návyků.

2. lekce

Druhá lekce je zaměřena na analýzu návyků zahájení práce na postupných změnách ve stravovacích návycích. Chyby, kterých se hubnoucí dopouští, jsou velmi podobné, proto se dají odstraňovat podle předem dané metodiky skupinově.

Účastníci za pomoci terapeuta zanalyzují chyby a zamyslí se nad tím, zda

- a) nejedí velké množství jídla,
- b) nejedí vysocekalorická jídla,
- c) nemají špatný režim jídla,
- d) mají dostatek tekutin,
- e) příjem potravy není reakcí na různé vnější a vnitřní podněty.

Zapisování jídelníčku slouží též k tomu, že klienti nejedí automaticky, ale s uvědoměním prožitku jídla. Stěžejní částí 2. lekce je **mindfuleating – všímavé jedení**, více ve-booku Jackson, D. 2019 a Málková, I. 2019 či navideuna www.stobklub.cz.

Cílem této lekce je uvědomit si proces jídla, naučit se jíst všímavě tak, aby zpomalení jídla vedlo k tělesnému i psychickému nasycení i při menším množství jídla. Při všímavém jedení se zvyšuje citlivost k nasycení a tento styl jedení vede zároveň k výběru kvalitních potravin.

Dále se v této lekci probírá ovlivňování **chování pomocí důsledků, odměn**. Pro klienty bylo často jídlo v životních hodnotách na prvním místě. Terapeut a členové skupiny poskytují zejména v počátku terapie klientovi za nově budované žádoucí změny v chování, myšlenkách a emocích pozitivní posílení. Poskytování bezprostředních rozmanitých posilovacích podnětů je při terapii obezity důležité.

3. a 4. lekce

Tyto lekce se zaměřují na ovlivňování chování klientů – na přebudovávání nevhodných stravovacích návyků. Klienti jsou vedeni k pochopení, že na trvalé zhubnutí nemají vliv žádná zázraky, ale prostý zákon zachování energie – je nutné méně energie přijímat než vydávat.

Množství přijímané energie se sníží menším porce přijímaného jídla a dále změnou kvality a skladby jídla, sníží se energetická hustota potravin a pokrmů. Nikdy se nepředepisují konkrétní diety. V rámci redukčního režimu se klienti učí sestavit si jídelníček tak, aby se co nejvíce přiblížili běžným jídelním zvyklostem, aby uspokojili chuťové buňky, splňovaly zásady správné výživy a aby hubli zhruba půl kilogramu týdně.

Hubnoucí nemusí při rozumné redukci váhy dělat žádné dramatické změny, naopak čím menší změnu udělají, tím je větší naděje na její udržení. Klienti se učí hlavní jídla sestavit tak, že polovinu talíře tvoří zelenina, čtvrtinu maso nebo jiná bílkovina a čtvrtinu příloha nebo jiný sacharid. Snaží se v každém chodu nahrazovat nutričně nevýhodné potraviny potravinami s lepším složením tak, aby jim chutnaly. Potraviny, které nelze nahradit méně kalorickými ekvivalenty, zařazují plánovaně do svého jídelníčku a bez pocitů viny je v menším množství vědomě zkonzumují.

Pokud hubnoucí ušetří denně díky menšímu množství tuku a cukru u každého chodu energii a deficit se nasčítá na cca 2000 kJ, sníží běžný týdenní příjem o 14 000 kJ, což představuje zhruba redukci půl kilogramu za týden. Nemá pocit, že drží dietu, potraviny nedělí na vhodné a zakázané, ale na časté a příležitostné (to jsou potraviny, které nemají odlehčenou variantu - např. čokoláda). Ukazuje se, že porušení často nereálných předsevzetí, kdy mají pacienti pocit

„zhřešení“, provokuje další přejídání. Hubnoucí se učív dalších lekcích jíst tehdy, když sami chtějí, nikoliv když jsou provokováni různými vnějšími čivnitřními podněty (např. linoucí se vůníbramboráku či smutnou náladou).

5. lekce

Většina klientů se nevěnovala řadulet žádnémuaktivnímu pohybu. V průběhukurzu by si mělnajítkaždý takovýpohyb, který bude vykonávat pravidelně a je pro něho vhodný druhem, intenzitou ifrekvencí. Klienti v průběhu pravidelné aktivity pochopí, že pohyb zvyšuje nejenom energetický výdej, aletaképsychickou a tělesnou zdatnost. Pohyb je významným preventivním činitelem a lékem proti mnohatělesnými psychickým nemocem.U lidí, pro které není pohyb životní hodnotou, se kladevelký důraz na motivaci k zahájení pohybové aktivity.Využívá se motivačních rozhovorů a prvků z KBT a mindfulness. O všímavém pohybu pojednává mimo jiné e-book Všímavostí k sobě (Jackson, D. 2019), kde se přikládá velký význam i snižování tzv. nepohybu.

Při výzkumu faktorů, které přispívají k udržení váhových úbytků po zhubnutí, se ukázalo, že nejučinnější je právě pravidelný pohyb.Mnozí pochopí, že špatný pocit ze sebe sama, který přičítali pouze nadbytečným kilogramům, často pramení z absolutní fyzické nezdatnosti.

6. lekce

Lidé s kily navíc nejedíčasto na základě fyziologické potřeby, ale jídlo je napodmiňováno, spouštěno řadou vnějších podnětů.V této lekci se používají**techniky ke kontrole vnějších podnětů spouštějících jídlo**. Klienti mapují situace, kdy je jídlo navíc reakcí na vnější podněty,jako je např.chuť, vzhled a vůně jídla, jeho společenská úloha, nějaké místo či činnost.Učí se odstranit nebo omezit spouštěče, které je provokují k jídlu navíc, tedyomezují počet míst a situací spojenýchs jídlem (např. se učí jíst vždy na jednom, předem určeném místě, u stejného stolu, učí se soustředitse na jídlo –2. lekce všímavé jedení), a nespojovat ho s jinou činností. Snahou je, aby vyhasly napodmiňované reakce, jejichžspouštěčem jsou podněty jako televize, kniha, oslavy a jiné vnější podněty. Mnoho technik k zvládnutí vnějších podnětů provokujících k jídlu navíc najdete v knize Já zhubnu (Málková, I. a kol. 2017).

7. lekce

Spouštěčemk jídlu navíc jsou také vnitřní podněty, emoce či myšlenky.

Sedmá lekce se zabývá problémem zejména**zv.emočního jedení**.Klient se učí identifikovatnegativní emoce, které zmírňuje jídlem,nebo pozitivní emoce, kdy si jídlem umocňuje pohodu. Tak jako je hubnoucí zvyklý plánovat si dopředu jídelníček, učí sei vytvořit si plán na zvládnutí silných emocí. Díky technikám KBT se učí zmírňovat napětí (oddálení konzumace potravin, vytváření seznamu alternativních činností, které se budou v těchto situacích používat a které jsou neslučitelné s jídlem). Měly by to být činnosti příjemné a snadno uskutečnitelné. Je možné využít technik dechu, kotvení,relaxačních technik apod. Je třeba si uvědomit, že řešením emoce jídlem ztrácím informaci, kterou mi emoce přináší, a neřešením problému situaci zhoršuji. Všímavost pak pomůžev rozlišení, zda při konzumaci potravin jde o fyziologický hlad, nebo hlad emoční. Pokud jde o hlad emoční, je třeba ho více prozkoumat a vyrovnat se s negativními emocemi jinak než jídlem. Je paradoxem, že lidé

s kily navíc myslí na jídlo téměř neustále s výjimkou doby, kdy konečně jedí. Techniky mindfulness učí žít více v přítomnosti. Díky tomu se pak nezabýváme tím, co jsme mohli v minulosti udělat lépe, nemáme katastrofické myšlenky týkající se budoucnosti a síla negativních emocí a myšlenek ustupuje.

8. lekce

Chování ve vztahu k jídlu ovlivňují často i **myšlenky**. Úvahy o jídle a hubnutí zaměstnávají mysl klientů mnohdy nadměrně. Proti vnucujícím se nevhodným automatickým myšlenkám je nutné najít rozumové argumenty, které je budou zpochybňovat. Nabídneme několik příkladů vnitřních monologů člověka pokoušejícího se hubnout. Záporné postoje jsou označeny -, kladné +.

(-) Já nemám vůli, nic mi v hubnutí nepomáhá.

(+) Neexistuje „nemítpevnou vůli“, spíše špatně plánuji. Když každý týden zvládnu drobná zlepšení, budu úspěšný.

(-) Kdybych neměla takové zaměstnání, děti, partnera, určitě bych zhubla.

(+) Já rozhoduji o tom, kolik a jak budu jíst. Ne moje práce, děti, partner či kdokoli jiný.

(-) Jsem z toho hubnutí tak nervózní, že budu raději jíst.

(+) Jídlo problémy neřeší, spíše je vytváří.

(-) Porušila jsem dietu. Ten dort mne stál několik kilogramů. Nedodržela jsem předsevzetí, končím s hubnutím.

(+) Nemusím být ve všem perfektní. Kousek dortu navíc mně nerozhází. Umím se již vrátit ke správným návykům.

Cílem je identifikovat nevhodné myšlenky a nahradit je pomocí technik kognitivní terapie myšlenkami funkčními. Učí hubnoucí klást si reálné cíle a odstranit jejich často černobílé myšlení, při němž chápou každé sebemenší porušení při dodržování nových návyků jako totální selhání.

9. lekce

Tato lekce navazuje na 2. lekci, v níž bylo poukázáno na to, že pro redukci hmotnosti a zejména pro udržení hmotnostních úbytků nestačí techniky sebekontroly, ale je nutné též **vnější posilování terapeutem či členy skupiny**. V průběhu kurzu by již účastníci měli pracovat na tom, aby i po skončení terapie měli někoho, kdo pro ně bude i nadále oporou, nejlépe členy rodiny, přátele, spolupracovníky apod. Obsahem 9. lekce je též seznámení se základními technikami asertivity, které lze použít např. při nácvičování žádání o laskavost (např. poprosit manžela, aby nejedl alespoň zpočátku terapie chipsy u televize), odmítání jídla, které připravilas láskou tchyně, apod. V 9. lekci je uveden **přehled pomůcek** vycházejících z kognitivně-behaviorálních technik, které pomáhají vytvářet a udržovat správné stravovací a pohybové návyky. Je dobré, aby hubnoucí zhodnotili na konci kurzu, která z technik jim nejvíce pomohla, a tu potom v případě recidivy sami používali. Nejčastěji se hubnoucí v krizových případech vrací k záznamům stravovacích návyků.

10. lekce

V 10. lekci se zdůrazňuje, že **hubnutí a udržení hmotnostního úbytku** jsou dva odlišné procesy. Tato lekce je zaměřena na vhodnost případné další redukce hmotnosti, ale zejména

na udržení úbytků, na anticipaci rizikových situací a nácvik jejich zvládnání apod. Faktory predikující úspěšnost udržení hmotnostních úbytků jsou další kontakt s terapeutem, podpora rodiny a spoluúčastníků apod. a pohybová aktivita. Optimálním řešením je být s účastníky kurzu i nadále v kontaktu, přičemž lze prodlužovat časové intervaly v tzv. udržovacích sezeních, případně v diskusních skupinách na webových stránkách STOB klubu. V Praze se osvědčily pokračovací kurzy mindfulness, někomu vyhovuje již chodit pouze cvičit a vážit se. Mezi účastníky se často vytváří taková skupina, která se schází i po oficiálním skončení kurzu. Účastníci jsou si nadále navzájem oporou i bez vedení terapeuta. V 10. lekci je rovněž uvedeno, jak by se měl po skončení redukce hmotnosti postupně zvyšovat energetický příjem.

Pokud se nevhodné návyky fixovaly mnoho desítek let, je někdy nereálné je za deset týdnů plně změnit a pak trvale udržet. Proto organizuje STOB různé formy pokračovacích kurzů, aktivní dovolenou, dny zdraví apod.

Celkově lze shrnout, že chování, myšlení a emoce je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějících nevhodné chování. Zároveň je třeba pracovat i s důsledky chování. V průběhu KBT získává klient znalosti o svém problému, opakovaným procvičováním nabývá dovedností, nové žádoucí chování se mu zautomatizuje. Díky dosaženým úspěchům, což nejsou pouhé hmotnostní úbytky, ale lepší pocit ze sebe sama, zvýšení sebevědomí, zlepšení tělesné i psychické kondice, a vůbec zlepšení kvality života, se nové chování posiluje a udrží se dlouhodobě. Na konci terapie by měl člověk s kílou navíc o svém problému a způsobech, jak je zvládat, vědět totéž, co terapeut. Po úspěšné terapii se tedy klient stává svým vlastním terapeutem a v případě recidivy ví, jak se postavit ke zvládnutí svého problémového chování. To přispěje k udržení hmotnosti.

Závěr

Společnost STOB vytvořila programy vycházející z kognitivně-behaviorální psychoterapie a přístupu mindfulness. V průběhu 30 let ovlivnila desítky tisíc obézních jak v kurzech rozumného hubnutí, tak pomocí tištěných materiálů a webových aplikací.

Literatura

- BECKOVÁ, J. S. 2018. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha. Triton
- COOPER, Z. et al. 2003. *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity*, New York, London: The Guildford Press. 2003
- HASSONOVÁ, G. 2015. *Technika Mindfulness*. Havlíčkův Brod. Grada Publishing
- JACKSON, D. 2019. *Všímavost k sobě*. Praha. STOB
- MÁLKOVÁ, I. a kol. 2017. *Já zhubnu, zdravě a natrvalo*. Praha. SmartPress
- MÁLKOVÁ, I. 2018. *Manuál pro lektory Kurzů snižování nadváhy*. Praha. STOB
- MÁLKOVÁ, I. a kol. 2018, 2019. *Chci změnu*. Praha. STOB.
- MÁLKOVÁ, I. 2019. *Aby jídlo bylo radostí, a ne starostí*. Praha. STOB.
- PEŠEK, R. a kol. 2013. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi*. Praha. Portál 2013.
- PRAŠKO, J. a kol. 2007. *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha. Triton 2007.
- ŠLEPECKÝ, M. a kol. 2018. *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii*. Praha. Portál.

Kontakt na autora:

PhDr. Iva Málková

STOB (Stop Obezitě)

Praha

e-mail: malkova@stob.cz

www.stob.cz, www.stobklub.cz

CHRONICKÁ OBŠTRUKČNÁ CHOROBA PĽÚC V KONTEXTE SEKUNDÁRNEJ PREVENČIE

Chronic obstructive pulmonary disease in the context of secondary prevention

Murgová A.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Úvod

Chronická obštrukčná choroba pľúc je najčastejším chronickým pľúcnym ochorením a spolu s astmou bronchiale predstavuje závažný zdravotný, ekonomický a spoločenský problém ľudskej populácie. Ide o invalidizujúce až smrteľné ochorenie. Jej patofyziologickým znakom je obštrukcia v dýchacích cestách a podkladom zmien vedúcich k obštrukcii je chronický zápalový proces (Rozborilová, 2005). CHOCHP je liečiteľné ochorenie, ktorému sa dá predchádzať. Má niekoľko závažných mimopľúcnych dôsledkov, ktoré prispievajú k jeho závažnosti. Jeho pľúčne prejavy sú charakterizované obmedzením prietoku vzduchu, ktoré nie je plne reverzibilné. Je obvykle progredujúce a súvisí s abnormálnou zápalovou reakciou pľúc na inhalované škodlivé častice a plyny (GOLD, 2009). Okrem štrukturálnych zmien v prieduškách a pľúcnom parenchýme sa CHOCHP prejavuje aj dystrofiou kostrového svalstva a malnutríciou. Konečným výsledkom je vznik respiračnej insuficiencie (Chovan, 2006). CHOCHP nie je samostatnou nozologickou jednotkou, ale je súčasťou chronického zápalového syndrómu (CHSZS). Diagnostickými komponentmi chronického zápalového syndrómu sú: vek nad 40 rokov, fajčiarska nálož väčšia než 10 balíčko – rokov (počet balíčkov za deň x počet rokov fajčenia), príznaky abnormálnej funkcie pľúc kompatibilnej s CHOCHP, chronická srdcová insuficiencia, metabolický syndróm a zvýšená sérová hladina CRP (Kolek a kol., 2010). Na CHOCHP je potrebné myslieť u každého človeka s chronickým kašľom a vykašliavaním spúta rôznej konzistencie, s dýchavicou a s anamnézou expozície rizikovým faktorom. Kašeľ je dôsledok zvýšenej produkcie hlienu v dýchacích cestách. Prítomný je každý deň ráno alebo počas dňa, často sa vyskytuje po prebudení, dlhšej chôdzi. Dýchavica je subjektívny pocit nedostatku vzduchu a prejavuje sa zvýšeným úsilím pri dýchaní. Na začiatku ochorenia sa dýchavica objavuje len pri výraznej námahe – chôdza do kopca, schodov, nosenie ťažkých predmetov, fyzická činnosť. Pri postupujúcom ochorení sa vyskytuje i v kľude pri bežnej činnosti. Dýchavica býva sprevádzaná zvieravými bolesťami na hrudníku v dôsledku preťaženia dýchacieho svalstva. S postupom ochorenia sa objavujú ďalšie príznaky ako bolesť na hrudníku, vykašliavanie krvi (hemoptýza) či dokonca krátkodobé straty vedomia po záchvate kašľa. V pokročilých prípadoch je prítomná cyanóza a pri dekompenzovanom chronickom cor pulmonale aj edémy končatín, zvýšená náplň jugulárnych vén a hepatomegália (Rozborilová, 2005). U pacienta s CHOCHP je pre prognózu pacienta dôležité včasné a presné určenie diagnózy. Klinická diagnóza sa zakladá na prítomnosti príznakov kompatibilných s CHOCHP a pozitívnej anamnézy. Dôležitú úlohu v diagnostike zohráva funkčné vyšetrenie pľúc, laboratórne testy a pomocné zobrazovacie metódy. Liečba CHOCHP musí byť komplexná a zahŕňať prevenciu, farmakologickú a nefarmakologickú liečbu. Musí byť individuálne zameraná na problémy jednotlivca,

zahájená a upravovaná podľa štádiá choroby a pridružených ochorení (Vondra, 2007). Spoločnosť, zdravotnícke systémy a súkromný sektor, spoločne vytvárajú nové technológie určené na ešte lepšiu a kvalitnejšiu prevenciu, diagnostiku a liečbu. Avšak, vždy je tu skupina, a to občianska spoločnosť a jednotliví členovia komunít, ktorí potrebujú pomoc a podporu na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti, vrátane poskytovania poradenstva, podpory, kontroly a edukácie (Kober, L., Solovič, I., Littva, V., Siska, V. 2018).

U pacientov dochádza často k exacerbáciám, čo znamená zhoršenie predchádzajúceho stabilného stavu, ako príhoda v priebehu choroby, ktorá je charakterizovaná zmenou obvyklej dušnosti, kašľom alebo vykašliavaním hlienov nad každodennú normu. Medzi najčastejšie príčiny exacerbácie patria infekcie tracheobronchiálneho stromu vyvolané najmä vírusmi, baktériami a znečisteným ovzduším (Varkey J., Varkey B., 2008). Liečba exacerbácie prebieha ambulantne alebo ústavne. K faktorom, ktoré sú indikáciou k okamžitej hospitalizácii, patria: prítomnosť vysoko rizikových faktorov (pneumónia, dysrytmia, diabetes mellitus, renálna alebo hepatálna insuficiencia), neadekvátna odpoveď symptómov na ambulantnú liečbu, výrazná progresia dýchavice, zhoršenie hypoxémie, zhoršenie hyperkapnie, neschopnosť prijímať potraviny a tekutiny počas exacerbácie symptómov, alebo neschopnosť sa o seba postarať, porucha vedomia (Bánska, 2006). Aby aby pacient s CHOCHP dostával dostatočne intenzívnu liečbu založenú na princípoch EBM, dostával ju v adekvátnom rozsahu (pretože komplexná liečba nezahŕňa len farmakoterapiu, ale aj rehabilitáciu, profylaktickú vakcináciu), je potrebná včasná diagnostika CHOCHP najmä v jej včasnom štádiu (Matula, 2009).

Najjednoduchším spôsobom ako predchádzať ochoreniam, je prevencia, ktorá je tým účinnejšia, čím cielenejšie a včasnejšie sa s ňou začne. V plnej miere to platí aj pri chronickom obštrukčnom ochorení pľúc (Rozborilová, 2005). Ošetrovatelstvo svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie. Sestry sa svojou činnosťou (priamo konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami alebo edukáciou) podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej i terciárnej (Farkašová a kol., 2005; Šupínová, Kurtíková, 2017). V rámci prevencie CHOCHP sa stretávame s tromi úlohami prevencie. Prvoradou úlohou prevencie je zamerať opatrenia a maximum úsilia na ochranu zdravého obyvateľstva s osobitným zreteľom na osoby s určitou dispozíciou na ochorenia dýchacích ciest. Druhou úlohou prevencie je hľadať cesty včasného rozpoznania začiatku CHOCHP – včasná diagnostika a účinná liečba. Treťou úlohou je zamerať úsilie na zamedzenie a prevenciu častých exacerbácií a komplikácií ochorenia. Prevenciu CHOCHP na ktoromkoľvek jej stupni si nemožno predstaviť bez spolupráce samotného chorého na liečbe, ktorá vyžaduje, aby bol chorý dostatočne informovaný o charaktere ochorenia, o význame jednotlivých príznakov, o vplyve jednotlivých nox na priebeh a prognózu ochorenia, ako aj o komplikáciách, ktoré pri CHOCHP zohrávajú dôležitú úlohu a neraz rozhodujú o osude chorého (Musil a kol., 2007). Výchovu k vhodnému správaniu pri manažovaní vlastnej choroby zabezpečuje sekundárna zdravotná výchova, ktorá pri ochorení dopĺňa a spresňuje vedomosti pacienta tak, aby sa do nich včlenili požiadavky na ochranu zdravia pri jeho konkrétnom narušení (Magurová, Majerníková, 2009). Sekundárna prevencia CHOCHP spočíva vo včasnom odhalení ochorenia, zahájení adekvátnej liečby a dispenzarizácii pacienta (Rozborilová, 2005). Kašák (2006) do sekundárnej prevencie zaraďuje elimináciu rizikových faktorov prostredia a zvýšenie obranyschopnosti organizmu prostredníctvom racionálnej

stravy bohatej na nenasýtené mastné kyseliny a antioxidanty, dostatočný prívod tekutín, elimináciu stresových situácií, otužovanie a očkovanie proti chrípke. Avšak Chovan (2006) zastáva názor, že zanechanie fajčenia je jediným prostriedkom na primárnu, sekundárnu i terciárnu prevenciu, jedine teda dokáže zvrátiť progresívny vývoj ochorenia. Cieľmi sekundárnej prevencie a liečby CHOCHP je úprava klinických symptómov, funkčného stavu, prevencia a liečba komplikácií. Výsledkom by malo byť zlepšenie prežívania pri dobrej kvalite života s minimálnymi nepriaznivými účinkami liečby (Krištúfek, Chovan, 2001). Hlavnými prístupmi k splneniu týchto cieľov je edukácia, motivácia a psychoterapia, teda vysvetľovanie podstaty choroby a jej rizikových faktorov, presvedčovanie ľudí o potrebe dodržiavania preventívnych a liečebných opatrení.

Vzhľadom na závažnosť ochorenia sme realizovali štúdiu s problémom: Je nárast progresie ochorenia u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, dôsledkom nedodržiavania stanoveného liečebného režimu?

Cieľ štúdie

Cieľom štúdie bolo zistiť úroveň vedomostí pacientov o chronickej obštrukčnej chorobe pľúc, posúdiť dodržiavanie liečebných a preventívnych opatrení, zistiť oblasti, v ktorých majú pacienti nedostatok vedomostí a posúdiť záujem pacientov o zvyšovanie vedomostí a zručností v súvislosti s ochorením CHOCHP.

Vytýčili sme otázky:

1. Majú pacienti s CHOCHP dostatok informácií o svojom ochorení?
2. Využívajú pacienti farmakologické postupy v liečbe závislosti na nikotíne?
3. Dodržiavajú pacienti stanovenú farmakologickú liečbu?
4. Vykonávajú pacienti s CHOCHP aktívne pľúcnu rehabilitáciu?
5. Poznajú pacienti závažnosť častých vzplanutí (exacerbácií) ochorenia?
6. Považujú pacienti očkovanie proti chrípke za dôležité opatrenie v prevencii zhoršovania svojho ochorenia?
7. Zúčastňujú sa pacienti s CHOCHP pravidelne kontrolných vyšetrení?
8. Majú pacienti záujem o rozširovanie vedomostí z oblasti sekundárnej prevencie CHOCHP?

Metódy a materiál

Na dosiahnutie cieľa práce sme využili empirickú metódu – dotazník Túto empirickú metódu sme považovali za vhodnú na zber potrebných informácií. V úvode dotazníka sme respondentov oboznámili s tematikou, ubezpečili o anonymite dotazníka a zdôraznili jeho význam. Dotazník pozostával z 22 položiek, 17 uzavretých položiek, 5 polootevorených a 4 položky sa týkali demografických údajov. Respondenti mali v otázkach označiť príslušnú odpoveď alebo viacero odpovedí, s ktorými sa najviac stotožňovali. Výsledky štúdie boli spracované čiarkovou metódou a vyhodnotené kvantitatívne absolútnymi číslami a percentami v grafoch, tabuľkách a písomne v texte.

Charakteristika vzorky: Vzorku respondentov sme zvolili formou zámerného výberu na základe stanovených podmienok. Súbor tvorilo 70 respondentovs CHOCHP, ktorí v období realizácie štúdie navštívili pľúcnu ambulanciu pri oddelení pneumológie a fúzeológie v Humennom a pľúcnu ambulanciu vo Vranove nad Topľou, ako aj pacienti hospitalizovaní

na oddelení pneumológie a ftizeológie v Humennom. Našu vzorku charakterizovalo rozdelenie súboru podľa veku, pohlavia, vzdelania a sociálneho postavenia. Zo 70 respondentov bolo 58 (83%) mužov a 12 (17%) žien. Realizácia štúdie: Bola realizovaná v Nemocnici A. Leňa v Humennom n.o. a v Nemocnici M.R. Štefánika n.o. vo Vranove nad Topľou, v mesiacoch november 2010 – január 2011. Dotazníky sme rozdali respondentom, ktorí v čase štúdie navštívili spomínané pľúcne ambulancie alebo boli hospitalizovaní na pľúcnom oddelení. Všetci respondenti boli oboznámení s cieľom dotazníka a boli im poskytnuté informácie pre jeho vyplnenie. Získali sme 100% návratnosť dotazníkov.

Výsledky štúdie

Výsledky – odpovede na otázky štúdie:

1. Pacienti s CHOCHP preukazujú priemerné zdravotné znalosti týkajúce sa charakteru ochorenia, liečiteľnosti a identifikácie rizikových faktorov CHOCHP.

Tabuľka 1 Pojem CHOCHP

| CHOCHP znamená | n | % |
|--|----------|----------|
| Chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest | 42 | 60 |
| Akútne zápalové ochorenie dýchacích ciest | 15 | 21 |
| Nádorové ochorenie pľúc | 3 | 4 |
| Neviem | 10 | 14 |

Tabuľka 2 Názor respondentov na liečiteľnosť ochorenia

| Liečiteľnosť ochorenia | n | % |
|---|----------|----------|
| Je vyliečiteľné | 18 | 26 |
| Nedá sa vyliečiť, ale jeho priebeh sa dá vhodnou liečbou spomaliť | 44 | 63 |
| Nedá sa ničím ovplyvniť | 8 | 11 |

Tabuľka 3 Rizikové faktory CHOCHP

| Rizikové faktory | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Časté infekcie dýchacích ciest | 24 | 34 |
| Znečistené prostredie | 56 | 80 |
| Fajčenie | 51 | 73 |
| Dedičné faktory | 30 | 43 |
| Zlá životospráva | 0 | 0 |

Poznámka: Respondenti označili viacero možností

2. Farmakologické postupy v liečbe závislosti na nikotíne využívajú pacienti minimálne. Len 37% respondentov podstupujúcich odvykaciu liečbu uviedlo ich použitie.

Tabuľka 4 Metódy odvykania od fajčenia

| Metódy odvykania | n | % |
|---------------------|----|----|
| Nikotínové žuvačky | 14 | 27 |
| Nikotínové náplaste | 0 | 0 |
| Tabletky | 5 | 10 |
| Iné | 32 | 63 |

3. Stanovenú farmakologickú liečbu dodržiava pravidelne len 57% respondentov. Najčastejšími dôvodmi jej nedodržiavania je nedôvera v inhalačnú formu liekov a problém s inhalačnou technikou.

Tabuľka 5 Užívanie ordinovaných liekov

| Užívanie liekov | n | % |
|--|----|----|
| Pravidelne, podľa ordinácie lekára | 40 | 57 |
| Nepravidelne, len pri zhoršení zdravotného stavu | 26 | 37 |
| Vôbec neužívam | 4 | 6 |

4. Praktizovanie pľúcnej rehabilitácie u pacientov s CHOCHP je nedostatočné. Len 17% respondentov ju vykonáva aktívne. Dôvodom je nedostatok vedomostí pacientov o jej dôležitosti a nedostatok zručností s jej realizáciou.

Tabuľka 6 Vykonávanie pľúcnej rehabilitácie

| Vykonávanie pľúcnej rehabilitácie | n | % |
|-----------------------------------|----|----|
| Áno | 12 | 17 |
| Nie | 18 | 26 |
| Rád by som, ale neviem ako | 40 | 57 |

5. Zo štúdie vyplýva, že pacienti nemajú dostatok vedomostí o závažnosti častých exacerbácií. Polovica respondentov nepovažuje opakované exacerbácie za závažné a nebezpečné a výskyt nešpecifických príznakov exacerbácie (únava, nespavosť) nepovažujú za významné.

Tabuľka 7 Nebezpečenstvo častých vzplanutí (exacerbácií) ochorenia CHOCHP.

| Závažnosť častých vzplanutí ochorenia | n | % |
|--|----------|----------|
| Áno, dýchavica a nedostatok kyslíka ohrozuje život | 35 | 50 |
| Nie sú nebezpečné | 8 | 11 |
| Neviem | 27 | 39 |

6. Pacienti nepovažujú očkovanie proti chrípke za dôležité preventívne opatrenie. Len 40% respondentov podstupuje pravidelne očkovanie proti chrípke jedenkrát ročne.

Tabuľka 8 Záujem respondentov o očkovanie proti chrípke

| Záujem o očkovanie | n | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Očkujem sa pravidelne, každý rok | 28 | 40 |
| Občas, pod vplyvom médií | 10 | 14 |
| Nedávam sa očkovať | 32 | 46 |

7. Pravidelné kontrolné vyšetrenia absolvuje len 43% respondentov.

Tabuľka 9 Pravidelnosť kontrolných vyšetrení

| Pravidelnosť kontrolných vyšetrení | n | % |
|---|----------|----------|
| Na kontrolné vyšetrenia chodím pravidelne | 30 | 43 |
| Iba pri zhoršení zdravotného stavu | 38 | 54 |
| Nechodím vôbec | 2 | 3 |

8. Zo strany pacientov je záujem o rozšírenie vedomostí z oblasti sekundárnej prevencie CHOCHP, nakoľko len 36% respondentov vyjadrilo spokojnosť s doteraz získanými informáciami.

Tabuľka 10 Spokojnosť respondentov s poskytnutými informáciami

| Miera spokojnosti s informáciami | n | % |
|---|----------|----------|
| Dostatočné | 25 | 36 |
| Nedostatočné | 12 | 17 |
| Neviem posúdiť | 33 | 47 |

Respondenti prejavili záujem o informácie týkajúce sa dychovej rehabilitácie, inhalačnej techniky, samotného ochorenia, životosprávy a životného štýlu.

Tabuľka 11 Záujem respondentov o doplnenie informácií

| Druh informácií | n | % |
|----------------------------|----|----|
| Informácie o chorobe | 16 | 23 |
| Správna technika inhalácie | 9 | 13 |
| Dychová rehabilitácia | 40 | 57 |
| Životospráva, životný štýl | 5 | 7 |
| Iné | 0 | 0 |
| Žiadne | 0 | 0 |

Diskusia

Prvou otázkou sme chceli zistiť úroveň vedomostí pacientov o svojom ochorení. 40% respondentov sa vyjadrilo nesprávne, alebo nevedelo odpovedať, čo znamená CHOCHP, choroba ktorou trpia. Čo sa týka liečiteľnosti ochorenia, 63% respondentov sa vyjadrilo správne, že ochorenie sa nedá vyliečiť, ale jeho priebeh sa dá vhodnou liečbou spomaliť. Z odpovedí vyplýva, že respondenti, ktorí majú negativistický pohľad na prognózu vývoja ochorenia budú k liečbe pristupovať benevolentnejšie a nebudú jej prikladať dôležitý význam. Je prekvapujúce, že za hlavný rizikový faktor považujú respondenti znečistené prostredie (80%) a nie fajčenie (73%), ktoré je jednoznačne hlavným rizikovým faktorom pre vývoj CHOCHP. Chovan (2006) uvádza, že CHOCHP je v 95% spôsobená fajčením. Taktiež Musil a kol. (2007) uvádza: „U fajčiarov je vyšší výskyt respiračných príznakov a abnormalít pľúcnych funkcií, vyšší ročný pokles FEV₁ a väčšia mortalita na CHOCHP ako u nefajčiarov.“ Rozborilová (2005) uvádza, že účinok fajčenia vplyv profesijnej expozície vysoko prevyšuje. Dedičnosť ako rizikový faktor ochorenia uviedlo až 30 respondentov (43%), pričom Kašák (2006) uvádza, že „jediný, geneticky overený a klinicky významný determinant vzniku CHOCHP - recesívne hereditárny, homozygotný, ťažký deficit $\alpha 1$ antitripsínu sa podieľa len jedným percentom na celkovom vzniku CHOCHP.“ Zanechať fajčenie sa pokúšalo 51 respondentov (82%). Úspešní boli 20 respondenti (32%), neúspešných respondentov bolo 31 (50%) a tých, ktorí sa nepokúšali prestať fajčiť bolo 11 respondentov (18%). Zanechanie fajčenia je najdôležitejší spôsob ovplyvňovania CHOCHP vo všetkých jej štádiách. Prestať fajčiť je rovnako dôležité u ťažkého stupňa CHOCHP ako i vo včasnom štádiu. Musil (1999) uvádza: „Aj keď stratená funkcia pľúc nemôže byť obnovená, u chorých, ktorí prestanú fajčiť sa pľúcne funkcie zhoršujú oveľa pomalšie.“ Taktiež výsledky Lung Health Study potvrdzujú, že trend poklesu pľúcnych funkcií možno zvrátiť iba zanechaním fajčenia (Martinický, 2009). V súčasnosti sa pojem odvykanie od fajčenia nahrádza pojmom liečba, keďže je fajčenie klasifikované ako choroba. Zistili sme, že farmakologické metódy (žuvačky a tabletky) využili len 19 respondenti (37%), 32 respondentov (63%) uviedlo inú metódu, najmä pevnú vôľu. Aj keď dnes už existuje viacero farmakologických možností pomáhajúcich v odvykaní od fajčenia, nevyužívajú sa dostatočne. Chovan (2006) uvádza, že prostredníctvom kombinácie nikotínových náhrad s bupropionom a odborným poradenstvom v protifajčiarskych poradniach sa dá dosiahnuť až 30% dlhodobý efekt v odvykaní od fajčenia. V rámci sekundárnej prevencie má pravidelná liečba nezastupiteľné miesto. Pre 42 respondentov (60%) je veľmi dôležitá, 8 respondentov (11%) je

presvedčených, že nemá významný vplyv na vývoj ochorenia a 20 respondentov (29%) nepozná dôležitosť liečby. Pritom je známe, že v liečbe CHOCHP nemajú existovať farmakologické prázdniny a s dávkovaním liekov sa neklesá ani pri stabilnej forme CHOCHP (Kašák, 2006). Martinický (2009) poukázal na výsledky štúdiu UPLIFT s tiotropiom. Tie poukázali, že po štvorročnej pravidelnej liečbe nastalo zlepšenie pľúcnych funkcií vo všetkých štádiách CHOCHP, spomalil sa ročný pokles postbronchodilatačného FEV₁ v štádiu GOLD II a signifikantne sa redukoval výskyt rizika exacerbácií u pacientov s CHOCHP v štádiu GOLD II. Vyhodnotením otázok, ktoré sa týkali pľúcnej rehabilitácie sme zistili, že respondenti o nej nemajú dostatok informácií. Len 17% respondentov ju vykonáva aktívne a zároveň rovnaký počet respondentov uvádza, že je pre nich dôležitá a pomáha im. 29% respondentov má mylný názor, že je potrebná len u pacientov v pokročilom štádiu ochorenia. Až 54% respondentov sa vôbec k pľúcnej rehabilitácii nevedelo vyjadriť. Pľúcna rehabilitácia bola starostlivo zhodnotená vo veľkom množstve klinických štúdií. „Rehabilitácia zvyšuje vrchol pracovnej záťaže o 18%, spotrebu O₂ o 11%, vytrvalostný čas o 87% oproti hodnotám v pokoji. Pri hodnotení 6 minútového testu chôdze priniesla zlepšenie o 49 metrov (Musil a kol., 2007). Matula (2009) uvádza, že pacienti vo všetkých štádiách CHOCHP majú úžitok z cvičebných programov v dôsledku ktorých sa zlepšuje tolerancia námahy a zmierňujú sa príznaky dušnosti a únavy. Exacerbácie CHOCHP sa považujú za nepriaznivý prognostický ukazovateľ v dlhodobom priebehu ochorenia. 50% respondentov považuje časté vzplanutia ochorenia za život ohrozujúce, 11% respondentov ich nepovažuje za nebezpečné a až 39% respondentov sa k závažnosti exacerbácie nevedelo vyjadriť. Štatistické výsledky zamerané na kumulatívne prežívanie svedčia o 30% mortalite pacientov s častými ťažkými exacerbáciami CHOCHP v priebehu jedného roka (Bánska, 2006). Viaceré štúdie ukázali, že očkovanie proti chrípke znižuje mortalitu a počet hospitalizovaných pacientov s CHOCHP bez ohľadu na vek a štádium ochorenia (Matula, 2009). Varkey (2008) na základe rôznych štúdií označuje vírusové infekcie horných dýchacích ciest za hlavný rizikový faktor podieľajúci sa v 40 – 60% na všetkých exacerbáciách CHOCHP. Vzhľadom k významnému prínosu očkovania u pacientov s CHOCHP sme prostredníctvom respondentov zisťovali do akej miery sa využíva. Pravidelne každý rok sa dáva zaočkovať proti chrípke len 40% respondentov, 14% respondentov len zriedka a 46% respondentov sa nedáva zaočkovať vôbec. Z výsledkov vyplýva, že očkovanie proti chrípke sa u pacientov dostatočne nevyužíva, aj keď legislatívne podmienky možno považovať u nás za výborné. Dôvodom môže byť nedostatočná informovanosť pacientov, za čo žiaľ nesieme zodpovednosť najmä my, zdravotnícki pracovníci. Pravidelné kontrolné vyšetrenia slúžia k monitorovaniu vývinu ochorenia. Ich cieľom je včasné rozpoznanie zhoršujúcej sa bronchiálnej obštrukcie, prehodnotenie doterajšej liečby a včasná úprava liečby podľa stupňa závažnosti. Zistili sme, že väčšina respondentov (54%) chodí na kontrolné vyšetrenia len pri zhoršení zdravotného stavu, čo možno považovať za prejav ľahostajnosti pacienta k svojmu ochoreniu. Zisťovali sme, odkiaľ respondenti získali informácie z oblasti sekundárnej prevencie CHOCHP, ich spokojnosť s nadobudnutými vedomosťami, ako aj záujem o ich rozšírenie. Najviac respondentov (63%) za zdroj informácií uviedli odbornú – pľúcnu ambulanciu, 23% respondentov uviedlo, že informácie získali počas hospitalizácie na pľúcnom oddelení. Pri zisťovaní spokojnosti s nadobudnutými informáciami až 47% respondentov sa nevedelo vyjadriť, či sú ich vedomosti dostatočné.

Pri zisťovaní záujmu o rozšírenie vedomostí týkajúcich sa CHOCHP prejavili záujem všetci respondenti. Viac ako polovica respondentov (57%) prejavila záujem o rozšírenie vedomostí týkajúcich sa pľúcnej rehabilitácie. 23% respondentov by malo záujem o informácie týkajúce sa choroby, 13% respondentov prejavilo záujem o správnu inhalačnú techniku a 7% respondentov o informácie týkajúce sa životného štýlu a životosprávy.

Záver

Na základe výsledkov štúdie sme zistili, že respondenti majú určité nedostatky v oblasti sekundárnej prevencie CHOCHP. Je na sestrách, aby zistené nedostatky vedeli náležite uplatniť v ošetrovateľskej praxi, či už prostredníctvom edukačných stretnutí na pľúcnych oddeleniach alebo pľúcnych ambulanciách, alebo sprístupnením informácií pre pacientov prostredníctvom edukačných materiálov, odporúčaním internetových stránok a kontaktov na občianske združenia.

Na základe teoretických vedomostí a štúdiou zistených skutočností navrhujeme tieto odporúčania pre prax:

Pre vedenie zdravotníckych zariadení: zvýšiť počet sestier na oddelení a vytvoriť podmienky vhodné na edukáciu pacientov.

Pre sestry v klinickej praxi: realizovať na oddeleniach a odborných pľúcnych ambulanciách edukačné programy pre pacientov s CHOCHP, podporovať pacientov v eliminácii rizikových faktorov CHOCHP – apelovať na ukončenie fajčenia, edukovať pacientov o možnostiach nefarmakologickej prevencie vrátane režimových opatrení, výživy, pitného režimu, presadzovať na oddeleniach nutnosť fyzioterapeuta, kontaktovať pacientov na občianske združenia (Občianske združenie Respiro, Stop fajčeniu...).

Pre spoločnosť: zvyšovať informovanosť laickej verejnosti o ochorení prostredníctvom rôznych prezentácií, masmédií (Svetový deň CHOCHP), zaviesť vakcináciu proti chrípke do programu povinných očkovaní u pacientov s CHOCHP a zabezpečiť plnú úhradu vakcíny proti pneumokokom zo zdravotného poistenia.

Niektoré faktory, ktoré sa podieľajú na výskyte a závažnosti priebehu choroby ovplyvniť nemôžeme, iné však áno. Úlohou sestier je motivovať pacientov v starostlivosti o seba, vzdelávať ich a umožniť im viesť plnohodnotný život. Naučiť ich spolupracovať pri liečbe, pretože platí, že pacient, ktorý sa naučí dobre zvládať ochorenie, je podstatne menej postihnutý než ten, ktorý je len pasívnym účastníkom liečby.

Zoznam použitej literatúry

1. BÁNSKA, K. 2006 Exacerbácie CHOCHP - znak zlého osudu. In *Kompendium medicíny* : revue z odborných kongresov, zjazdov a sympózií. ISSN 1335-4477, 2006, roč. XI, č. 23, s. 10 – 12.
2. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
3. GOLD. Global Strategy for the diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [online]. 2009. 100 s. [cit. 2010.12.12.] Dostupné na internete: <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?11=2&12=1&intId=989>.
4. CHOVAN, L. 2006. Manažment chronickej obštrukčnej choroby pľúc. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2006, roč. 4, č.1, s. 10–12.

5. KAŠÁK, V. 2006. *Chronická obstrukční plicní nemoc*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2006. 187 s. ISBN 80-7345-082-8.
6. KOBER, L.- SOLOVIČ, I.- LITVA, V.- SISKÁ, V. 2018. Social determinants and interventions in tuberculosis (Sociálne determinanty a intervencie pri tuberkulóze). In *Studia pneumologica et phthiseologica*. Praha: Trios, 2018, **78**(3), 91-95. ISSN 1213-810X.
7. KOLEK, V. – KAŠÁK, V. a kol. 2010. *Pneumologie*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2010. 423 s. ISBN 978-80-7345-220-9.
8. KRIŠTÚFEK, P. – CHOVAN, L. 2001. *Národné smernice pre optimálnu diagnostiku a liečbu chronickej obštrukčnej choroby pľúc v SR – inovácie smerníc z 1997 na základe GOLD*. Bratislava : Slovenská pneumologická a fizeologická spoločnosť, 2001.
9. MAGUROVÁ, D. – MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
10. MARTINICKÝ, D. 2009. Včasná liečba CHOCHP – čo hovoria EBM dáta? In *Kompendium medicíny – XV. bardejovské dni pneumológov a fizeológov*. ISSN 1336-4871, 2009, č. 11, s. 20-24.
11. MATULA, B. 2009. Liečba chronickej obštrukčnej choroby pľúc. In *Edukafarm medinews*. ISSN 1336-3239, 2009, roč. 7, č. 4, s. 143-146.
12. MUSIL, J. – VONDRA, V. - KOS, S. a kol. 2007. *Světová strategie diagnostiky, léčby a prevence CHOPN*. 1. vyd. Praha: Vltavín, 2007. 164 s. ISBN 80-86587-22-3.
13. ROZBORILOVÁ, E. 2005. Chronická obštrukčná choroba pľúc. In *Via Pract.* ISSN 1336-4790, 2005, roč.2, s. 89-93.
14. ŠUPÍNOVÁ, M. - KURTÍKOVÁ, E.:2017. Kvalita života detského pacienta s astmou bronchiale. zost. M. Šupínová, zost. B. Frčová, zost. F. Sasváry. In: *Nursing in Practice: Scientific monography*. Budapest: Expharma, 2017. - ISBN 978-963-12-9678-5. - S. 379-404.
15. VARKEY, J. – VARKEY, B. 2008. Virové infekce u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. In *Curr Opin Pulm Med*. ISSN 1214-4738, 2008, roč. 5, č. 2, s. 25-29.
16. VONDRA, V. 2007. Konsenzus současné terapie stabilizované chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). In *Stud Pneumol Phthiseol*. ISSN 1213-810X, 2007, roč.67, č. 2, s. 49–53.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

e-mail: annamurgov@gmail.com

BIOCHEMICKÉ MARKERY A DENZITOMETRICKÉ PARAMETRE OSTEOPORÓZY U POSTMENOPUZÁLNYCH ŽIEN

Biochemical markers and densitometric parameters of osteoporosis in postmenopausal women

Mydlárová Blaščáková M., Tomková Z., Poráčová J., Petrejčíková E.,
Avuková A., Sedlák V., Zigová M., Tomková S., Konečná M.

Úvod

Osteoporóza je metabolické ochorenie kostného tkaniva, ktoré postihuje v súčasnosti čoraz viac jedincov. Toto ochorenie spolu so srdcovocievnyimi a nádorovými ochoreniami sa zaraďuje k civilizačným ochoreniam. Osteoporóza sa dlhodobo nemusí nijak prejavovať, preto je častokrát označovaná ako tichá epidémia alebo tichý zlodej kostí. Postihuje obe pohlavia, preto je dôležité venovať pozornosť mužom a ženám (Broulík 2009, Majerník 2015). Prevalencia tohto ochorenia má stúpajúcu tendenciu. Na rozvoji osteoporózy sa podieľa mnoho faktorov. Predispozičnými rizikovými faktormi sú vek, pohlavie, etnická príslušnosť a u žien oneskorené menarché a nuliparilita (Broulík 2011). Vznik osteoporózy u žien súvisí s poklesom produkcie pohlavných hormónov, čo má za následok rýchlejšie odbúravanie kostnej hmoty (Štěpán a Wendl 1998). Nízka hustota kostnej hmoty (body mass density–BMD) môže byť podmienená geneticky, výživou, životným štýlom, užívaním drog a omamných látok, fajčením, zníženými hodnotami estrogénov (Lewiecky 2012, Dervis 2005). S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje počet osteoporotických zlomenín, ktoré svojimi následkami výrazne zhoršujú kvalitu života jedinca, zapríčínujú zvýšenú chorobnosť a úmrtnosť (Broulík 2009, Bonnick et al. 2010). Včasná správna diagnostika osteoporózy je základnou podmienkou pre zavedenie preventívnych a terapeutických opatrení. V súčasnosti narastá výskyt tzv. senilnej formy tohto ochorenia, čo súvisí s predlžovaním strednej dĺžky života. S pribúdajúcim počtom postihnutých pacientov narastajú aj náklady spojené s liečbou tohto ochorenia. Medzi najviac rizikové patria zlomeniny profimálneho femuru. V krajinách s vyspelým zdravotníckym systémom sa mortalita do jedného roka po úraze pohybuje približne okolo 15 – 20 %. Päťdesiat percent jedincov, ktorí zlomeninu a komplikácie s ňou spojené prežijú zostávajú vo väčšej, resp. menšej miere hendikepovaní (Hrčková a Šarapatková 2004). Na zistenie množstva kostnej minerálnej denzity (BMD) sa používa osteodenzitometria. Pre posúdenie stavu kostného metabolizmu je nevyhnutné biochemické vyšetrenie. K základným vyšetreniam patria sérové a močové koncentrácie minerálnych prvkov – Ca, P, VitDtotal. O rýchlosti remodelačného procesu nás informujú osteoformačné a osteoresorpčné biochemické markery (Mydlárová Blaščáková et al. 2017). Relatívne rýchlo reagujú na účinnú terapiu, na základe nich je možné neinvazívne posúdiť jej efektívnosť, respektíve potrebu jej intenzifikácie (Blahoš a Poršová-Dutoit 1992, Štěpán 1990). Zmeny biochemických markerov kostnej remodelácie nie sú špecifické pre určité kostné choroby. Naopak vypovedajú o zmene stavu kostnej remodelácie nezávisle na ich príčine (diagnoze). Biochemické markery kostnej remodelácie musia splniť kritérium špecificity pre kostné tkanivo (napr. kostná alkalická fosfatáza (ALP) alebo osteokalcín sú špecifické pre osteoblasty) a kritérium senzitivity (toto hľadisko je významné pri niektorých kostných ochoreniach, napr. pri osteoporóze). Zvýšená rýchlosť kostného obratu môže predpovedať

riziko osteoporotickej fraktúry, a to nezávislé od hustoty kostnej hmoty (Payer et al. 2012). Markery doporučené pre klinickú prax mali by byť štandardizované a metodicky dostupné v praxi (Zima et al. 2007).

Cieľ výskumu

Cieľom našej štúdie bolo analyzovať vybrané biochemické markery – osteokalcín (OC), C-terminálny telopeptid kolagénu typu I (CTx) a minerálne prvky – vápnik (Ca), fosfor (P), vitamín D-total (VitDtotal), denzitometrické parametre (BMD a T-skóre) vo dvoch skupinách postmenopauzálnych žien (kontrolná skupina žien verzus skupina žien s diagnostikovanou osteoporózou), štatisticky spracovať a vyhodnotiť namerané údaje.

Charakteristika súboru a metodika

Výskumný súbor tvorilo 100 postmenopauzálnych žien, ktoré boli rozdelené do dvoch skupín (osteoporotická skupina $n = 50$ žien, priemerný vek $66,56 \pm 10,32$ rokov; kontrolná skupina $n = 50$ žien, priemerný vek $53,94 \pm 6,47$ rokov) na základne denzitometrických kritérií podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO 1994) a zhodnotenia ich zdravotného stavu (mali postmenopauzálny stav, predtým pravidelnú menštruáciu), neprijímali lieky ovplyvňujúce metabolizmus tvrdého tkaniva (napr. glukokortikoidy, heparín, warfarín, cyklosporín, lieky proti rakovine, hormón štítnej žľazy). Meranie kostnej minerálnej denzity (body massdensity – BMD) sa uskutočnilo prostredníctvom celotelového denzitometra DXA Hologic (DXA HologicDiscovery, HologicInc., Waltham, MA, USA) v oblasti lumbálnej chrbtice (L1 – L4), krčku femuru. Vzorka venóznej krvi bola odobraná z vena medianacubitydo skúmaviek s obsahom antikoagulačného činidla. Z krvných vzoriek bolo centrifugáciou (Selecta R, Španielsko) separované krvné sérum, v ktorom sa stanovovali vybrané markery: OC (osteokalcín) – osteoformačnýmarker, CTx (C-terminálny telopeptid kolagénu typu I) – osteoresorpčnýmarker a minerálne prvky Ca, P a VitDtotal. Na stanovenie týchto vybraných parametrov bol použitý imunochemický analyzátor Cobas e411 (Roche, Japonsko) a biochemický plnoautomatizovaný analyzátor CobasIntegra 400plus (Roche, Švajčiarsko). Všetky namerané údaje boli štatisticky spracované prostredníctvom programov Excel 2010 a štatistického programu – Statistica verzia 12. Štatisticky významný rozdiel medzi skupinami v jednotlivých parametroch sme zistili prostredníctvom Studentovho T-testu.

Kritériom štatistickej významnosti pre všetky testy bolo $p < 0,05$. Protokol vedeckej štúdie schválila etická komisia Prešovskej univerzity. Štúdia sa uskutočnila po získaní písomného informovaného súhlasu všetkých jedincov a v súlade s etickými zásadami založenými na Helsinskej deklarácii.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

V tabuľke 1 sú uvedené štatistické hodnoty jednotlivých osteoformačných a osteoresorpčných biochemických markerov a minerálnych prvkov v osteoporotickej a kontrolnej skupine žien.

Tab. 1 Hodnoty biochemických markerov v sledovaných skupinách žien

| parameter | skupina | N | priemer | ±SD | p |
|-----------------------------|---------|----|---------|------|--------|
| OC (ng/l) | KS | 50 | 16,09 | 6,87 | 0,00** |
| | OS | 50 | 11,60 | 7,30 | |
| CTx (ng/l) | KS | 50 | 0,19 | 0,10 | 0,00** |
| | OS | 50 | 0,12 | 0,09 | |
| VitDtotal (nmo/l) | KS | 50 | 18,12 | 8,96 | 0,05* |
| | OS | 50 | 14,37 | 9,67 | |
| Ca (mmol/l) | KS | 50 | 2,53 | 0,14 | 0,00** |
| | OS | 50 | 1,43 | 0,78 | |
| P (nmol/l) | KS | 50 | 1,33 | 0,21 | 0,39 |
| | OS | 50 | 1,43 | 0,79 | |

N – početnosť, p – hodnota, ±SD – smerodajná odchýlka, KS – kontrolná skupina žien, OS – skupina žien s diagnostikovanou osteoporózou, OC – osteokalcín, CTx – C-terminálny telopeptid **kolagénu typu I**, VitDtotal – celkový **vitamín D**, Ca – **vápnik**, P – **fosfor**

V biochemických parametroch OC, CTx, Ca sme na základe štatistického vyhodnotenia výsledkov, prostredníctvom Studentovho T-testu, zistili štatistickú významnosť ($p < 0,001$) medzi OS a KS. V biochemickom parametri VitDtotal bola zistená štatistická významnosť ($p < 0,05$) medzi OS a KS.

Priemerná hodnota OC v kontrolnej skupine ($16,09 \pm 6,87$ ng/ml) sa pohybuje v rozmedzí referenčných hodnôt. V osteoporotickej skupine sme zaznamenali znížené priemerné hodnoty OC ($11,60 \pm 7,3$ ng/ml) oproti referenčným hodnotám, ktoré uvádza Kováčová (2013) pre postmenopauzálnu ženu (15 – 46 ng/ml).

Taktiež môžeme skonštatovať, že priemerné hodnoty Ca v kontrolnej skupine boli v rozmedzí referenčných hodnôt (2,15 – 2,55 mmol/l), ale v osteoporotickej skupine sme zistili výrazne znížené hodnoty tohto prvku ($1,43 \pm 0,78$ mmol/l). Priemerné hodnoty minerálneho prvku fosfor – P boli v rozmedzí referenčných hodnôt ($0,85 \pm 1,50$ mmol/l) v oboch sledovaných skupinách postmenopauzálnych žien.

Referenčné hodnoty pre CTx sú u postmenopauzálnych žien stanovené v rozmedzí 0,034 – 1,037 ng/ml. Obe skupiny postmenopauzálnych žien v našom súbore mali znížené priemerné hodnoty CTx v porovnaní s referenčnými hodnotami, odôvodňujeme to veľkosťou skúmaného súboru. Do úvahy u postmenopauzálnych žien s osteoporózou nebola braná medikamentózna liečba.

Referenčné hodnoty pre VitDtotal sú 15 – 45,28 ng/ml (OUSA 2012). V našej sledovanej kontrolnej skupine žien boli zistené priemerné hodnoty VitDtotal $18,12 \pm 8,96$ ng/ml a v osteoporotickej skupine $14,37 \pm 9,67$ ng/ml. Na základe toho možno konštatovať, že namerané hodnoty VitDtotal v osteoporotickej skupine boli mierne znížené.

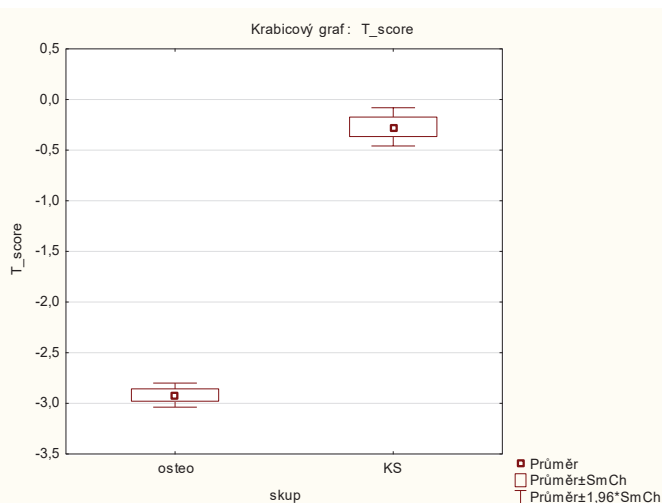
V tabuľke 2 uvádzame štatistické hodnoty BMD a T-skóre v osteoporotickej aj kontrolnej skupine žien. Normálne hodnoty T-skóre podľa WHO (1994) sú do -1. Osteopénia je diagnostikovaná ak sú hodnoty v rozmedzí -1 až -2,5 a osteoporózu možno diagnostikovať ak je nameraná hodnota nižšia ako -2,5. Z tabuľky 2 a grafu 1 vyplýva, že priemerná hodnota T-skóre bola v kontrolnej skupine $-0,27 \pm 0,6$; čo zaradzujeme do kategórie norma, zatiaľ čo hodnota T-skóre nameraná v osteoporotickej skupine bola $-2,92 \pm 0,43$. Táto hodnota bola nižšia ako -2,5; a teda spadá do kategórie osteoporóza. Vypočítaná priemerná hodnota BMD (body massdensity – hustota kostnej hmoty) v kontrolnej skupine bola $0,56 \pm 0,08$ g/cm² a v osteoporotickej skupine $0,72 \pm 0,09$ g/cm².

Prostredníctvom Studentovho T-testu sme zistili štatistickú významnosť ($p < 0,001$) medzi OS a KS v parametroch BMD a T-skóre.

Tab. 2 Hodnoty denzitometrických parametrov v sledovaných skupinách žien

| parameter | skupina | N | priemer | ±SD | p |
|-----------------------------|---------|----|---------|------|--------|
| BMD (g/cm ²) | KS | 50 | 0,56 | 0,08 | 0,00** |
| | OS | 50 | 0,72 | 0,09 | |
| T-skóre | KS | 50 | -0,27 | 0,67 | 0,00** |
| | OS | 50 | -2,92 | 0,43 | |

N – početnosť, p – hodnota, ±SD – smerodajná odchýlka, KS – kontrolná skupina žien, OS – skupina žien s diagnostikovanou osteoporózou, BMD – body massdensity (kostná minerálna hustota)



Graf 1 Grafické znázornenie hodnôt T-skóre v osteoporotickej a kontrolnej skupine postmenopauzálnych žien

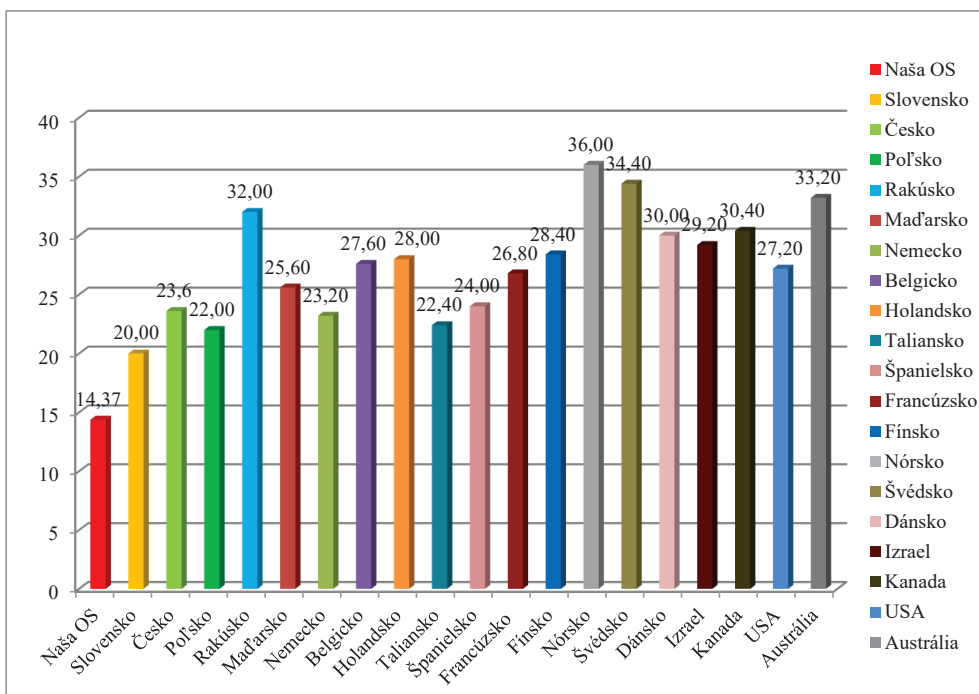
Diskusia

Turki, Al-Osami a Mohamed (2013) vo svojej vedeckej štúdiu, ktorú realizovali v Iraku, u 57 postmenopauzálnych žien (KS=27 postmenopauzálnych žien, priemerný vek 58,44 rokov), (OS=30 postmenopauzálnych žien, priemerný vek 59,70 rokov) sledovali hodnoty OC a Ca. V kontrolnej skupine postmenopauzálnych žien bola priemerná hodnota OC 22,15 ng/ml a Ca 2,25 mmol/l. V našom skúmanom súbore bola vypočítaná priemerná hodnota osteokalcínu (OC) v kontrolnej skupine postmenopauzálnych žien 16,09 ng/ml, čo je v priemere až o 5,25 ng/ml menej v porovnaní s irackou populáciou. V skupine osteoporotických irackých žien boli namerané priemerné hodnoty OC 30,97 ng/ml, Ca 2,20 mmol/l. V našej skupine žien s osteoporózou bola vypočítaná priemerná hodnota OC iba 11,60 ng/ml. Predpokladáme, že išlo o menší počet probandov a vplyv etnicity. Referenčné hodnoty pre tento parameter sú u postmenopauzálnych žien 15 – 46 ng/ml.

Výskumný súbor štúdie Hamdi et al. (2013) tvorilo 44 postmenopauzálnych irackých žien vo veku 51 až 68 rokov, ktoré boli rozdelené do dvoch skupín. V prvej skupine bolo 23 žien s diagnostikovanou primárnou osteoporózou. Druhá skupina pozostávala z 21 žien bez diagnostiky primárnej osteoporózy. V prvej skupine žien boli namerané priemerné hodnoty foforu – P 1,13 mmol/l a v druhej skupine 1,15 mmol/l. Na základe tohto možno konštatovať, že priemerné hodnoty P v našich sledovaných skupinách žien boli vyššie ako uvádzajú spomínaní autori (KS = $1,33 \pm 0,21$ mmol/l, OS = $1,43 \pm 0,79$ mmol/l).

Garnero, Borel a Delmas (2001) uskutočnili vedeckú štúdiu u 728 zdravých žien vo veku od 30 – 89 rokov. Skúmaný súbor žien bol rozdelený do troch skupín: 1. skupinu tvorilo 254 premenopauzálnych žien, 2. skupinu tvorilo 45 perimenopauzálnych žien a 3. skupinu 429 postmenopauzálnych žien vo veku od 45 – 89 rokov. V skupine postmenopauzálnych žien autori vypočítali priemernú hodnotu CTx v krvnom sére 0,556 ng/ml. V našej kontrolnej skupine sme u postmenopauzálnych žien vypočítali priemernú hodnotu CTx $0,19 \pm 0,10$ ng/ml a v osteoporotickej skupine sme zistili priemernú hodnotu $0,12 \pm 0,09$ ng/ml. V porovnaní so štúdiou Garnera, Borela a Delmasa (2001) môžeme konštatovať, že v oboch našich sledovaných skupinách sme zistili nižšie priemerné hodnoty CTx (Tab. 1).

Lips a kol. (2001) uskutočnili globálnu štúdiu. Zúčastnilo sa jej celkovo 7 564 postmenopauzálnych osteoporotických žien z 25 krajín sveta a piatich kontinentov. V grafe 2 zobrazujeme porovnanie priemerných hodnôt VitDtotal našej osteoporotickej skupiny žien s vybranými skupinami postmenopauzálnych osteoporotických žien z rôznych krajín sveta.



Graf 2 Porovnanie priemerných hodnôt VitDtotal(ng/ml) u postmenopauzálnych žien s osteoporózou

Z grafu 2 vyplýva, že v našej osteoporotickej skupine žien boli namerané najnižšie priemerné hodnoty VitDtotal spomedzi všetkých porovnávaných skupín žien. Druhá najnižšia koncentrácia VitDtotal stanovená v inej štúdii u 17 slovenských žien a bola 20,00 ng/ml. U 152 poľských postmenopauzálnych žien bola stanovená tretia najnižšia koncentrácia, a to 22 ng/ml. V priemere štvrtá najnižšia koncentrácia VitDtotal bola stanovená u Talianiek ($n = 200$), išlo o priemernú hodnotu 22,40 ng/ml. O niečo vyššia koncentrácia VitDtotal (23,20 ng/ml) v krvnom sére bola zistená u pacientok z Nemecka ($n = 31$). Priemerná hodnota 23,60 ng/ml bola nameraná u 262 pacientok z Belgicka. Medzi štáty, v ktorých sa u osteoporotických postmenopauzálnych žien vypočítali priemerné hodnoty koncentrácie VitDtotal 30,00 ng/ml a vyššie patrili Dánsko (30,00 ng/ml), Kanada (30,40 ng/ml), Rakúsko (32,00 ng/ml), Švédsko (34,40 ng/ml) a najvyššia priemerná hodnota VitDtotal bola vypočítaná u nórskeho žien (36,00 ng/ml). Osteopóza je najčastejšie asociovaná s nedostatočným príjmom vápnika a vitamínu D. Jednou z hlavných funkcií vitamínu D je regulácia kalciumfosfátového metabolizmu na podklade reoprcie z čreva.

Vitamín D sa podieľa na regulácii aktivity osteoklastov a osteoblastov v procese kostnej remodelácie. Nedostatok vitamínu D spoločne s deficitným prísunom kalcia vedie k významnému urýchleniu procesov rozvoja osteoporózy s významným vzostupom osteoporotických fraktúr, čo je typické najviac pre ženy po menopauze a seniorsku populáciu (Hrdý a Novosad 2014).

Záver

Vyšetrenie biochemických markerov kostnej remodelácie umožňuje stanovenie stupňa metabolického kostného obratu. To môže byť prínosom v diferenciálnej diagnostike, pri sprasnení rizika vzniku zlomeniny u starších žien a pri posúdení vhodnosti nasadenej liečby. Výsledky biochemických markerov nemôžeme interpretovať priamo ako mieru množstva vytvorenej alebo stratenej kostnej hmoty. Je potrebné sledovať spôsob uvoľňovania markerov z kostných buniek, biologickú variabilitu koncentrácie markerov podmienenú cirkadiánnymi rytmiami, ako aj sezónne vplyvy, výživu a iné faktory.

Pod'akovanie

Štúdia bola realizovaná za pomoci projektu VEGA č. 1/0461/19 a KEGA č. 018PU-4/2018.

Zoznam použitej literatúry

BLAHOŠ, J., -PORŠOVÁ-DUTOIT, I. 1992. Prevence a léčba osteoporózy. In *Reumatológia*. ISSN 0034-6233, 1992, roč. 6, č. 1, s. 1-8.

BONNICK, S. L., -HARRIS, S. T., a kol. 2010. NAMS continuing medical education activity. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. In *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. ISSN 1072-3714, 2010, roč. 17, č. 1, s. 1-34.

BROULÍK, P. 2009. *Osteoporóza a její léčba*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 48 s. ISBN 978-80-7345-176-9.

BROULIK, P. 2011. *Postmenopauzální osteoporóza*. Praktické rady lékaře. 1. vydanie. Praha: Mladá fronta, 2011. 47 s. ISBN 978-80-204-2342-2349.

DERVIS, E. 2005. Oral implications of osteoporosis. In *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. ISSN 0030-4220, 2005, roč. 100, č. 3, s. 349-356.

GARNERO, P., -BOREL, O., a kol. 2001. Evaluation of fully automated serum assay for C-terminal cross-link telopeptide of type I collagen in osteoporosis. In *Clin Chem*. ISSN 1530-8561, 2001, roč. 47, č. 4, s. 694-702.

HAMDI, R. A., 2013. Evaluation of Serum Osteocalcin Level in Iraqi Postmenopausal Women with Primary Osteoporosis. In *J Fac Med Baghdad*. ISSN 2410-8057, 2013, roč. 55, č. 2, s. 166-169.

HRČKOVÁ Y., -ŠARAPATKOVÁ H. 2004. Osteoporóza. In *Interni Med*. ISSN 0888-2479, 2004, roč. 6, č. 1, s. 37-39.

HRDÝ, P., -NOVOSAD, P. 2014. Zásadní role vitamínu D v léčbě osteoporózy. In *Klin Farmakol Farm*. ISSN 1803-5353, 2014, roč. 28, č. 3, s. 105-107.

KOVÁČOVÁ, A., 2013. Markery kostného metabolizmu. In: *Metodické listy*. s. 1-2. [online]. [cit. 2015 - 03 - 15]. Dostupné na internete: www.laboratornadiagnostika.sk/subor/.../markery-kostneho-metabolizmu.

LEWIECKI, E. M. 2012. To treat or not to treat: reducing fracture risk in postmenopausal women. In *The Female Patient*. ISSN 0364-1198, 2012, roč. 37, č. 1, s. 11-16.

LIPS, P. a kol. 2001. A Global Study of Vitamin D Status and Parathyroid Function in Postmenopausal Women with Osteoporosis: Baseline Data from the Multiple Outcomes of

- Raloxifene Evaluation Clinical Trial. In *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. ISSN 1945-7197, 2001, roč. 86, č. 3, s. 1212–122.
- MAJERNÍK, M. 2015. *Asociácia polymorfizmu rs74434454 CER1 génu s biochemickými markermi u postmenopauzálnych žien*: diplomová práca. Prešov: FHPV.
- MYDLÁROVÁ BLAŠČÁKOVÁ, M., -BLAŠČÁKOVÁ, E., a kol. 2017. Relationship between A163G osteoprotegerin gene polymorphism and other osteoporosis parameters in Roma and non-Roma postmenopausal women in eastern Slovakia. In *J Clin Lab Anal*. ISSN 0887-8013, 2017; roč. 31, č. 5, s. e22093.
- OUSA. 2012. *Referenčné hodnoty*. [online]. [cit. 2015-02-05]. Dostupné na internete: http://www.ousa.sk/_img/Documents/okb/Referencne_hodnoty_OKB.pdf.
- PAYER, J., -KILLINGER, Z. a kol. 2012. *Osteoporóza*. 1. vyd. Praha: Herba, 2012. 250 s. ISBN 978-80-89171-84-1.
- ŠTĚPÁN, J. 1990. *Syndróm osteoporózy*. Praha: Avicenum, 1990, 202 s. ISBN 80-85526-08-5.
- ŠTĚPÁN, J., -WENDL, J. 1998. *Osteoporóza v praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 1998. 122 s. ISBN 80-385875-82-9.
- TURKI, K. M., -AL-OSAMI, M. H., a kol. 2013. Evaluation of Serum Osteocalcin and Osteopontin Levels as Bone Biochemical Markers in Postmenopausal Women. In *Al-Kindy College Medical Journal*. ISSN 1810-9543, 2013, roč. 9, č. 2, s. 40-44.
- WHO. 1994. *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis*: report of a WHO study group [meeting held in Rome from 22 to 25 June 1992]. [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné na internete: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39142>.
- ZIMA, T. a kol. 2007. *Laboratorní diagnostika*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 906 s. ISBN 978-80-7262-372-3.

Kontakt na autora:

RNDr. Marta Mydlárová Blaščáková, PhD.
 Prešovská univerzita v Prešove
 Fakulta humanitných a prírodných vied
 Katedra biológie
 Prešov
marta.blascakova@unipo.sk

Odborníci z klinickej praxe:

MUDr. Zlatica Tomková
 Osteocentrum, s.r.o.
 Hollého 14/D, Prešov

MUDr. Soňa Tomková, PhD.
 Nemocnica Košice-Šaca, a.s.
 Lúčna 57, Košice Šaca

APPLICATION OF INTEGRATED PROGRAMMES ON PHYSICAL REHABILITATION TO THE FEMALE STUDENTS WITH OBESITY AND RISK OF METABOLIC SYNDROME

Myronyuk I., Dub M.

Introduction

The problem of overweight and obesity prevalence among the student youth gains a special relevancy as adipositis harms their health and life quality. The reasons of growth in body weight gain of the average student youth are associated by a number of authors with their modern way of life, which differs by a high academic load, low physical activity connected with a sedentary lifestyle, stressful situations, irrational nutrition and sufficient spread of bad habits [1, 12].

The importance of the obesity problems among the youth of average age is also conditioned by a high risk of disease development of cardiovascular system, II-type diabetes, digestive system, musculo-skeletal system and psychiatric disturbance. Given that the majority of the authors emphasise on obesity to become the key problem of the modern society [3, 7, 12], the issue of search and justification of the integrated rehabilitation programmes of physical rehabilitation in the female students with obesity and risk of metabolic syndrome becomes challenging both for timely overweight correction and prevention of a series of diseases in a more maturity age.

The **research objective** is to justify an application of the most balanced measures of physical rehabilitation on the grounds of the analysis of modern scientific approaches to the body weight correction.

Research result

The means and methods of physical rehabilitation, including diet therapy, physical exercises, which find its wide application at all treatment stages of the women with obesity and body overweight, shall be a basis of correction-recovery programmes [1].

Physical trainings are the key component of the integrated programme of physical rehabilitation. The most studies dedicated to use of physical exercises in treatment and prevention of the II-type diabetes, obesity and metabolic syndrome describe the action of the dynamic aerobic exercises. It is regarded that the aerobic exercises specially improve tissue sensitivity to insulin. However, dynamic exercises are rather difficult for the persons with obesity being associated with the number of underlying diseases that are often observed in these patients, and their general severe state - in this case the application of aerobic exercise cannot always be performed [11].

The particular investigations are based in the application of anaerobic strength training, which, according to the authors, leads to system changes and, thus, to a certain extent neutralize metabolic and functional disorders connected with MS development - in particular, improving tissue sensitivity to insulin at the expense of muscle mass increase and promoting II-type diabetes development risk decrease. In addition, resistance training optimizes the process of weight loss preventing the muscle tissue loss [2, 16]. It is found that interval

aerobic exercises of average intensity with duration of more than 150 minutes per week are more efficient in comparison with the remote aerobic exercises.

Numerous investigations have proven that physical exercises are an efficient way to fight against the carbohydrate metabolism disorder. Increasing physical activity favours to use of intramuscular triglycerides (TG) and free fatty acids as energy material and insulin resistance reduction.

In a multi-factorial clinical study of DPP (Diabetes Prevention Program), it was demonstrated that the patients with insulin resistance using exercise, diet and changed their lifestyle resulted in decrease in number of new cases of II-type diabetes more effectively than the use of drug therapy [13].

Motoractivity in aquatic environment can be one of the most efficient means of functional capabilities increase in physical training of the patients with obesity. This type of fitness as Aqua aerobics should be considered as a means of hydrokinesitherapy for those who suffer from overweight. The mechanism of positive action of the exercises in water is displayed in the active training of the breathing muscles and thoracic mobility increase, strengthening of pulmonary ventilation and gas exchange. The exercises with application aqua fitness means can be recommended along with the swimming[5].

Some of the authors in the correction and body weight loss programme recommend using Nordic walking programmes for the women with overweight and obesity in order to improve the functional status of the cardiovascular system, work of inhale muscles and BMI reduction [11].

The positive effect in body overweight and obesity correction is marked by breathing exercise application. Since, the persons with obesity are observed to have increased respiratory frequency, decreased respiratory volume, respiratory muscles weakening, a need is strongly appears in ventilation when doing physical exercises the aim of which is to improve the strength and endurance of respiratory muscles. According to a number of authors, deep breathing together with other physical exercises positively influence upon the body composition and respiratory system, in combination with physical exercises results in fat oxidation increase and total energy consumption [7].

Many clinical, experimental and epidemiological studies have demonstrated the feasibility of widespread implementation of the therapeutic nutrition principles in a comprehensive program to combat obesity and metabolic syndrome. Among the dietary menus being currently used for the MS prevention and treatment, there are three most common options to be identified: a diet with limited fat intake, low-carb diets and a diet with a moderate restriction of fats and carbohydrates ("Mediterranean" diet). The goal of a diet therapy in overweight and obesity treatment is to create a negative energetic balance or calory deficiency. Depending on BMI these values will differ. In the diet of the patients with overweight having diabetes of the II type or more risk factors for cardiovascular pathology and patients with obesity I degree, the energy value of the products they consume should be reduced by 500 kcal / day. This energy deficiency allows to decrease the body weight approximately to 0.5 kg/week and loose about 10% from the initial body weight for 6 month. The patients with obesity of II-III degree should use more aggressive diet with energy deficiency of 500-1000 kcal/day, which allow to spend about 1 kg of the body weight per week and 10% from the initial body weight for 6 month [11].

Psychotherapy is an obligatory component of the integrated programmes on physical rehabilitation as stated in many investigations, the purpose of which is to form in patients an adequate attitude to their state, reduce emotional stress, train the methods of mental self-regulation, form optimistic social attitudes, increase commitment to the implementation of therapeutic and rehabilitation recommendations and participate in rehabilitation programmes and secondary prevention. Alongside with the physical rehabilitation means, the obesity therapy applies the factors of electro-magnetic, mechanic and thermal nature [6]. When using carbon dioxide-hydrogen sulfide baths, the normal ratio of inhibitory and excitatory processes in the cerebral cortex was restored, the rheological properties of blood were improved; the synthesis of low-density lipoproteins (LDL) was reduced.

Modification of the lifestyle, being recognized as a perspective trend in therapy and rehabilitation of thematic patients, is an important condition of physical rehabilitation of persons with obesity. Increase of daily physical activity is recognized as a dominating stage of lifestyle modifications, which is considered as an accessible, simple and efficient prevention method of metabolic syndrome, II-type diabetes and cardio-vascular complications [2].

Conclusion

1. The reasons of decrease/increase of student youth's body weight is connected with their modern lifestyle, namely, with high academic loads, low physical activity connected with a sedentary lifestyle, stressful situations, irrational nutrition and sufficient spread of bad habits.

2. Complex approach is obligatory in a recovery therapy of the patients with obesity and risk of metabolic syndrome development. Kinesitherapy plays an indispensable role in the rehabilitation of the patients with obesity, however, the issues of proper characteristics of physical activity for young people remain unsolved.

3. The issue of strength and aerobic exercises remains discussable and requires further research, especially among the persons of youthful stage.

In view of the above, it can be noted about the perspectives of further searches of long-term programmes application on body weight decrease in the female students with obesity and risk of metabolic syndrome development.

Literatúra

1. Vlasenko M.V., Semeniuk I.V., Slobodyanyuk G.G. Diabetes and obesity – a 21st century epidemic: a modern approach to the problem. *Ukrainian Therapeutic Journal*. 2014; (2): 50-5.
2. Dmitrieva O.Yu. Non-drug methods of prevention and treatment of metabolic syndrome / O.Yu. Dmitriev // *Metabolic Syndrome* / [Ed. GE Reitberg] – M.: MEDpress-inform, 2007. – P.161-180.
3. Yermolenko N.O., Zarudna O.I., Golik I.V. Obesity – the problem of the present. *Nursing*. 2016. – № 1. – P. 23-26.
4. Zharova I. Modern view of the problem of the use of physical rehabilitation in persons with primary constitutionally-exogenous form of obesity. *Theory and methodology of physical education and sport*. – 2014. – № 1. – P. 28-31.
5. Zhukov T.A. Influence of hydro aerobics classes on the level of development of physical qualities of women of mature age: On the effectiveness of training and

- competitive activity in sports (TP Zinevich scientific-pedagogical school): materials Intern. scientific-practical Conf. Minsk; 2008. – P. 219-221.
6. Kravchuk L.D. Pathogenetic substantiation of the use of physical rehabilitation in patients with exogenous-constitutional obesity and flat feet. Theory and Method of Phys. education and sports. 2011; (2): 57-9.
 7. Ovdiiy M.O. Application of the program of metered walking and breathing exercises for the correction of overweight in young people. diss. for the degree of Candidate of Medical Sciences, 2015. – 139 p.
 8. Aerobic exercise alone results in clinically significant weight loss for men and women: Midwest exercise trial 2 / J. E. Donnelly, J. J. Honas, B. K. Smith [et al.] // *Obesity*. – 2013. – Vol. 21 (3). – P. E219-E28.
 9. Efficacy of Nordic walking in obesity management / H. Figard-Fabre, N. Fabre, A. Leonardi [et al.] // *Int J Sports Med*. – 2011. – Vol. 32, № 6. – P. 407-414.
 10. Effects of exercise on appetite and food intake regulation / Bilski J., Telegao'w A., Zahradnik-Bilska J. [et al.] // *Medicina Sportiva*. – 2009. – Vol. 13 (2). – P. 82-94.
 11. Hawley J.A. Physical activity and Type 2 Diabetes / J.A. Hawley, J.R. Zierath. – 2008. – 220 p.
 12. Kozak K.I., Marushchak M.I. Prevalence of alimentary obesity and factors contributing to its development. M [Internet]. December 16, 2015 [cited 07, August 2017]; 0 (3). Available at: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/5375>
 13. Kraegen E.W. Free fatty acids and skeletal muscle insulin resistance / E.W. Kraegen, G.J. Cooney // *Curr Opin Lipidol*. – 2008. – Vol. 19. – P. 235-241.
 14. Obesity, peroxisome proliferator-activated receptor, and atherosclerosis in type 2 diabetes / F. Blaschke, Y. Takata, E. Caglayan [et al.] // *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*. – 2006. – Vol. 26. – P. 28-36.
 15. Physical activity and exercises in the regulation of human adipose tissue physiology / Dylan Thompson, Fredrik Karpe, Max Lafontan, and Keith Frayn // *Physiol Rev*. – 2012. – Vol. 92. – P. 157-191.
 16. Resistance training conserves fat-free mass and resting energy expenditure following weight loss / G.R. Hunter, N.M. Byrne, B. Sirikul [et al.] // *Obesity (Silver Spring)*. – 2008. – N 16. – P. 1045-1051.

Author's contact:

Dub Mariana
Senior Teacher
Uzhhorod National University
Faculty of Health and Physical Education
Uzhhorod, Transcarpathian region
marjana.dub@uzhnu.edu.ua

STUDY OF MUSCLE-SKELETON SYSTEM DISORDER IN YOUNG SPORTSMEN IN VARIOUS SPORTS ACTIVITIES

Myronyuk I., Huzak O.

Introduction

General activity of the sportsmen at the modern stage of society development promotes in national prestige growth. Efficiency of years long sports training process depend on the health state of a sportsman [1,6,7,11]. Tough competition and extreme physical activity as well as chronic lack of recovery lead to the problem of early injury production of the sportsman's muscle-skeleton system [3].

The normal functioning of the organs and systems is an integral condition of good development of the entire body. There is a close relation between the muscle-skeleton system state (MSS) and health [5, 9, 10].

Tendency to growth in number of MSS diseases is considered worldwide and possesses the third place after the circulatory diseases, and in the structure of primary disablement - the second place. The sportsmen with the MSS disease, according to V.F. Bashkirov, are 44.05% [15].

The young sportsmen in the age of 17 have certain health disorders, and according to Y.V. Orlovska more than 70% stop doing their sports prematurely.

Purpose of the study: analyze and systematize scientific and methodological knowledge of domestic and foreign researchers about the MSS state of young sportsmen.

Materials and methods

Analysis and generalization of scientific and methodological literature.

Obtained results

Leading place as to the structure of pathologic prevalence belongs to the diseases of musculoskeletal system (29.98%) according to I. O. Kalynchenko, O.O Skyba [4] and in result of analysis of the pathologic prevalence index, depending on the specific character of the sports type, these specialists have determined that among children being engaged in combat sports, it is noted that probably the highest part of person (35,53 %) with disease of muscle-skeleton system (MSS), in comparison with other sport types ($p < 0,01$).

S.P. Myronov states that among the young sportsmen being engaged in various types of sports the frequency of MSS disorder detection in the form of spinal and pelvic bones position change, and the same with the functional blocking in different joints, pathologic changes in tonus of separate muscle groups, is in many times higher than among their equals in age, which are not connected with active types of sports. Herewith, the researcher says that regardless of the type of sports the increased stress on the reactivity of paravertebral muscles, which, during mechanical irritation of the interspinal ligaments, is displayed in appearance of the vertical muscle defense, which may be one of the signs of early degenerative changes in various structures of the spine [13].

The sportsmen of high qualification, who specialize in running for average distances, high jumps, canoeing, basketball, the analysis of the detection frequency MSS disorder is performed by E.I. Mints, have shown that a reduction volume of thoracic hyperkyphosis and

lumbar lordosis is observed in the representatives of some sports specializations, which are accompanied in a number of cases with insufficient disorder of its position in the frontal plane [12]. It is also established that the sportsmen of high qualification have a high rate of MSS functional disorders detection, in particular, restriction of mobility in various parts of the spine and functional disorders in the certain muscles and muscle groups. The leading role in terms of occurrence of MSS functional state disorders in highly qualified sportsmen are occupied by the exogenous factors - the specificity of training exercises as well as pedagogical mistakes made by the coaches during the classes aimed at training athletes [12].

According to O.O. Lahoda [8], it is necessary to pay a separate attention to a congenital asymmetry of lower extremity length as one of the endogenous reasons of MSS pathologic states in the young sportsmen, as this asymmetry is often used to improve the sports achievements. Healthy people have their left leg longer than the right one in average to 0.8 cm, and detection rate among the young sportsmen with true leg length asymmetry more than 10 mm is very high – 33.25 % [8].

According to Batti Molla Deyo, in the children and youth football there is rather high frequency of the MSS functional state disorder detection, which is a base for its specific injuries: shortening of one of the lower extremities, longitudinal flatfoot, spine position change in the sagittal and frontal planes, disorder of spatial location of pelvic bones, functional blocking in various areas of the spine, stable hypertonia of triceps muscle of calf and quadriceps muscle of thigh.

Conclusion

The performed analysis of the literature sources has demonstrated that many specialists studied the sportsmen's health state and there is a great number of theoretic and empirical knowledge, however it needs a depth study. The knowledge of mechanisms of muscle-skeleton system disorder will allow to slow down, stop and limit a negative impact. The perspective of further studies is in formation of means and methods required for influence upon the factors under study aiming to optimize the training process of the young sportsmen. The basis for reliability and sustainability in terms of sports competitions is a health of young sportsmen.

Literature

1. Balsevich VK Strategy of long-term sports training of Olympians // Theory and practice of physical culture. 2011. № 2. P. 66-68. (In Russian)
2. Butti Molla Deyu Functional state of the body of young athletes: endogenous risk factors and ongoing biomedical control (on the example of football): author. diss. biol. Sciences: 03.00.13. Krasnodar, 2005. 24 p. Access mode <https://www.dissercat.com>. (In Russian)
3. Boltichev I. Influence of motor asymmetries on the state of biomechanics of the musculoskeletal system of athletes / I. Boltichev // Theory and methodology of physical education and sport. - 2015. - № 1. - P. 61-64. - Access mode: http://nbuv.gov.ua/UJRN/TMFVS_2015_1_14 (In Ukrainian)
4. Kalinichenko IO, Skiba OO Assessment of health status of children engaged in various sports in the system of children's and youth sports schools (on the example of the Sumy region) Achievements of biology and medicine. №1 (23). 2014. P.34-37. (In Ukrainian)

5. Kashuba V.A. Biomechanics of posture. // Kiev: Olympic literature, 2003. 260 p. (In Russian)
6. Kashuba VA, Panenko NM On the prevention of disorders of musculoskeletal function of the foot in young athletes // Proceedings of the International Scientific Congress "Strategy for the Development of Sport for All and Legislative Foundations of Physical Culture and Sports in the CIS." Kishinev, 2008. P. 479–481. (In Russian)
7. Kashuba V.A., Yakovenko P.A., Khabinets T.A. Technology that saves and corrects health in the system of training young athletes // Sports Medicine. K. 2008, No. 2, P. 140-147. (In Russian)
8. Lagoda O. O. New approaches to the diagnosis of functional and structural disorders of the musculoskeletal system in young athletes / O. O. Lagoda // Phys. Culture: education, training. 2001. - No. 4. - P. 10–12. (In Russian)
9. Lazareva E.B., Rozhkova T. A. The program of physical rehabilitation adapted for the annual cycle of sports training for highly qualified dancers with impaired posture // Sports Medicine. 2015. No. 1–2. P. 94–99. (In Russian)
10. Laputin A. N., Kashuba V. A., Gamaliy V. V., Sergienko K. N. Diagnostics of the morphofunctional properties of the foot // Science in Olympus. sports. 2003. No. 2. P. 46-51. (In Russian)
11. Lygailo S.S. Theoretical and methodological foundations of physical rehabilitation in somatic system dysfunction in young athletes in the process of long-term training: dissertation. for the acquisition of Dr. Phys. Ex. : special. 24.00.03 K., 2017. 460 p. (In Russian)
12. Mints E.I. Physiological and biomechanical analysis of the functional state of the musculoskeletal system in athletes: abstract. Ph.D., 03.00.13. Krasnodar, 2000, 24 p. (In Russian)
13. Mironov S.P., Burlakova G.M., Krupatkin A.I. Lumbar pain in athletes and ballet dancers: intervertebral disc pathology. // Orthopedics, traumatology and prosthetics. 2005. No4. P. 23-31. (In Russian)
14. Orlovskaya Yu. V. Preventive and rehabilitation direction in the system of long-term training of young athletes / Yu. V. Orlovskaya // Physical education in prevention, treatment and rehabilitation. - 2003. - No. 2. - P. 9-14. (In Russian)
15. Polkovnik-Makarova VS Features of examination of the musculoskeletal system in physical rehabilitation // Physical rehabilitation and recreational and health technologies. - 2016. № 3. - P.173-179. (In Ukrainian)

Kontakt na autora:

Huzak Oleksandra

Senior Teacher

Uzhhorod National University, Faculty of Health and Physical Education

axela337uz@gmail.com

OŠETROVATEĽSTVO AKO DOLEŽITÝ FAKTOR V PREVENCII OBEZITY MLÁDEŽE

Nursing as an important factor in the prevention of youth obesity

Nemčíková M.², Murgová A.¹

¹ *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava . Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov.*

² *Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl.P. P. Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov.*

Úvod

Obezita, alebo tučnota, je stav, pri ktorom prirodzená energetická rezerva človeka, ktorá je uložená v tukových tkanivách stúpla nad obvyklú úroveň a poškodzuje zdravie (Marinov, a kol. 2012). Obezita je globálnym celospoločenským problémom v rozvinutých krajinách a preto ju radíme medzi tzv. civilizačné choroby. Hoci o náraste obezity informujú masmédiá a o zdravotných komplikáciách a možných následkov obezity sú publikované veľké množstvá článkov, je obezita v našej spoločnosti do istej miery stále chápaná ako kozmetický problém daného jedinca (Pastucha, 2011). Vznik obezity je podmienený pôsobením negatívnym vplyvom vonkajšieho prostredia a taktiež vplyvom genetiky. Ďalšími rizikovými faktormi sú, nedostatok pohybovej aktivity, sedavý spôsob života, ale aj psychologické faktory, či vplyv rodiny. Patria tam aj prenatálne rizikové faktory obezity, socioekonomické faktory, tlak prostredia a mnoho ďalších faktorov. Tieto rizikové faktory zvyšujú pravdepodobnosť vzniku ochorenia. Ich negatívne pôsobenie sa môže na zdraví prejaviť s rôznym časovým odstupom, ktorý je u každého faktora rôzny. (Hainerová, 2009). Hoci obezita nemusí pre každého znamenať závažný stav, v skutočnosti pri dlhodobom trvaní môže mať závažné následky. Nadváha a obezita výrazne skracujú život a prinášajú radu zdravotných komplikácií, ktoré môžu mládež sprevádzať celý život. Závisí to od stupňa obezity, teda na množstve tuku a na spôsobe akým je tuk na tele rozmiestnený (Crocker, 2009). Podrobný popis problematiky obezity, jej príčinách a následkov u jednotlivých jedincov je kľúčom k voľbe správnej prevencie a liečby obezity. Jednou skupinou v populácii u ktorej môžeme pozorovať nárast podielu obéznych jedincov, sú deti a mládež (Kernová, 2010). Ich životný štýl je do značnej miery ovplyvnený prostredím v ktorom vyrastali a preto je v tejto skupine kladený doraz predovšetkým na prevenciu vzniku obezity formou edukácie deti a ich rodičov v oblasti správnej výživy (Schusterová, 2012). Cieľom zdravotníctva, je predovšetkým zlepšiť zdravie ľudí. To ale nezahŕňa len liečbu, ale taktiež aktívne predchádzanie negatívnym dôsledkom ochorenia alebo zhoršenia stavu, teda prevencia. Nato, aby sa prevencia mohla vykonávať, je potrebné mať prehľad o zdravotných rizikách, ako sú v populácii rozšírené a aké opatrenia je potrebné vykonať, aby sme ich vylúčili (ÚZIS, 2004). Zvýšenie prevencie obezity u mládeže je aj úlohou ošetrovateľstva. Má veľký význam, pretože má za následok aj zníženie výskytu závažných chorôb v dospelosti (Hemzal, 2012; Šupinová, Virgulová, 2012). Mládež je potrebné informovať o zdravom životnom štýle, pretože ak chceme dosiahnuť zmeny v životnom štýle, je nutné, aby si uvedomili negatívny dosah obezity na ich osobu, poznali ťažkosti, ktoré im spôsobuje a uvedomili si chyby, ktoré

robia pri výbere potravín, rozložení ich konzumácie počas dňa a vo výbere aktivity na voľný čas mimo školy (Taubes, 2011).

Cieľ výskumu

Naším výskumným cieľom bolo zistiť príčiny obezity stredoškolskej mládeže a zistiť podiel ošetrovateľstva na prevencii vzniku obezity.

Charakteristika súboru a metodika

Výskum prebehol v mesiacoch február a marec roku 2018. Celkovo sme rozposlali 600 dotazníkov (100%) ich návratnosť bola 90%, čo predstavuje 540 dotazníkov. Ide o študentov dvanástich stredných škôl z Východného Slovenska. Presnejšie zo šiestich škôl v Prešove a šiestich škôl z Košíc. Konkrétne ide o študentov Gymnázia Jána Adama Raymana, PO, Obchodnej akadémie, Volgogradská 3, PO, Gymnázia sv. Moniky, PO. Ďalšími sú študenti Strednej zdravotníckej školy sv. Bazila Veľkého, PO, Gymnázia, Konštantínova 2, PO a Súkromnej strednej odbornej školy, Pod Kalváriou 36, PO. V KE ide o študentov Evanjelického gymnázia J. A. Komenského, KE, Strednej zdravotníckej školy, Kukučínova 40, KE, Gymnázia Milana Rastislava Štefánika, KE, Strednej zdravotníckej školy cv. Alžbety, KE, Gymnázia sv. Tomáša Akvinského, KE a poslednou školou bolo Gymnázium Šrobárova 1, KE. Ako formu získavania informácií sme použili dotazník, ktorý sme adresovali študentom stredných škôl. Dotazníky, ktoré sme obdržali, boli vyplnené správne, následne sme si ich očíslovali a pomocou softwaru Microsoft Office, zapísali do tabuľky v Excel 2016. Štatistické spracovanie bolo realizované pomocou programu SPSS IBM ver. 18. Dotazník pozostával z 50 položiek vlastnej konštrukcie (zatvorené otázky, otvorené, polootvorené, demografické údaje) s využitím Likertovej škály pri možnostiach odpovedí. Kritériom pre výber respondentov bol dovŕšenie 18. veku života, ochota k spolupráci. Vyplnenie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné. Vo výskume sme použili niekoľko metód štatistického spracovania. Deskriptívna štatistika s tabuľkovými a grafickými výstupmi. Testovanie štatistickej významnosti rozdielov v súboroch s neparametrickým rozložením pomocou Mann Whitneyho testu a Kruskal Wallis testu. (ANOVA), pre ktoré sú charakteristické premenné vo formáte kategórii (intervalov) odpovedí v otázkach dotazníkov. Korelačná a regresná analýza.

Testovanie pracovných hypotéz

Cieľom štatistickej analýzy súboru bolo zistiť :

- vplyv životného štýlu študujúcej mládeže na výskyt obezity
- vplyv sestry v ambulancii dorastového lekára na prevenciu obezity u študentov
- vplyv demografických dát (bydliska, pohlavia a veku) na výskyt obezity .

Postup analýzy dát v pracovných hypotézach spočíval systematicky v nasledovných krokoch:

1. v stanovení pracovnej (HX) a nulovej hypotézy (H0)
2. výberu vhodného testu na overenie pracovnej hypotézy
3. tabuľková prezentácia a grafická prezentácia výsledkov
4. Závěry z analýzy a interpretácie výsledkov.

Hypotézy výskumu

- H1 Dĺžka času mládeže stráveného za počítačom a pred televíziou má vplyv na vznik obezity.
H2 Užívanie sladených a energetických nápojov každý deň, súvisí so vznikom obezity mládeže.
H3 Realizáciu aktivít sestry v dorastovej ambulancii zameraných na prevenciu vzniku obezity dochádza k zmenám v životnom štýle mládeže.
H4 Informácie o rizikových faktoroch vzniku obezity budú u študentov rozdielne vnímané v závislosti od ústretovosti a aktivít sestry z ambulancie dorastového lekára.
H5 Výskyt obezity a nadváhy bude rozdielny podľa pohlavia.
H6 Výskyt obezity a nadváhy je vyšší medzi študujúcou mládežou z miest než z vidieka.
H7 Výskyt obezity a nadváhy narastá s vekom študujúcej mládeže.

Všetky hypotézy boli testované pomocou Mann Whitneyho testu alebo Kruskal Wallis testov. Pre každú hypotézu sme si stanovili p- hodnotu. Tá vyjadruje pravdepodobnosť platnosti nulovej alebo alternatívnej hypotézy. Grafické prezentácie rozloženia odpovedí demonštrujeme vo forme histogramov.

Tabuľka 1 Bydlisko respondentov

| Valid | Frequency | Percent |
|--------------|------------|--------------|
| Mesto | 293 | 54,3 |
| Obec | 247 | 45,7 |
| Total | 540 | 100,0 |

V tabuľke 1 uvádzame bydlisko respondentov. Náš výskum tvorilo 540 respondentov. Väčšina respondentov pochádza z mesta (54,3%). V obci býva 45,7% respondentov.

Tabuľka 2 Názov školy

| Valid | Frequency | Percent |
|---|------------|--------------|
| Obchodná Akadémia- PO | 37 | 6,9 |
| Súkromná Stredná Odborná Škola- PO | 50 | 9,3 |
| SZŠ sv. Bazila Veľkého- PO | 50 | 9,3 |
| Gymnázium Konštantínova 2 - PO | 42 | 7,8 |
| Gymnázium Raymana- PO | 47 | 8,7 |
| Gymnázium sv. Moniky – PO | 46 | 8,5 |
| Gymnázium Milana Rastislava Štefánika- KE | 43 | 8,0 |
| Gymnázium sv. Tomáša Akvinského-KE | 49 | 9,1 |
| Gymnázium Šrobárová- KE | 46 | 8,5 |
| SZŠ Kukučínova – KE | 48 | 8,9 |
| Evanjelické Gymnázium- KE | 46 | 8,5 |
| SZŠ sv. Alžbety- KE | 36 | 6,7 |
| Total | 540 | 100,0 |

Náš výskum tvorili respondenti z viacerých škôl (Tabuľka 2). Najpočetnejšia skupina respondentov v PO boli študenti zo Súkromnej Strednej Odbornej Školy a Strednej Zdravotníckej Školy sv. Bazila Veľkého v Prešove v počte (9,3%), potom Gymnázium Raymana (8,7%), Gymnázium sv. Moniky (8,5%), Gymnázium Konštantínova 2 42 (7,8%) a najmenej študentov bolo z Obchodnej Akadémie v počte 37 (6,9%). Najmenej respondentov zo škôl v KE bolo zo Strednej Zdravotníckej škole sv. Alžbety v Košiciach (6,7%) a Gymnázia Milana Rastislava Štefánika (8%). Najviac respondentov bolo na Gymnázium sv. Tomáša Akvinského (9,1%) a Strednej Zdravotníckej Škole Kukučínovej (8,9%). Rovnaký počet respondentov (8,5%) bolo na Gymnázium Šrobárova a Evanjelickom Gymnázium.

Tabuľka 3 Pohlavie respondentov

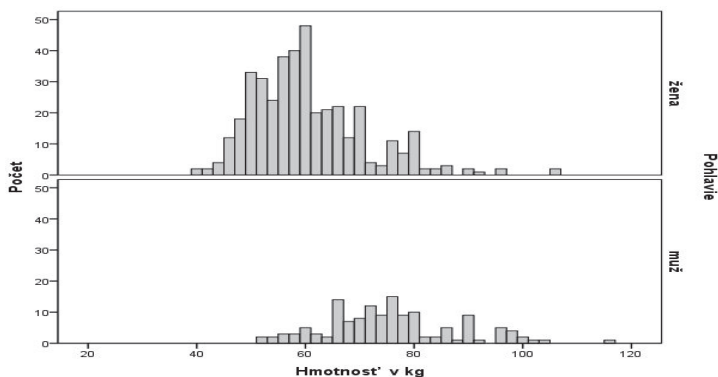
| Valid | Frequency | Percent |
|--------------|------------------|----------------|
| Žena | 402 | 74,4 |
| Muž | 138 | 25,6 |
| Total | 540 | 100,0 |

Nášho výskumu sa zúčastnilo 540 respondentov oboch pohlaví (Tabuľka 3). Najpočetnejšiu skupinu tvorili ženy (74,4%) iba 25,6% tvorili respondenti mužského pohlavia.

Tabuľka 4 Vek respondentov

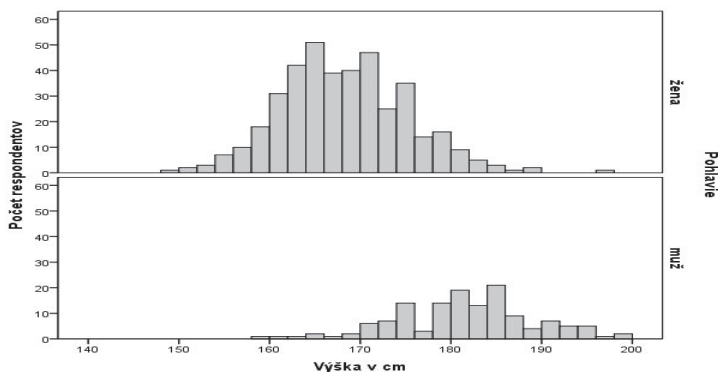
| Valid | Frequency | Percent |
|--------------|------------------|----------------|
| 18 | 304 | 56,3 |
| 19 | 158 | 29,3 |
| 20 | 61 | 11,3 |
| 21 | 14 | 2,6 |
| 22 | 3 | 0,6 |
| Total | 540 | 100,0 |

V tabuľke 4 sme zisťovali vek respondentov. Vo veku 18 rokov sa nášho výskumu zúčastnilo 56,3 % respondentov. O polovicu menšie zastúpenie mali respondenti vo veku 19 rokov (29,3%). Najmenšiu skupinu tvorili respondenti vo veku 22rokov (0,6 %). Vo veku 20 rokov sa zúčastnilo (11,3%) respondentov, vo veku 21 (2,6%).



Graf 1 Váha podľa pohlavia

Interpretácia grafu: Z grafu vyplýva, že väčšina žien v našom výskume malo hmotnosť od 50-60kg v porovnaní s mužmi, u ktorých bolo najvyššie zastúpenie s váhou medzi 65-80 kilogramov.



Graf 2 Výška podľa pohlavia

Interpretácia grafu: Približne polovica žien v našom výskume meria cca 165 cm, kdežto muži majú väčšinou 180-190 cm.

Tabuľka 5 BMI Respondentov

| Valid | Frequency | Percent |
|---------------|------------|------------|
| Normálna váha | 463 | 85,7 |
| Nadváha | 60 | 11,1 |
| Obezita | 17 | 3,1 |
| Total | 540 | 100 |

BMI respondentov uvádzame v tabuľke 5. Najpočetnejšiu skupinu tvoria respondenti s normálnou váhou (85,7%), nadváhu má (11,1%) respondentov a obezitou trpí 3,1% respondentov.

Analýza výsledkov výskumu

H1: Dĺžka času stráveného za počítačom a pred TV má vplyv na vznik obezity.

H0: Dĺžka času stráveného za počítačom a pred TV nemá vplyv na vznik obezity

Tabuľka 6 Analýza hypotézy 1 Vplyv stráveného času pred televíziou a počítačom na vznik obezity

| Číslo otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------------|---|-----------------|-----------|----------------|
| 1 | Dĺžka pobytu pri PC a TV cez týždeň nemá vplyv na vznik obezity | Mann Whitney | 0,22 | Zamietnutie H1 |
| 2 | dĺžka pobytu pri PC a TV cez víkend nemá vplyv na vznik obezity | Mann Whitney | 0,31 | Zamietnutie H1 |

Záver: Pracovná hypotéza H1 sa nepotvrdila. Dĺžka pobytu pri PC resp. TV počas pracovných dní a cez víkend, nemá vplyv na vznik obezity ($p > 0,05$).

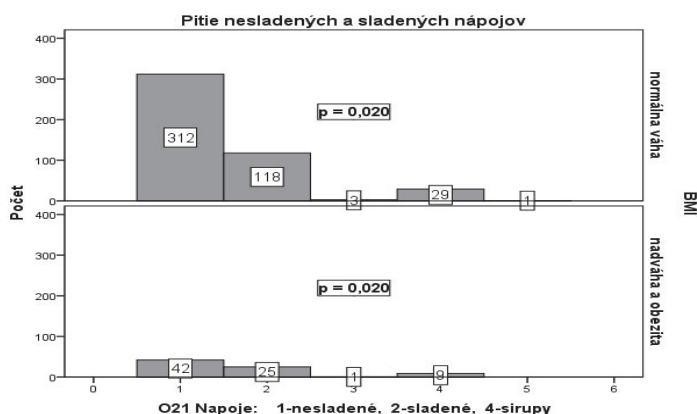
H2: Užívanie sladených a energetických nápojov každý deň, súvisí so vznikom obezity.

H0: Užívanie sladených a energetických nápojov každý deň, nesúvisí so vznikom obezity.

Tabuľka 7 Analýza hypotézy 2 Vplyv konzumácie sladených a energetických nápoj na vznik obezity.

| Číslo otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| 22 | Ako často užívate sladené nápoje? | Mann Whitney | 0,020 | Prijímame H4 |

Záver: Pracovná hypotéza H2 sa potvrdila. U mládeže používajúcej sladené nápoje sa potvrdil vyšší výskyt obezity ($p = 0,020$).



Graf 3 Pitie sladených nápojov

Interpretácia grafu: U konzumentov sladených nápojov sa pozoruje štatisticky významne vyšší počet študentov s obezitou. Sladené nápoje a sirupy v skupine obéznych a s nadváhou pije 44 %. V skupine študentov s normálnou váhou len 29 %.

H3: Realizáciou aktivít sestry v dorastovej ambulancii zameraných na prevenciu vzniku obezity dochádzak zmenám v životnom štýle mládeže.

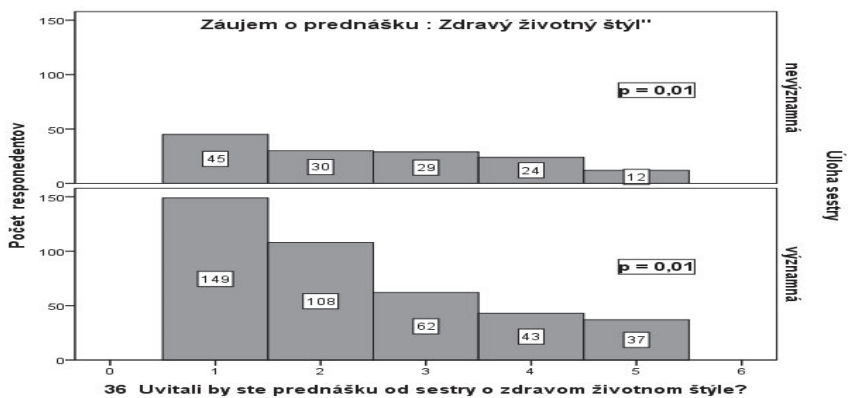
H0: Realizáciou aktivít sestry v dorastovej ambulancii zameraných na prevenciu vzniku obezity nedochádzak zmenám v životnom štýle mládeže.

Tabuľka 8 Analýza hypotézy 3Vplyv realizovaných aktivít sestry na zmenu životného štýlu.

| Číslo otázky | Znenie otázky v hypotéze | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------------|---|--------------|-----------|----------------|
| 34 | Zúčastnili ste sa niekedy vzdelávacej akcie realizovanej sestrou | Mann Whitney | 0,63 | Zamietnutie H6 |
| 35 | Uvítali by ste prednášku odprednášanú sestrou na Vašej škole na tému zdravý životný štýl? | Mann Whitney | 0,01 | Prijímame H6 |
| 36 | Uvítali by ste na Vašej škole školskú sestru, ktorá by sa zaoberala problematikou súvisiacou so zdravím školákov? | Mann Whitney | 0,09 | Prijímame H6 |

| | | | | |
|----|---|--------------|-------|----------------|
| 39 | Ako často navštevujete ambulanciu lekára pre deti a dorast v priebehu roka? | Mann Whitney | 0,43 | Zamietnutie H6 |
| 40 | Absolvujete pravidelne preventívne prehliadky u svojho lekára? | Mann Whitney | 0,29 | Zamietnutie H6 |
| 41 | Poskytla Vám sestra v ambulancii lekára pre deti a dorast základne informácie o prevencii vzniku obezity? | Mann Whitney | 0,33 | Zamietnutie H6 |
| 43 | Ak ste v otázke č. 41 odpovedali áno, bola k Vám sestra ústretová, ochotná a trpezlivá? | Mann Whitney | 0,27 | Zamietnutie H6 |
| 44 | Meria Vám váhu sestra pri každej preventívnej prehliadke? | Mann Whitney | 0,004 | Prijímame H6 |
| 45 | Meria Vám sestra výšku pri každej preventívnej prehliadke? | Mann Whitney | 0,003 | Prijímame |
| 46 | Zisťuje sestra Vaše stravovacie návyky? | Mann Whitney | 0,017 | Prijímame H6 |
| 47 | Zisťuje sestra Váš pohybový režim? | Mann Whitney | 0,55 | Zamietnutie H6 |
| 48 | Stravovacie návyky ovplyvňujú Vaše zdravie | Mann Whitney | 0,13 | Zamietnutie H6 |

Záver : Pracovná hypotéza 3 sa potvrdila pri otázkach 35, 36, 44, 45 a 46 ($p < 0,05$).



Nepotvrdila sa v otázkach 34,39,40,41,43,47,48.

Graf 4 Uvítanie prednášky na tému zdravý životný štýl

Interpretácia grafu: Porovnanie histogramov rozloženia odpovedí uvítanie prednášky sestrou o zdravom životnom štýle. Kladné odpovede prevládajú v skupine respondentov, ktorí pokladajú úlohu sestry v ambulancii dorastového lekára za významnú ($p = 0,01$).

Legenda k X súradnici: 1-áno, 2-skôr áno, 3. ani áno, ani nie, 4.skôr nie, 5.nie

H4: Informácie o rizikových faktoroch vzniku obezity budú u študentov rozdielne vnímané v závislosti od ústretovosti a aktivít sestry z ambulancie dorastového lekára.

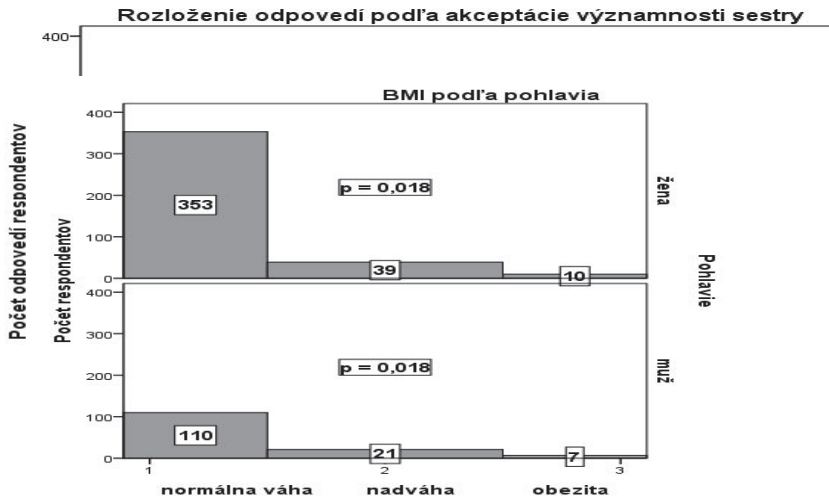
H0: Informácie o rizikových faktoroch vzniku obezity sú vnímané, bez ohľadu na ústretivosť sestry, rovnako.

Tabuľka 9 Analýza hypotézy 4 Vnímanie rizikových faktoroch študentami verzus úloha sestry

| Číslo otázky | Znenie otázky v hypotéze | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------------|---|--------------|-----------|----------------|
| 30 | Myslíte si, že jedlo vo Vašej školskej jedálni podporuje zdravé stravovanie? | Mann Whitney | 0,032 | Zamietnutie H7 |
| 48 | Stravovacie návyky ovplyvňujú Vaše zdravie | Mann Whitney | 0,126 | Potvrdenie H7 |
| 35 | Uvítali by ste prednášku odprednášanú sestrou na Vašej škole na tému zdravý životný štýl? | Mann Whitney | 0,007 | Zamietnutie H7 |
| 36 | Uvítali by ste na Vašej škole školskú sestru, ktorá by sa zaoberala problematikou súvisiacou so zdravím | Mann Whitney | 0,089 | Zamietnutie H7 |

| | | | | |
|----|---|--------------|-------|----------------|
| | školákov? | | | |
| 39 | Ako často navštevujete ambulanciu lekára pre deti a dorast v priebehu roka? | Mann Whitney | 0,292 | Zamietnutie H7 |
| 40 | Absolvujete pravidelne preventívne prehliadky u svojho lekára? | Mann Whitney | 0,292 | Zamietnutie H7 |
| 41 | Poskytla Vám sestra v ambulancii lekára pre deti a dorast základne informácie o prevencii vzniku obezity? | Mann Whitney | 0,329 | Zamietnutie H7 |
| 43 | Ak ste v otázke č. 41 odpovedali áno, bola k Vám sestra ústretová, ochotná a trpezlivá? | Mann Whitney | 0,271 | Prijímame H7 |
| 44 | Meria Vám váhu sestra pri každej preventívnej prehliadke? | Mann Whitney | 0,004 | Prijímame H7 |
| 45 | Meria Vám sestra výšku pri každej preventívnej prehliadke? | Mann Whitney | 0,003 | Prijímame H7 |
| 46 | Zisťuje sestra Vaše stravovacie návyky? | Mann Whitney | 0,017 | Prijímame H7 |
| 47 | Zisťuje sestra Váš pohybový režim? | Mann Whitney | 0,545 | Zamietnutie H7 |
| 48 | Stravovacie návyky ovplyvňujú Vaše zdravie | Mann Whitney | 0,126 | Zamietnutie H7 |
| 49 | Medializácia ohľadom obezity v našej spoločnosti je postačujúca | Mann Whitney | 0,999 | Zamietnutie H7 |

Záver : Pracovná hypotéza 4 sa potvrdila pri otázkach 43,44,45,46 a 48 ($p < 0,05$). Bola zamietnutá v otázkach 30,35,36,39,40,41,47 a 49 ($p > 0,05$) .



Graf 5 Zisťovanie stravovacích návykov

Interpretácia grafu: Zisťovanie stravovacích návykov v porovnaní s úlohou sestry. Pokiaľ študent vníma potrebu a význam sestry v ambulancii rešpektuje jej záujem a snahu upraviť jeho stravovacie návyky ako prevenciu pred vznikom obezity. Rozdiely v odpovediach sú štatistiky významne ($p = 0,017$).

H5: Výskyt obezity a nadváhy bude rozdielny podľa pohlavia

H0: Výskyt obezity a nadváhy bude medzi pohlaviami rovnaký

Tabuľka 10 Analýza hypotézy 8BMI verzus pohlavie

| Číslo otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|----------------------|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| BMI kategórie | BMI podľa pohlavia bude rovnaké | Mann Whitney | 0,018 | Prijímame H8 |

Graf 6 BMI verzus pohlavie

Interpretácia grafu: Rozdiel v BMI kategóriách medzi mužmi a ženami $p = 0,018$. Výskyt obezity a nadváhy je štatisticky významne vyšší u žien, čo predstavuje 9,1 % , u mužov 5,2 %.

Legenda k x súradnici: 1-normálna váha, 2- nadváha, 3-obezita

H6 : Výskyt obezity a nadváhy je vyšší medzi študujúcou mládežou z miest než z vidieka.

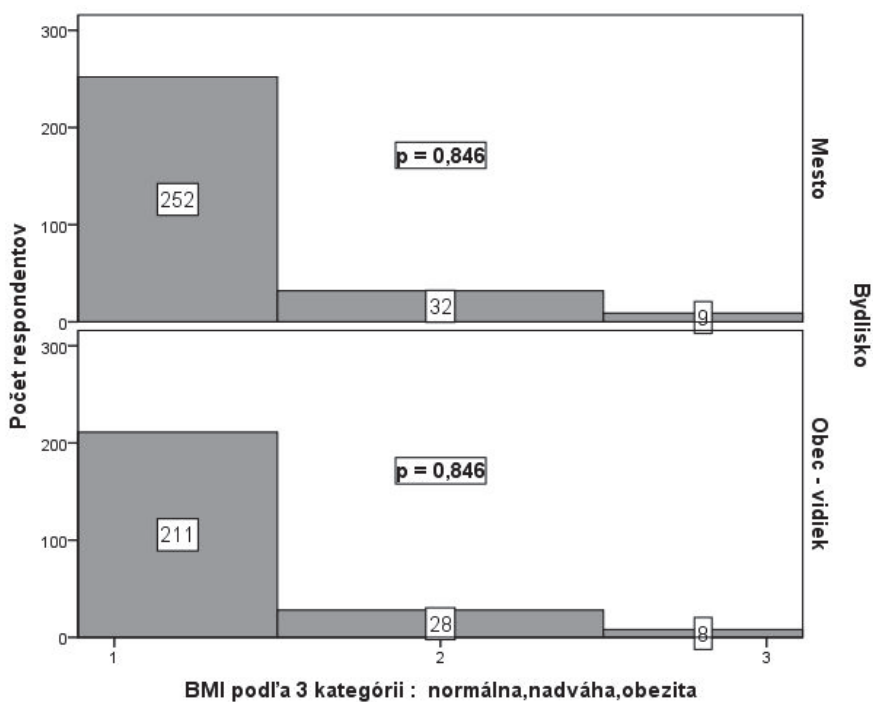
H0: Výskyt obezity je nezávislý od miesta bydliska.

Tabuľka 11 Analýza hypotézy 9 BMI verus bydlisko

| Číslo otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|----------------------|---|--------------|--------------|--------------|
| BMI kategórie | Výskyt obezity a nadváhy nie je závislý o miesta bydliska | Mann Whitney | 0,846 | Zamietame H9 |

Záver: Pracovná hypotéza H6 sa nepotvrdila. Výskyt nadváhy a obezity nie je štatisticky významne odlišný medzi mládežou z mesta a vidieka $p = 0,846$

Graf 7 BMI verus bydlisko



Interpretácia grafu: Porovnanie histogramov rozloženia odpovedí BMI. Rozdiely nie sú štatisticky významné ($p=0,846$). Približne v rovnakom zoskupení sa nachádzajú respondenti v meste aj v obci s normálnou váhou a nadváhou.

Legenda k súradnici X: 1- normálna váha, 2- nadváha, 3- obezita

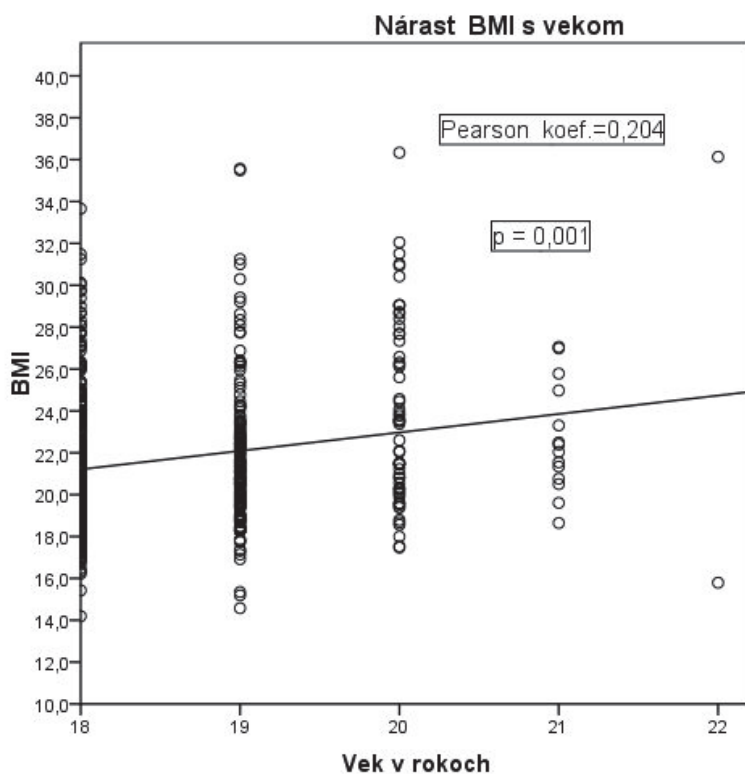
H7: Výskyt obezity a nadváhy narastá s vekom študujúcej mládeže

H10: Výskyt obezity je nezávislý od veku študujúcej mládeže

Tabuľka 12 Analýza hypotézy 7 BMI verus vek

| Číslo otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------------|--|---|--------------|----------------|
| BMI | Výskyt obezity a nadváhy nie je závislý od veku študujúcej mládeže | Pearsonov korelačný koeficient a regresná analýza | 0,001 | Prijímame H 10 |

Záver: Pracovná hypotéza H7 sa potvrdila. Výskyt nadváhy a obezity narastá štatisticky



významne s vekom . Pearson koef. = 0,204 , $p = 0.001$.

Graf 8 BMI verus vek

Interpretácia grafu: Regresná analýza. Rozloženie BMI s vekom. Je prítomná štatistická významnosť. Pearson koef. = 0,204. S pribúdajúcim vekom stúpa aj nadváha a obezita.

Diskusia

Podľa NCZI, 2012 v roku 2012 malo normálnu hmotnosť 31,2 % mužov. Z nášho výskumu vyplýva, že väčšina mužov má 65-80 kg, kdežto ženy, sa pohybujú s hmotnosťou od 50-60 kilogramov. Zisťovali sme aj výšku respondentov, kde približne polovica žien meria približne 165 cm a muži 180-19 cm. ÚZIS, 2004 robila podobný výskum, kde priemerná výška mužov bola 177,5 cm u žien 165,3 cm. „Podľa najnovších údajov z roku 2012, optimálnu telesnú hmotnosť má len 38,2% našej populácie, nadhmotnosť 36,2 % a 25,6% má obezitu“ (Krahulec a kol., 2013, s. 24). Tento výsledok môžeme porovnať s našim, kde normálnu váhu má 463 (85,7%) respondentov, nadváhou trpí 60 (11,1 %) respondentov a obezných je 17 (3,1%) respondentov. Melanson et.al., 2009 uvádza, že viac ako 60% mládeže s nadváhou predstavuje najmenej jeden ďalší kardiovaskulárny rizikový faktor a 20% s dvoma alebo viacerými rizikovými faktormi. Podobne jedna štúdia s 813 mladými ľuďmi s nadváhou zistila, že 58% mali aspoň jeden kardiovaskulárny rizikový faktor a 50% malo dva alebo viac (Nhs, IC, 2010).

Zisťovali sme aj miesto bydliska. Respondenti pochádzali z mesta a vidieka. V meste ich býva 293 (54,3%) a v obci 247 (45,7%). Jedinci, ktorí žijú v obci, majú preukázateľne vyšší výskyt obezity ako ľudia žijúci v meste. V USA je výskyt obezity na vidieku štatisticky vyšší 39,6% v porovnaní s mestom 33,4% (Flegal, 2012).

Krahulec a kol.,2013 uvádza, že obezita sa najviac týka detí a dospelých. Obezita v dorastajúcom veku a vo včasnej dospelosti zvyšuje riziko rozvoja jej komplikácii viac, ako obezita v vzniknutá v neskoršom veku. Našu výskumnú vzorku tvorili respondenti vo veku 18 rokov 304 (56,3%), 19 ročných bolo 158 (29,3%), vo veku 20 rokov 61 (11,3%) respondentov, 21 rokov (14 (2,6%) a vo veku 22 rokov boli 3 (0,6%) respondentov.

Prvou hypotézou vo výskume sme zisťovali vzťah medzi časom stráveným pred PC a TV a ich vplyvom na vznik obezity. Testované z odpovedí v dotazníkových položiek č: 1 a 2. Výsledky testovania sú uvedené v tabuľke 6. Pracovná hypotéza: *Dĺžka času stráveného za počítačom a pred TV má vplyv na vznik obezity*. Táto pracovná hypotéza sa nepotvrdila. Dĺžka pobytu pri PC alebo TV počas pracovných dní a cez víkend, nemá vplyv na vznik obezity ($p > 0,05$). Prijímame nulovú hypotézu

Overovaním druhej hypotézy sme zisťovali vzťah medzi užívaním sladených a energetických nápojov a ich súvis so vznikom obezity.

Testovanie bolo vykonané na odpovediach položiek v dotazníku číslo: 22. Výsledky testovania sú zhrnuté v tabuľke 7. Pracovná hypotéza: *Užívanie sladených a energetických nápojov každý deň, súvisí so vznikom obezity*. Pracovná hypotéza sa potvrdila. Porovnávali sme pitie sladených nápojov v súvislosti s BMI. U mládeže, ktorá konzumuje sladené nápoje je výskyt obezity vyšší, je teda štatistická významnosť ($p = 0,020$) (graf 3). Sirupy a sladené nápoje pije 44% obezných respondentov a 29 % respondentov s normálnou hmotnosťou.

Treťou hypotézou sme zisťovali, či realizáciou aktivít sestry v dorastovej ambulancii, ktoré sú zamerané na prevenciu obezity dochádza k zmenám v životnom štýle. Testované na odpovediach v položkách číslo: 34, 35, 36, 39, 40, 41,42, 43, 44, 45, 46, 47, 48. Výsledky testovania uvádzame v tabuľke 8. Pracovná hypotéza: *Realizáciou aktivít sestry v dorastovej ambulancii zameraných na prevenciu vzniku obezity dochádza k zmenám v životnom štýle mládeže*. Hypotéza sa nepotvrdila v otázkach číslo 34,39,40,41,43,47,48. Potvrdila sa v otázkach 35, 36,44,45,46. Je prítomná štatistická významnosť ($p = 0,01$). V grafe 4

uvádzame súvislosť medzi záujmom o prednášku na zdravý životný štýl v spojitosti s úlohou sestry. Mládež pokladá úlohu sestry v ambulancii dorastového lekára za významnú, o čom hovoria aj kladné odpovede respondentov.

Analýzou štvrtej hypotézy sme zisťovali, či informácie o rizikových faktoroch obezity budú u študentov vnímané ináč keď sestra v ambulancii dorastového lekára bude ústretová a aktívna. Testované na základe odpovedí dotazníkových položiek číslo: 30, 35, 36, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49. Výsledky testovania sú zhrnuté v tabuľke 9. Pracovná hypotéza: *Informácie o rizikových faktoroch vzniku obezity budú u študentov rozdielne vnímané v závislosti od ústretovosti a aktivít sestry z ambulancie dorastového lekára.* Hypotézu sme zamietli v otázkach číslo 30,35,36,39,40,41,47,48,49. Potvrdenie hypotézy je v otázkach 43,44,45,46,48. Rozdiely v odpovediach sú štatisticky významné ($p = 0,017$). V grafe 5 uvádzame rozloženie odpovedí akceptácie významnosti sestry verzus stravovacie návyky. Keď študent vníma potrebu a význam sestry v ambulancii tak rešpektuje jej záujem a snahu upraviť jeho stravovacie návyky ako prevenciu pred vznikom obezity.

V hypotéze 5 sme zisťovali rozdiel vo výskyte obezity a nadváhy v porovnaní s pohlavím. Testovanie vykonané cez vypočítané hodnoty BMI medzi pohlaviami. Výsledky testovania sú zahrnuté v tabuľke 10. Pracovná hypotéza: *Výskyt obezity a nadváhy bude rozdielny podľa pohlavia.* Hypotézu 5 prijímame. V grafe 6 interpretujeme rozloženie otázok BMI verzus pohlavie. Štatistická významnosť existuje $p=0,018$. Výskyt obezity a nadváhy je štatisticky významne vyšší u žien (9,1%) než u mužov 5,2%.

Šiestou hypotézou sme zisťovali výskyt obezity a nadváhy medzi mládežou v porovnaní s miestom ich bydliska. Testovanie bolo vykonané taktiež cez vypočítané hodnoty BMI medzi miestom bydliska. Výsledky uvádzame v tabuľke 11 Pracovná hypotéza: *Výskyt obezity a nadváhy je vyšší medzi študujúcou mládežou z miest než z vidieka.* Pracovnú hypotézu sme zamietli. V grafe 7 prezentujeme rozloženie odpovedí BMI verzus bydlisko. Výskyt nadváhy a obezity nie je štatisticky významne odlišný medzi mládežou ktorá býva v meste a na vidieku ($p = 0,846$). Približne v rovnakom zoskupení sa nachádzajú respondenti v meste aj v obci s normálnou váhou a nadváhou.

Poslednou hypotézou (7) sme zisťovali výskyt obezity a nadváhy v porovnaní s vekom.

Testovanie sme robili cez vypočítané hodnoty BMI medzi vekom. Výsledok interpretujeme v tabuľke 12. Pracovná hypotéza: *Výskyt obezity a nadváhy narastá s vekom študujúcej mládeže.* Pracovná hypotéza sa nepotvrdila. Výskyt nadváhy a obezity narastá štatisticky významne s vekom. Pearson koef. = 0,204, $p = 0.001$. Prijímame nulovú hypotézu.

Záver

Výskyt obezity narastá a preto je potrebné venovať sa jej. Obezity môžeme ovplyvniť alebo úplne eliminovať preventívnymi opatreniami. Súčasťou prevencie obezity u mládeže je potrebné vytvoriť správne postoje k zdravému životnému štýlu. Úlohou ošetrovateľstva je zvýšiť prevenciu obezity u mládeže (Popovičová, 2017). Význam prevencie spočíva v znižovaní výskytu závažných chorôb v dospelosti. Úlohou sestier a lekárov v ambulancii pre deti a dorast je odoslať jedincov trpiacich obezitou do obezitologických ambulancií, kde sa vykoná cielená diagnostika klinických a laboratórnych charakteristík metabolického syndrómu a dlhodobé antropometrické a biochemické sledovanie.

Cieľom nášho, bolo priblížiť problematiku obezity mládeže v súvislosti s úlohami ošetrovateľstva, zameranými na jej prevenciu. Poukázať na súčasný stav obezity mládeže a realizovať výskum, ktorý bol zameraný na zistenie výskytu obezity, zistenie rizikových faktorov obezity a zistenie ako sa ošetrovateľstvo podieľa na preventívnych opatreniach vzniku obezity u mládeže. Zistiť potrebu implementácie školskej sestry z pohľadu študentov.

Napriek narastajúcemu pobytu mládeže pri PC/TV nepotvrdil očakávaný narastajúci výskyt obezity. Ale aj tak, je potrebné sa vyhýbať dlhodobému tráveniu pri PC/TV, pretože väčšina mládeže trávi svoj voľný čas, pozeraním televízora, hraním počítačových hier a prirodzený pohyb prestal byť súčasťou ich života. Výsledky výskumu poukazujú aj na uvítanie prednášky sestrou na školách na tému prevencia obezity, tiež aj to, že realizáciou aktivít sestry v dorastovej ambulancii zameraných na prevenciu vzniku obezity dochádza k zmenám životného štýlu. Dôležitá úloha je rola lekára a sestry, ktorí by mali vyhľadávať a včas podchytiť rizikových pacientov s nadváhou a obezitou. Toto sledovanie je veľmi dôležité hlavne u osôb, u ktorých sa nejaká zdravotná komplikácia v súvislosti s obezitou vyskytla. Je potrebná rodinná a osobná anamnéza, údaje o váhe a výške, stravovacích návykov a pohybovom režime.

Tieto údaje v našom výskume podľa výsledkom sestra neexistuje. Zistili sme aj to, že väčšina škôl nemá pracovníka na škole na ktorého by sa mohla obrátiť v prípade zdravotných ťažkostí.

Zoznam použitej literatúry

- CROCKER., MK.- YANOVSKI, JA.2009. Pediatric obesity etiology and treatment. *Endocrinol Metab. Clin. North Am*, [online]. 2009. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites>>. PMID: 19717003 [PubMed - in process].
- FLEGAL, KM. Et al. 2012. *Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010*. JAMA 2012, 307(5):p 491-497.
- HAINEROVÁ, I. A. 2009. *Dětská obezita*. Vydavatel'stvo Praha: Maxdorf, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7345-196-7.
- HEMZAL, B. 2012. *Jak zhubnout krok za krokem*. Brno: Neptun, 2012.164 s. ISBN 80 86850-05-4.
- KERNOVÁ, V. 2010. *Nadváha a obezita u populace v ČR*. Státní zdravotní ústav Praha, Tisková konference 30. 7. 2010. [online]. [cit. 2018-05-30]. Dostupné z World Wide Web<www.szu.cz/kalendar/nedostatek-pohybu-obezita-a-urazy?source=rss> .
- KRAHULEC, B. a kol. 2013. *Klinická obezitologie*. Brno: Fama acta Medica, 2013. 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
- MARINOV, Z., PASTUCHA, D., 2012. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4742-106.
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ,2012. Správa o zdravotnom stave obyvateľstva za roky 2009-2011, 2012. Dostupné na:http://www.nczisk.sk/Statistickezistovania/Hlasenia_zdravotneho_stavu_obyvatelstva/.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES. 2010. School Nurse Childhood Obesity Prevention Education (SCOPE). <http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=435> NASN [citované 2018-10-28].

- PASTUCHA D a kol., 2011. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
- POPOVIČOVÁ, M., SNOPEK, P. 2017. Nadváha a obezita ako aktuálny problém súčasnej spoločnosti. In *Zborník príspevkov, Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu*. Warszawa : Instytut Wydawniczy Humannum. 2017. s. 224 - 236. ISBN 978-83-7520-221-2.
- SCHUSTEROVÁ, I. 2012. *Obezita a jej vplyvy na kardiovaskulárny systém v detskom veku*. Osveta: 2012, 172 s. ISBN 978-80-8063-377-6.
- ŠUPÍNOVÁ, M. - VIRGULOVÁ, J.: 2012. Centrálna obezita - estetický, alebo zdravotný problém ? In: *Interná medicína: recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis*. - ISSN 1335-8359. - Roč.12, S (2012), s. 10.
- TAUBES, G. 2011. *Proč tloustneme a co s tím dělat*. Praha: Blue Vision s.r.o. 2011. 264 s. ISBN 978-80-87672-23-5.
- ÚZIS. 2004. *Světové šetření o zdraví (5. díl) 2004. - Úvod k rizikovým faktorům zdraví. Nadváha a obezita*. 2004. [cit. 23. 8. 2018]. Dostupné na www: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/svetove-setreni-zdravi-5-dil-uvod-rizikovym-faktorum-zdravi-nadvaha-obezita>.

Kontakt na autora:

PhDr. Miroslava Nemčiková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, n. o.- študent doktorandského štúdia

Email: miroslava.nemcikova@gmail.com

SLEDOVANIE POZITÍVNYCH ÚČINKOV 24 HODINOVÉHO HLADOVANIA NA VYBRANÉ BIOCHEMICKÉ A FYZIOLOGICKÉ PARAMETRE

Monitoring the positive effects of 24 hour fasting on selected biochemical and physiological parameters

Petrejčíková E., Šebaljšová L., Mydlárová Blaščáková M., Zigová M., Avuková A., Boroňová I., Bernasovská J., Poráčová J.

Úvod

Krátkodobé hladovanie (do 72 hodín) prináša množstvo pozitívnych zmien v organizme. Hladovanie zlepšuje biochemické procesy a sekréciu žliaz v organizme, podporuje regeneráciu buniek, znižuje zápal a oxidatívny stres, zlepšuje sa látková výmena, normalizuje sa vstrebávanie, upravuje sa trávenie a krvný obeh a spomaľuje sa proces starnutia (Ooi a Pak 2019).

Ludský organizmus má v prípade hladovania schopnosť využívať zásoby živín, ktoré sú vo forme zásobného tuku a svalov (Lehocká a kol. 2015). Na začiatku hladovania predstavuje zásoba energie u zdravého človeka 0,30 % glykogénu, 21,5 % tuku a 8,5 % proteínu z celkovej hmotnosti. Pri využívaní vnútorných rezerv a spotrebe rôznych zásob v podobe tkanív a častí orgánov sa predovšetkým spotrebúva nahromadený tuk – na 97 %, na 60 % slezina, na viac ako 50 % pečeň, na 30 % svalová hmota, na 25 % krv a obličky, nervový systém a srdce strácajú iba 4 % hmotnosti (Guščo 1993). Už pri 24 hodinovom hladovaní po vyčerpaní zásob sacharidov, organizmus prechádza na lipidový metabolizmus a zostatková glukóza vo forme glykogénu v pečeni sa zníži o 15 % oproti stavu nasýtenia (Storey a kol. 2004). Tukové tkanivo má dôležitú úlohu v metabolickej regulácii všetkých orgánov a preto sa stáva predmetom intenzívneho bádania najmä v dôsledku jeho spojitosti s inzulínovou rezistenciou. Inzulínová rezistencia hrá dôležitú úlohu v etiológii civilizačných ochorení ako sú diabetes a obezita.

Štúdie na modelových živočíchoch a aj u ľudí potvrdili, že krátkodobé hladovanie znižuje bazálne koncentrácie metabolických biomarkerov ako sú inzulín a glukóza. Pri znížení koncentrácie glukózy v krvi sa zvyšuje vylučovanie rastového hormónu z hypofýzy, čo zapríčiňuje zvyšovanie koncentrácie mastných kyselín v krvi. Spolu so znížením uhľohydrátov v krvi sa znižuje obsah inzulínu, čím sa stimuluje mobilizácia tukov rastovým hormónom. Pokles inzulínu je až o 35 – 50 % (Patterson a kol. 2015, Ferrier 2013, Varady a Hellerstein 2007, Guščo 1993). Výskumy potvrdzujú, že organizmus dokáže počas hladovania využiť až 40 % objemu vlastného tela bez patologických zmien (Guščo 1993).

V neprítomnosti jedla začínajú pomaly klesať sérové hladiny aminokyselín a triacylglycerolov (TAG) a naopak zvyšuje sa sekrécia glukagónu (2 až 3 krát v porovnaní s bazálnou sekréciou) a katecholamínov – najmä adrenalínu (Dostál 2003, Ferrier 2013). Odbúravajú sa proteíny (cca 70 g za deň) najmä viscerálne proteíny ako sú proteíny krvnej plazmy, črevnej sliznice, parenchýmových orgánov a retikuloendotelového systému a proteíny kostrových svalov. Hladovanie zvyšuje tvorbu proteínových šaperónov a antioxidantných enzýmov (Merry 2004, Michalsen a kol. 2013). Telesná hmotnosť môže počas krátkodobého hladovania klesnúť cca o 2 kg t. j. 2 – 3 % celkovej telesnej hmotnosti (Musil

2002). V priebehu hladovania sa mení aj hladina ketolátok (acetoacetát, 3- hydroxybutyrát a acetón) v pečeni, zvyšuje sa až päťnásobne a predstavuje alternatívny zdroj energie za podmienok hladovania organizmu. Využitím ketolátok sa pokryje 30 – 40 % celej energetickej potreby buniek (Mareková a kol. 2017). Vyššia koncentrácia ketolátok (nad 1 mmol/L) vedie ku ketóze, čo spôsobuje okysľovanie organizmu a znižovanie pH v moči. Glykogén je vyčerpaný a zdrojom energie sa stáva telesný tuk (Javorka a kol. 2009). Pri zvýšení hladín ketolátok nad 3 mmol/L je diagnostikovaná už diabetická ketoacidóza.

Terapeutický vplyv krátkodobého a prerušovaného hladovania bol klinicky pozorovaný v úpravách krvného tlaku a srdcovej frekvencie, dochádzalo k zníženiu hladín LDL cholesterolu, k úpravám telesnej hmotnosti a obvodu pásu. Hladovanie tak môže predstavovať potencionálny faktor predikcie civilizačných ochorení ako sú kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus typu II, obezita a metabolický syndróm. Benefit vidia vedci aj v zlepšení duševného stavu jedinca, v zmiernení bolesti a odstránení nespavosti (Ooi a Pak 2019, Gavaghan a Jayasinghe 2018, Trepanowski a kol. 2017).

Predkladaná štúdia predstavuje začiatok dlhodobého výskumu pozitívnych účinkov krátkodobého a intermitentného (prerušovaného) resp. striedavého hladovania na zdravotný stav jedincov a jeho využitie v prevencii civilizačných ochorení.

Cieľ výskumu

Cieľom našej štúdie bolo sledovať zmeny hladín vybraných biochemických a fyziologických parametrov po 24 hodinovom hladovaní v skupine zdravých probandov s ohľadom na pohlavie a fyzickú záťaž vykonanú počas doby hladovania. Predmetom výskumu bola aj sledovanie nastupujúcej ketózy meraním hladín ketolátok v krvi a v moči, ktorá nastáva v dôsledku poklesu koncentrácie inzulínu v krvi.

Charakteristika súboru a metodika

Vybraný súbor probandov tvorilo 43 zdravých jedincov vo veku od 24 – 50 rokov z oblasti Prešovského a Košického kraja, ktorí dobrovoľne podstúpili proces krátkodobého 24 hodinového hladovania. V uvedenom súbore bolo 24 mužov a 19 žien nefajčiarov, bez vážnych zdravotných problémov s priemerným vekom u mužov $35,33 \pm 6,09$ a priemerným vekom žien $35,89 \pm 6,28$ (Tab. 1). Všetci zúčastnení boli informovaní o priebehu výskumu, oboznámení so všetkými rizikami vyplývajúcimi z neprijímania potravy a podpísali informovaný súhlas o odbere biologickej vzorky krvi a moču pre stanovenie vybraných biochemických parametrov pred a po 24 hodinovom hladovaní. Počas hladovania probandi neprijímali žiadnu stravu, povolená bola len čistá pitná voda v dostatočnom množstve. Pred začatím výskumu sme v rámci charakteristiky probandov stanovili aj hodnoty telesnej výšky a telesnej hmotnosti a stanovili hodnoty BMI pre sledovanie novej nadváhy až obezity u vybraných jedincov. V súbore žien bola priemerná hodnota BMI $23,73 \pm 2,15$ kg/m². V súbore mužov bola priemerná hodnota BMI $26,28 \pm 2,30$ kg/m² (Tab. 1), čo je podľa WHO pre európske populácie klasifikované ako nadváha (pre-obezita) a predstavuje zvýšené riziko najmä kardiovaskulárnych ochorení (WHO 2019).

Tab. 1 Charakteristika probandov

| | Muži (n=24) | | | Ženy (n=19) | | |
|-------------------------------|----------------|-------|-------|----------------|-------|------|
| | x±SD | min | max | x±SD | min | max |
| vek | 35,33 ± 6,09 | 24 | 46 | 35,89 ± 6,28 | 25 | 50 |
| Telesná hmotnosť (kg) | 88,30 ± 5,18 | 79 | 101,4 | 67,30 ± 5,39 | 58,6 | 76,5 |
| Telesná výška (cm) | 183,37 ± 7,45 | 170 | 195 | 168,26 ± 3,60 | 164 | 175 |
| BMI (kg/m²) | 26,28 ± 2,30 | 22,35 | 30,4 | 23,73 ± 2,15 | 19,13 | 27,9 |

n – početnosť, **x** - priemerné hodnoty, **SD**- smerovaná odchýlka, **BMI** –body mass index,

U všetkých probandov boli stanovené biochemické parametre (hladiny glukózy a ketolátok v krvi, pH a hladiny ketolátok v moči) a fyziologické parametre (systolický a diastolický krvný tlak, srdcová frekvencia) pred a po krátkodobom hladovaní. Odber biologických vzoriek sa pred hladovaním uskutočnil najskôr po dvoch hodinách od posledného prijímaného jedla. Krvná vzorka bola odobratá z posledného článku prstov a hladina glukózy bola stanovená prostredníctvom glukomerov SD CodeFree™, Accu-Check® Performa. Pri testovaní hladín ketónov sme v krvi sledovali hladinu beta-hydroxybutyrátu prostredníctvom glukomera FreeStyle Optium NEO. Množstvo ketolátok v moči bolo stanovené pomocou diagnostických prúžkov Diaphan. Za normálnu hladinu ketolátok v krvi a v moči bola považovaná hladina pod 0,6 mmol/L. Potenciometrické stanovenie pH vo vzorke čerstvého moču bolo uskutočnené pH metrom Milwaukee pH 51 WP. Systolický a diastolický krvný tlak a srdcová sekvencia boli vyšetrené klasickým meraním na ramene pomocou plne automatizovaného digitálneho tlakomera.

U probandov boli sledované rozdielne účinky 24 hodinového hladovania na biochemické a fyziologické parametre v závislosti od pohlavia a tiež od vplyvu fyzickej záťaže, ktorú vykonávali vybraní jedinci počas tejto doby. Štatisticky významné rozdiely v sledovaných parametroch boli stanovené na základe zmien v hladinách uvedených parametrov, ku ktorým došlo počas 24 hodinového hladovania medzi skupinou jedincov, ktorí vykonávali fyzickú aktivitu (n=14) a skupinou jedincov, ktorí boli v pokojovom štádiu počas celej doby výskumu (n=29). Za fyzickú aktivitu sme považovali celodennú fyzickú manuálnu prácu a tiež športové tréningy. Štatisticky významné zmeny boli stanovené na základe t-testu s využitím online štatistického programu GraphPad softvér (GraphPad Software 2018) pri hladine štatistickej významnosti $\alpha = 0,05$.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Výsledky výskumu krátkodobého 24 hodinového hladovania na biochemické a fyziologické parametre v skupine všetkých zdravých probandov potvrdzujú štatisticky významné zmeny v hladinách glukózy v krvi, pH v moči a tiež štatisticky významné zmeny v systolickom a diastolickom krvnom tlaku ($p < 0,0001$). Neboli zistené významné rozdiely v zmenách v srdcovej frekvencii po absolvovaní krátkodobého hladovania (Tab. 2). Pri sledovaní biochemických parametrov sme na začiatku hladovania zaznamenali hranične zvýšenú hladinu glukózy u 12 probandov (27,9 %) t. j. nespĺňali predpokladané referenčné hodnoty glukózy v rozmedzí 3,3 – 5,6 mmol/L (Javorka a kol. 2009). Priemerná hladina glukózy pred hladovaním bola $5,37 \pm 0,53$ mmol/L; po hladovaní $5,13 \pm 0,53$ mmol/L.

I napriek tomu, že došlo k výrazným zmenám v hladinách glukózy, u 8 probandov ostali hladiny glukózy aj po krátkodobom hladovaní stále mimo referenčných hodnôt. Pri sledovaní pH v moči sme pred hladovaním nezaznamenali rozdielne hodnoty oproti fyziologickým hodnotám (5,0 – 6,5) ani u jedného zo zúčastnených probandov. Priemerná hladina pH pred hladovaním bola $5,69 \pm 0,29$; po hladovaní $5,54 \pm 0,29$. Hladiny ketolátok v krvi a v moči sa u všetkých probandov pohybovali v normálnych hladinách pod 0,6 mmol/L. Výnimku tvoril proband, žena vo veku 41 rokov, ktorej hladina ketolátok v krvi po hladovaní stúpila na 0,8 mmol/L, s hladinou glukózy 4 mmol/L a ktorá počas doby nutričnej deficiencie vykonávala fyzický športový tréning.

Tab. 2 Sledovanie zmien v biochemických a fyziologických parametroch po 24 hodinovom hladovaní bez ohľadu na pohlavie

| n=43 | Pred hladovaním | | Po hladovaní | | p |
|----------------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-----|
| | x | SD | x | SD | |
| glukóza [mmol/L] | 5,37 | 0,53 | 5,13 | 0,53 | *** |
| pH v moči | 5,69 | 0,29 | 5,54 | 0,29 | *** |
| systolický TK [mmHg] | 132,60 | 10,55 | 129,84 | 10,21 | *** |
| diastolický TK [mmHg] | 81,65 | 6,52 | 80,12 | 6,48 | *** |
| srdcová frekvencia (úder/minúta) | 65,26 | 3,67 | 64,67 | 2,61 | ns |

x – priemerná hodnota, SD – smerodajná odchýlka, n – počet probandov, TK – tlak krvi, p – hladina štatistickej významnosti, ***p < 0.0001,

Ako fyziologický parameter bol v diagnostikovanom súbore sledovaný aj systolický a diastolický krvný tlak a srdcová frekvencia. Priemerná hodnota systolického tlaku pred hladovaním bola $132,60 \pm 10,55$ mmHg; po hladovaní $129,84 \pm 10,21$ mmHg. Priemerná hodnota diastolického tlaku bola $81,65 \pm 6,52$ mmHg pred hladovaním a $80,12 \pm 6,48$ mmHg po hladovaní. Monitoring systolického tlaku odhalil hypertenziu I. stupňa u 8 probandov, pretože ich hodnota bola v rozpätí 140 – 159 mmHg. Po 24 hodinovom krátkodobom hladovaní u polovici z nich došlo k zníženiu systolického krvného tlaku pod hladinu 140 mmHg. U štyroch probandov hodnota systolického krvného tlaku ostala stále riziková pre hypertenziu a bolo im odporúčané kardiologické vyšetrenie. Priemerná srdcová frekvencia pred hladovaním bola $65,26 \pm 3,67$ úderov za minútu, po hladovaní mierne klesla na $64,67 \pm 2,61$ úderov za minútu (Tab. 2).

V predkladanej štúdií sme sa zamerali aj na sledovanie zmien biochemických a fyziologických parametrov po krátkodobom 24 hodinovom hladovaní v závislosti od pohlavia. Výsledky výskumu nepotvrdili štatisticky významné zmeny a rozdiely vo vybraných parametroch medzi skupinou mužov (n=24) a skupinou žien (n=19) (Tab. 3).

Tab. 3 Porovnanie zmien v biochemických a fyziologických parametroch počas 24 hodinového hladovania medzi skupinou mužov a skupinou žien

| | Muži (n=24) | | | | Ženy (n=19) | | | | p |
|-------------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|--------------------|-------|-----------------|-------|----|
| | Pred hladovaním | | Po hladovaní | | Pred hladovaním | | Po hladovaní | | |
| | x | SD | x | SD | x | SD | x | SD | |
| glukóza [mmol/L] | 5,48 | 0,54 | 5,31 | 0,51 | 5,26 | 0,51 | 5,09 | 0,55 | ns |
| pH v moči | 5,68 | 0,32 | 5,54 | 0,31 | 5,71 | 0,25 | 5,55 | 0,27 | ns |
| systolický TK [mmHg] | 133,75 | 8,65 | 130,92 | 7,51 | 131,16 | 13,07 | 128,47 | 12,95 | ns |
| diastolický TK [mmHg] | 81,54 | 5,41 | 80,25 | 5,56 | 81,79 | 7,86 | 79,95 | 7,65 | ns |
| srdcová frekvencia (úder/minúta) | 64,29 | 3,61 | 63,88 | 2,52 | 66,47 | 3,47 | 65,68 | 2,40 | ns |

x – priemerná hodnota, SD – smerodajná odchýlka, n – počet probandov, TK – tlak krvi, p – hladina štatistickej významnosti, ns – nesignifikantné,

Predmetom výskumu bolo aj porovnanie zmien biochemických a fyziologických parametrov po 24 hodinovom hladovaní v závislosti do fyzickej záťaže, ktorú vykonávali niektorí jedinci počas doby hladovania. Výsledky meraní poukazujú na fakt, že nedošlo k štatisticky významným zmenám medzi sledovanými skupinami jedincov v systolickom a diastolickom krvnom tlaku, srdcovej frekvencii a v hodnotách pH v moči. Pri pozorovaní zmien hladín biochemického parametra glukózy sme zaznamenali štatisticky významný rozdiel ($p < 0.0001$) medzi jedincami vykonávajúcimi fyzickú aktivitu počas krátkodobého hladovania a jedincami v pokojovom štádiu (Tab. 4). U jedincov, ktorí mali fyzickú záťaž, došlo k výraznejším zmenám v hladinách glukózy.

Tab. 4 Porovnanie zmien v biochemických a fyziologických parametroch počas 24 hodinového hladovania medzi skupinou jedincov v pokojovom štádiu a jedincov vykonávajúcich fyzickú záťaž počas doby hladovania

| | Jedinci fyzická záťaž (n=14) | | | | Jedinci pokojové štádium (n=29) | | | | p |
|--------------------------|------------------------------------|------|-----------------|------|---------------------------------------|-------|-----------------|-------|-----|
| | Pred hladovaním | | Po hladovaní | | Pred hladovaním | | Po hladovaní | | |
| | x | SD | x | SD | x | SD | x | SD | |
| glukóza [mmol/L] | 5,63 | 0,61 | 5,35 | 0,55 | 5,27 | 0,46 | 5,15 | 0,52 | *** |
| pH v moči | 5,59 | 0,29 | 5,44 | 0,31 | 5,74 | 0,31 | 5,59 | 0,27 | ns |
| systolický TK [mmHg] | 130,71 | 9,24 | 128,14 | 9,05 | 133,52 | 11,16 | 130,66 | 10,78 | ns |
| diastolický TK [mmHg] | 80,43 | 5,40 | 79,29 | 5,44 | 82,24 | 7,01 | 80,52 | 6,98 | ns |

| | | | | | | | | | |
|--|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|----|
| srdcová frekvencia (úder/minútu) | 65,79 | 4,23 | 65,00 | 3,42 | 65,29 | 2,58 | 64,38 | 2,61 | ns |
|--|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|----|

x – priemerná hodnota, **SD** – smerodajná odchýlka, **n** – počet probandov, **TK** – tlak krvi, **p** – hladina štatistickej významnosti, *****p** < 0.0001, ns – nesignifikantné,

Diskusia

Výsledky nášho výskumu poukazujú na fakt, že počas krátkodobého hladovania dochádza k signifikantnému znižovaniu hladín kľúčových biomarkerov pre riziko diabetu a kardiovaskulárnych ochorení a to najmä glukózy a krvného tlaku. Fyziologická adaptácia na hladovanie u zdravých jedincov začína pomerne rýchlo. Už pár hodín po začiatku hladovania a predĺžovaním času nutričnej deficiencie sa hladiny glukózy znižujú a naopak narastajú hladiny ketolátok a neesterifikovaných mastných kyselín až o 50 % a to aj u zdravých jedincov (Romijn, Endert a Sauerwein 1991). S progresom hladovania sa hlavným zdrojom energie organizmu stáva lipolýza v tukovom tkanive (Bender 2014). Viaceré štúdie sa zamerali najmä na výskumy pozitívnych účinkov striedavého a prerušovaného hladovania na zdravotný stav organizmu. Výskumy prerušovaného hladovania potvrdzujú rýchly pokles hladín glukózy v krvi hneď na začiatku v prvom období hladovania a to až na 3,4 mmol/L. S obnovením príjmu potravy sa hladina glukózy v krvi nalačno veľmi rýchlo obnovuje až na hladiny, ktoré boli charakteristické pred hladovaním. Toto pozorovanie je konzistentné pre zdravého nediabetického jedinca (Ooi a Pak 2019). Klein a kol. (1993) počas 72 hodinového hladovania rovnako pozoroval pokles plazmatickej glukózy až o 25 %, zníženú hladinu inzulínu a zvýšenú hladinu glykogénu. Izotopovými metódami sa zistilo, že po 22 hodinách hladovania až 67 % glukózy je produkované glukoneogenezou (Gerich a kol. 2011). Endogénna produkcia glukózy však do 60 hodín od počiatku hladovania klesne až o 30 % (Soeters a kol. 2009). V našej štúdii sme nezaznamenali rozdiely v zmenách hladín glukózy medzi skupinou mužov a skupinou žien. K rovnakému výsledku dospela štúdia zaoberajúca sa pohlavnými rozdielmi v kinetike lipidov a glukózy počas hladovania od Mittendorfer, Horowitz a Klein (2001).

Pri sledovaní ketolátok v krvi a moči sme v našej štúdii nezaznamenali ich stúpajúce hodnoty počas doby hladovania. Ich zvyšovanie nastáva až po 48 hodinách a koreluje so zvýšením neesterifikovaných mastných kyselín a so znížením plazmatického inzulínu (Steinhauser a kol. 2018). Pri sledovaní pohlavných rozdielov bola u žien pozorovaná vyššia tendencia klesania inzulínu, čo malo vplyv aj na vyššiu produkciu mastných kyselín a ketolátok (Mittendorfer, Horowitz a Klein 2001). Zaujímavá je štúdia pozorovania hladín ketolátok u obéznych mužov a mužov s normálnymi hodnotami BMI. Celotelová koncentrácia ketolátok je za bazálnych podmienok vyššia u zdravých mužov v porovnaní s obéznyimi mužmi. Počas doby hladovania, však koncentrácia ketolátok signifikantne viac stúpala u obéznych mužov než u zdravých jedincov (Soeters 2004).

Štúdia od Varady a kol. (2009) sledovala viaceré biochemické a fyziologické parametre u jedincov trpiacich obezitou a vplyv niekoľkotýždňového striedavého hladovania na zníženie hmotnosti a rizika kardiovaskulárnych ochorení. Výskum potvrdil znižovanie hladín celkového cholesterolu, LDL cholesterolu, triacylglycerolov, systolického krvného tlaku a srdcovej frekvencie. Pokles systolického krvného tlaku sa znížil u obéznych jedincov

o 4,4 %, pokles diastolického tlaku nepreukazoval významné rozdiely. V našej štúdií priemerný pokles systolického krvného tlaku u zdravých probandov po 24 hodinovom hladovaní bol 2,08 % a diastolického krvného tlaku o 1,87 %. Podobne ako u ľudí, výskum striedavého hladovania bol uskutočnený aj u potkanov, u ktorých signifikantne poklesol systolický tlak a srdcová frekvencia, diastolický tlak dosiahol maximálne zníženie počas štvrtého týždňa hladovania (Mager a kol. 2006).

Predmetom nášho výskumu bol aj vplyv fyzickej aktivity na biochemické a fyziologické parametre. Naše výsledky poukazujú na signifikantné rozdiely v zmenách hladín glukózy po hladovaní medzi jedincami v pokojovom štúdiu a jedincami vykonávajúcimi fyzickú aktivitu. Štúdiá od Gueye a kol. (2004) po 12 hodinovom hladovaní zaznamenala významné zníženie glukózy, ale nie po následnom uskutočnení maximálneho fyzického výkonu. Daná štúdiá sledovala počas hladovania aj krvný tlak a hneď po cvičení sa diastolický krvný tlak znížil o 14 % a systolický krvný tlak o 19 %. Srdcová frekvencia počas fyzického výkonu pri normálnom stravovaní nepreukazovala rozdielne hodnoty v porovnaní s fyzickým výkonom po hladovaní (Gueye a kol. 2004). Účinok hladovania pred cvičením spôsobuje aj rýchlejší úbytok tukov (Bachman, Deitrick a Hillman 2016).

V našej štúdií sme sa nezamerali na sledovanie poklesu hmotnosti, keďže sme nepredpokladali za tak krátky čas hladovania štatisticky signifikantné zmeny. Výskumy však potvrdzujú, že počas striedavého alebo prerušovaného hladovania dochádza k významnému znižovaniu hmotnosti a umožňuje účastníkom využiť až 25 % energetických zásob organizmu. Výsledky 8-týždňového striedavého hladovania poukazujú na pokles hmotnosti o 5,8 % – 8 % (Varady a kol. 2009, Johnson a kol. 2007). V korelácii s poklesom hmotnosti a percentuálnym poklesom telesného tuku klesali aj hladiny celkového cholesterolu, LDL-cholesterolu a triacylglycerolov. Hladina HDL cholesterolu ostáva nezmenená. Len v prípadoch fyzickej aktivity spojenej s nutričnou deficienciou by sa mala meniť aj hladina HDL cholesterolu ako kardioprotektívneho lipidparametra (Ellison a kol. 2004). Je vysoko pravdepodobné, že aj v našom súbore jedincov, ktorí vykonávali najmä športové tréningy počas doby hladovania, by hladiny HDL cholesterolu výrazne stúpali. Dôležitým ďalším krokom našej štúdie je preto zaradiť do výskumu aj lipidové parametre a zamerať sa na striedavé resp. prerušované hladovanie a jeho pozitívny vplyv na zdravotný stav jedinca najmä v prevencii obezity, kardiovaskulárnych ochorení a diabetu.

Záver

Nutričné obmedzenie môže predstavovať benefit pre celkový zdravotný stav jedincov a môže prispieť k predĺženiu ich života. Z nášho výskumu vyplýva, že hladovanie môže predstavovať protektívny faktor pri prevencii vzniku diabetu, obezity a kardiovaskulárnych ochorení. Výsledky analýzy biochemických a fyziologických parametrov u zdravých jedincov poukazujú na štatisticky signifikantné zmeny v ich hladinách po krátkodobom 24 hodinovom hladovaní. Klesajúca hladina glukózy, krvného tlaku a srdcovej frekvencie je rovnako dôležitá ako u pacientov, tak aj u zdravých jedincov. Výsledky výskumu potvrdzujú, že už aj krátkodobé 24-hodinové hladovanie upravuje a znižuje hladiny uvedených parametrov. V budúcnosti je našim cieľom zamerať sa na možnosti prerušovaného a striedavého hladovania, v ktorých vedci vidia výraznejšie pozitívne účinky na zdravotný stav jedincov. V neposlednom rade je potrebné rozšíriť poznatky o účinkoch hladovania a vhodnom

prevedení a následných možnostiach aplikácie hladovania pri konkrétnych ochoreniach a v prevencii rizikových skupín v slovenskej populácii.

PodĎakovanie

Riešenie úlohy sa realizovalo v rámci projektu KEGA č. 018PU-4/2018.

Zoznam použitej literatúry

- BACHMAN, J. L., DEITRICK, R. W., HILLMAN, A. R. 2016. Exercising in the Fasted State Reduced 24-Hour Energy Intake in Active Male Adults. In *Journal of Nutrition and Metabolism*. ISSN 2090-0732, 2016, roč. 2016, č.1, s. 1-7.
- BENDER, D. A. 2014. *Introduction to nutrition and metabolism*, 5 vyd. Florida: CRC press, 2014. 448s. ISBN 978-1466572249.
- DOSTÁL, J. 2003. *Biochemie pro bakaláře*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 173 s. ISBN 978-80-210-3232-3.
- ELLISON, R. C. et al. 2004. Lifestyle determinants of high-density lipoprotein cholesterol: the Na-tional Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. In *American Heart Journal*. ISSN 0002-8703, 2004, roč.147, č. 3, s. 529-535.
- FERRIER, D. R. 2013. *Biochemistry*. 6 vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health and Lippincott Williams and Wilkins, 2013. 560 s. ISBN 978-1451175622.
- GAVAGHAN, C., JAYASINGHE, R. 2018. Intermittent fasting for cardiovascular disease risk factor reduction: a narrative review of current evidence. In *Australasian Medical Journal*. ISSN 1836-1935, 2018, roč. 11, č. 8, s. 426-433.
- GERICH, J. E. et al., 2001. Renal gluconeogenesis: its importance in human glucose homeostasis. In *Diabetes Care*. ISSN 0149-5992, 2001, roč. 24, č. 2, s. 382-391.
- GRAPHPAD SOFTWARE. 2018. GraphPad QuickCalcs. Online [údaje z 6.7.2019]. Dostupné: <<http://www.graphpad.com/quickcalcs/>>.
- GUEYE, L. et al. 2004. Influence of a 12 hours – fast on maximal exercise. In *Scripta Medica (Brno)*. ISSN 1211-3395, 2004, roč. 77, č. 5, s. 271-276.
- GUŠČO, J. 1993. *Vvedenie v encyklopediju zdravotia i dolgoletija*, vydala Medzinárodná asociácia "Osobnosť, ekológia, svet", Moskva-Minsk, preklad časti O liečení hladovkou. e-vydanie druhé. Online [údaje z 10.9.2019]. Dostupné: <https://bioporadna.sk/wp-content/uploads/O_lie%C4%8Den%C3%AD_hladovkou.pdf>.
- JAVORKA, K. a kol. 2009. *Lekárska fyziológia*. 3. prepracované a doplnené vyd. Martin: Osveta, 2009. 770 s. ISBN 978-80-8063-291-5.
- JOHNSON, J. B. et al. 2007. Alternate day calorie re-striction improves clinical findings and reduces markers of oxidativestress and inflammation in overweight adults with moderate asthma. In *Free Radical Biology & Medicine*. ISSN 0891-5849, 2007, roč. 42, č. 5, s. 665-667.
- KLEIN, S. et al., 1993. Progressive alterations in lipid and glucose metabolism during short-term fasting in young adult men. In *American Journal of Physiology*. ISSN 0002-9513, 1993, roč. 265, č. 5, s. 801-806.
- LEHOCKÁ, Ľ. a kol. 2015. Význam enterálnej výživy u ambulantných pacientov. In *Praktické lekárstvo*. ISSN 1339-4185, 2015, roč. 5, č. 3-4, s. 107-111.

- MAGER, D. E. et al., 2006. Caloric restriction and intermittent fasting alter spectral measures of heart rate and blood pressure variability in rats. In *The FASEB Journal*. ISSN 0892-6638, roč. 20, č. 6, s. 631-637.
- MAREKOVÁ, M. a kol. 2017. *Základy lékařské, klinické a laboratorní biochemie*. 1. vyd. Košice: UPJŠ, 2017. 218 s. ISBN 978-80-8152-506-3.
- MERRY, B. J. 2004. Oxidative stress and mitochondrial function with aging – the effects of calorie restriction. In *Aging Cell*. ISSN 1474-9718, 2004, roč. 3, č. 1, s. 7-12.
- MICHALSEN, A. et al. 2013. Fasting Therapy for Treating and Preventing Disease – Current State of Evidence. In *Forsch Komplementmed*. ISSN 1661-4119, 2013, roč. 20, č. 6, s. 444-453.
- MITTENDORFER, B., HOROWITZ, J. F., KLEIN, S. 2001. Gender differences in lipid and glucose kinetics during short – term fasting. In *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*. ISSN 0193-1849, 2001, roč. 281, č. 6, s. 1333-1339.
- MUSIL, D. 2002. *Klinická výživa a intenzivní metabolická péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 110 s. ISBN 80-244-0566-0.
- OOI, S. L., PAK, S. C. 2019. Short-term Intermittent Fasting for Weight Loss: A Case Report. In [Cureus](#). ISSN 2168-8184, 2019, roč. 11, č. 4, s. e4482.
- PATTERSON, R. E. et al. 2015. Intermittent Fasting and Human Metabolic Health. In *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. ISSN 2212-2672, 2015, roč. 115, č. 8, s. 1203-12.
- ROMIJN, J. A., ENDERT, E., SAUERWEIN, H.P. 1991. Glucose and fat metabolism during short-term starvation in cirrhosis. In *Gastroenterology*. ISSN 0016-5085, 1991, roč. 100, č. 3, s. 731-7.
- SOETERS, M. R. 2004. *The metabolic response to fasting in humans: physiological studies*. 1. vyd. Amsterdam: Faculty of Medicine, 2004. 172 s. ISBN: 9789081329811.
- SOETERS, M. R. et al. 2009. Intermittent fasting does not affect whole – body glucose, lipid, or protein metabolism. In *The American Journal of Clinical Nutrition*. ISSN 0002-9165, 2009, roč. 90, č. 5, s. 1244-1251.
- STEINHAUSER, M. L. et al. 2018. The circulating metabolome of human starvation. In *JCI Insight*. ISSN 2379-3708, 2018, roč. 11, č. 4, s. e4482.
- STOREY, K. et al. 2004. *Functional metabolism: regulation and adaptation*. 1. vyd. New Jersey: John Wiley and Sons, 2004. 616 s. ISBN 978-0-471-41090-4.
- TREPANOWSKI, J. F. et al. 2017. Effect of Alternate-Day Fasting on Weight Loss, Weight Maintenance, and Cardioprotection Among Metabolically Healthy Obese Adults: A Randomized Clinical Trial. In *JAMA Internal Medicine*. ISSN 2168-6106, 2017, roč. 177, č. 7, s. 930-938.
- VARADY, K. A. et al., 2009. Short-term modified alternate-day fasting: a novel dietary strategy for weight loss and cardioprotection in obese adults. In *The American Journal of Clinical Nutrition*. ISSN 0002-9165, 2009, roč. 90, č. 5, s. 1138-1143.
- VARADY, K. A., HELLERSTEIN, M. K. 2007. Alternate-day fasting and chronic disease prevention: a review of human and animal trials. In *The American Journal of Clinical Nutrition*. ISSN 0002-9165, 2007, roč. 86, č. 1, s. 7-13.

WHO, Regional office for Europe. 2019. Body mass index – BMI. Online [údaje z 9.9.2019]. Dostupné: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>>.

Kontakt na autora:

RNDr. Eva Petrejčíková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied,

Katedra biológie

17. novembra 1,

08116 Prešov

eva.petrejcikova@unipo.sk

PODIEL OŠETROVATEĽSTVA V PREVENCII DIABETICKEJ RETINOPATIE

Nursing involvement in the prevention of diabetic retinopathy

Popovičová M.

VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, detašované pracovisko bl. D.M. Trčku Michalovce

Úvod

Jednou z najčastejších a najzávažnejších chronických komplikácií diabetes mellitus je poškodenie zraku v dôsledku diabetickej retinopatie. Diabetická retinopatia patrí v súčasnosti k rozšíreným ochoreniam v populácii a svojimi komplikáciami medzi najzávažnejšie orgánovej komplikácie diabetu. Na celom svete diabetickou retinopatiou trpí 50 miliónov ľudí. Približne 8-10 miliónov ľudí oslepne každý rok a zhruba 6-8 miliónov slepých ľudí každý rok zomrie. Výsledkom je čistý prírastok 1-2 milióny nevidiacich ľudí ročne. Nárast slepoty je spôsobený rastúcou svetovou populáciou a predlžujúca sa dĺžkou života. Slepota je rastúci problém, ktorý spôsobuje stratu kvality života jednotlivca, ale aj ekonomickú záťaž jednotlivca, rodiny a spoločnosti všeobecne. Komplexné liečebno preventívne postupy, zahŕňajúce intervenciu systémových rizikových faktorov, aktívny skrining diabetickej retinopatie a špeciálne oftalmologickú liečbu, redukovávajú stratu zraku o 90%.

Základnou úlohou je teda trvalé zlepšovanie dlhodobej prognózy a kvality života, udržanie pracovnej schopnosti čo najdlhšie a dosiahnutie najvyššej možnej miery nezávislosti v starostlivosti o svoje zdravie.

Prevalencia Diabetickej retinopatie

Diabetická retinopatia je ochorenie ktoré postihuje zrakový orgán v našom tele. Komplikácie vzniknuté z nedbalého dodržiavania liečebného režimu, nedostatočnej kompenzácie glykémie u postihnutých môže viesť k strate videnia, čo veľmi ovplyvní kvalitu života každého človeka s diagnostikovaným ochorením diabetická retinopatia. Diabetická retinopatia je najčastejšou príčinou slepoty vo vyspelých štátoch sveta. Diabetická retinopatia sa vyskytuje až 10-20 krát častejšie u pacientov s diagnostikovaným ochorením diabetes mellitus a stáva sa najčastejšou komplikáciou tohto ochorenia (Škrha et al., 2009). Podľa Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy sa ochorenie diabetická retinopatia vyskytuje u pacientov, ktorý majú diagnostikovaný diabetes mellitus 1. typu, len málokedy je diagnostikovaná do 5tich rokov trvania ochorenia. Po určitom čase, keď je ochorenie diagnostikované viac ako 20 rokov, tak sa so 100% úspechom hovorí o prítomnosti ochorenia diabetická retinopatia. U pacientov s diagnostikovaným ochorením diabetes mellitus 2. typu sa už po 5 ročnom trvaní daného ochorenia spozorujú zmeny na sietnici u 25% až 40% diabetikov (Fišer, 2007). Každým rokom je ochorenie diabetická retinopatia zistená u 12 000 – 14 000 nových novozistených pacientov. Jej zachytenie včas a prevencia progresie ochorenia do terminálnych štádií je podmienené pravidelnosťou návštev u svojho oftalmológa a taktiež kontroly hladiny glykémie u pacientov. Ak je dobrá spolupráca a informovanosť pacientov a samozrejme včasnej zahájenej liečby kde cieľom je zachovať čo najdlhšie zrak v takom stave aby splnil všetky požiadavky kladené na zrak chorého človeka. Vo Svetovej zdravotníckej organizácie sa udávajú čísla, že v dôsledku ochorenia diabetická retinopatia

prichádza o zrak viac ako 1,8 milióna obyvateľov. Najťažším a zároveň najhorším príznakom diabetickej retinopatie je skutočnosť, že postihnutý nepociťuje zo začiatku žiadne ťažkosti súvisiace s jeho videním, až však vtedy ak je ochorenie už v rozvinutom štádiu už sú si pacienti plne vedomí zmien vo videní vo svojom zdravotnom stave (Rozsival et al.,2012).

Na Slovensku v súčasnosti postihuje dané ochorenie asi 400 000 ľudí a taktiež ďalších 100 000 o svojom ochorení nevie. Pri nedostatočnej kontrole cukrovky dochádza k možnosti skrátenia dĺžky života o 15-20 rokov. Svetová zdravotnícka organizácia odhaduje, že v roku 2030 bude na celom svete viac ako 366 miliónov ľudí s diagnostikovaným diabetom (Souček, 2011).

Najčastejšie sa dostávame k myšlienke, že najpodstatnejšou časťou prevencie u pacientov s ochorením diabetickej retinopatie je najdôležitejší krok kompenzácia hladiny cukru v krvi u pacientov a správna životospráva pri vzniknutých komplikáciách diabetu. K tomu však môžeme zahrnúť pohyb a elimináciu rizikových faktorov. V súčasnosti je potrebné dať do pozornosti sekundárnu prevenciu ochorenia už pri vzniknutých komplikáciách, ktoré sprevádzajú dané ochorenie. Týmto postupom sa zabráni rozvoju ochorenia a je možnosť dosiahnutia skompenzovania zdravotného stavu, kde už s malou pravdepodobnosťou môže dôjsť k zlepšeniu stavu alebo vyliečeniu avšak, dôležitosť je potrebné klásť na zabránenie zhoršenia zdravotného stavu a nezvratnosti možnosti úplného oslepnutia u pacienta.

Prevenca diabetickej retinopatie

Prevenca zameraná na rozvoj diabetickej retinopatie súvisí s kompenzáciou diabetu. Najčastejšie ukazovatele, ktoré sa podieľajú na vzniku diabetickej retinopatie sú: dĺžka trvania diabetu a nesprávna kompenzácia tohto ochorenia. Z ďalších vonkajších faktorov, ktoré môžu ovplyvniť vznik a ďalší priebeh diabetickej retinopatie sú známe: fajčenie, konzumácia alkoholu, vysoký krvný tlak, poruchy v hladinách krvných tukov, hormonálna antikoncepcia a taktiež stres, ktorý prispieva k vzniku komplikácií už pri diagnostikovanom ochorení. Dôležité je sledovanie stavu pacienta v periodických intervaloch, pomocou fundus kamery. Najväčším ukazovateľom je fotodokumentácia, ktorá graficky zobrazuje stav ochorenia diabetickej retinopatie. Fotodokumentáciu je možné zhotoviť pri kontrolných návštevách u oftalmológa, kedy lekár na základe dokumentácie môže zhodnotiť a popísať terajší stav liečeného pacienta na ochorenie diabetickej retinopatie. Pri sekundárnej prevencii je potrebný hlavne záujem pacienta na prevencii svojho ochorenia, ktoré je už rozvinuté. Sekundárna prevencia je teda opodstatnenou súčasťou liečebného režimu. V rámci sekundárnej prevencie je podstatnou časťou pravidelná návšteva oftalmologického pracoviska. Najčastejšie je to súhrn vyšetrení, zobrazujúcich priebeh ochorenia diabetickej retinopatie. Ako každé iné ochorenie má mnoho príznakov, ktoré sú identifikovateľné pri priebehu ochorenia a taktiež pri zhoršení zdravotného stavu, kde už vznikajú komplikácie.

Komplikácie ktoré sú prítomné pri diabetickej retinopatii častokrát súvisia s priebehom ochorenia diabetes mellitus. Ak nastane zvýšenie hladiny glykémie u pacienta liečeného na diabetickej retinopatii, hneď sú pozorovateľné zmeny na očnom pozadí pri oftalmologickom vyšetrení. Pre pacientov, je najdôležitejšie v ich zdravotnom stave skompenzovať hladinu glykémie a na základe týchto hodnôt sa dostane pod kontrolu aj očné ochorenie, ktoré je u pacienta prítomné (Šupínová, Šichtová, 2012). Pri sekundárnej prevencii je potrebné, aby pacient dodržiaval určité pravidlá správnej životosprávy s už diagnostikovaným ochorením.

Najdôležitejším podnetom sekundárnej prevencii je dlhodobá kompenzácia hladiny glykémie u pacienta a taktiež dodržiavania liečebného režimu z hľadiska očných kontrolných vyšetrení. Aj napriek všetkým ostatným prvkom prevencie je táto časť najpodstatnejšia. Správna životospráva, pohybová aktivita a redukcia hmotnosti. Tieto tri komponenty sú taktiež podstatné pri sekundárnej prevencii ochorenia diabetická retinopatia.

Cieľ výskumu:

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť podiel pacientov na sekundárnej prevencii s diagnostikovanou diabetickou retinopatiou. Poukázali sme na potrebu sekundárnej prevencie u pacientov s ochorením diabetická retinopatia. Zisťovali sme rizikové faktory spôsobujúce diabetickú retinopatiu. Zisťovali sme vzťah medzi diabetickou retinopatiou a vekom, pohlavím, vzdelaním respondentov zameraných na sekundárnu prevenciu ochorenia. Poukázali sme na dôležitosť informácií súvisiacich s udržiavaním glykémie u pacientov s diagnostikovanou diabetickou retinopatiou.

Hypotézy výskumu

Cieľom výskumu bolo predložiť poznatky, ktoré sme nadobudli realizáciou výskumu a získaním informácií od respondentov, ktorí boli zúčastnení. Na základe cieľa výskumu sme sformulovali hypotézy výskumu a to:

Hypotéza 1

- Dĺžka ochorenia u respondentov súvisí s liečebnými postupmi pri ochorení diabetická retinopatia

Hypotéza 2

- Dĺžka liečby ochorenia diabetická retinopatia súvisí s frekvenciou self-monitoringu hodnôt glykémie

Hypotéza 3

- Postoj k prevencii diabetickej retinopatie bude rozdielny podľa vzdelania

Hypotéza 4

- Postoj k prevencii diabetickej retinopatie bude rozdielny podľa pohlavia

Charakteristika výskumnej vzorky

Pri získavaní empirických údajov sme použili dotazníkovú metódu zberu dát. Výskumný súbor tvorilo 73 respondentov oftalmologickej ambulancie pre metabolické ochorenia oka. Priemerný vek respondentov sa pohyboval v rozmedzí nad 50 rokov, čo predstavovalo 82,2% respondentov. Štatistické metódy testovania údajov boli následovne: Diskriptívna štatistika, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test (jedno-cestná ANOVA). Štatistický program SPSS IBM ver. 18 a Microsoft Excel 2007. –

Demografické údaje

Frekvenčné tabuľky

Tab. 1 Pohlavie respondentov

| Pohlavie | | | |
|----------|-------|-----------|---------|
| | | Početnosť | Percent |
| Valid | Muž | 33 | 45,2 |
| | Žena | 40 | 54,8 |
| | Total | 73 | 100,0 |

Vo výskume sa zúčastnilo 33 respondentov (45,2%) mužského pohlavia a 40 respondentov (54,8%) ženského pohlavia.

Tab. 2 Vek respondentov

| Vek respondentov | | | |
|------------------|--------|-----------|---------|
| | | Početnosť | Percent |
| Valid | <= 50r | 13 | 17,8 |
| | >50r | 60 | 82,2 |
| | Total | 73 | 100,0 |
| | | | |

Druhou položkou súvisiacou s demografickými údajmi bola otázka týkajúca sa veku zúčastnených respondentov. Skupina respondentov s vekom menej a rovnajúcu sa 50 roku života tvorilo 13 (17,8%) respondentov, ďalšia skupina bol vek viac ako 50 rokov, čo tvorilo 60 (82,2%) respondentov.

Tab. 3 Vzdelanie respondentov

| Vzdelanie v 3 kategóriách | | | |
|---------------------------|----------------------|-----------|---------|
| | | Početnosť | Percent |
| Valid | ZŠ a SŠ bez maturity | 8 | 11,0 |
| | SŠ s maturitou | 33 | 45,2 |
| | VŠ | 32 | 43,8 |
| | Total | 73 | 100,0 |

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov nášho výskumu, kde počet s ukončenou základnou školou a strednou školou bez maturity tvorilo 8 (11%) respondentov, ďalším dosiahnutým vzdelaním bola stredná škola s maturitou 33 (45,2%) respondentov a s vysokoškolským vzdelaním bolo zúčastnených 32 (43,8%) respondentov.

Hypotéza 1

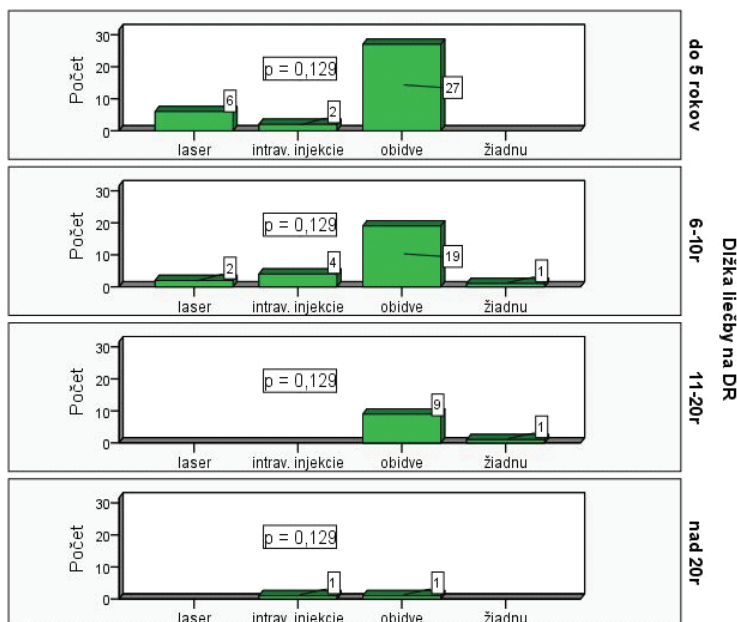
H0 : Dĺžka ochorenia na DR nezávisí od zvolených liečebných metód

H1 : Dĺžka ochorenia na DR je rozdielna v závislosti od zvolených liečebných metód

Tab. 4 Dĺžka ochorenia na DR v závislosti od zvolených liečebných metód

| Otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------|--|----------------|-----------|-----------------------|
| 2 a 4 | Dĺžka ochorenia s dg DR nezávisí od zvolených liečebných metód | Kruskal Wallis | 0,129 | Platí nulová hypotéza |

Záver : Hypotéza sa nepotvrdila. Dĺžka liečby nie je štatisticky významne odlišná v závislosti od použitej metódy liečby ($p = 0,129$)



Graf 1 Grafická prezentácia hypotézy H1. Hypotéza sa nepotvrdila. Dĺžka liečby nezávisí od metódy liečby. ($p = 0,129$)

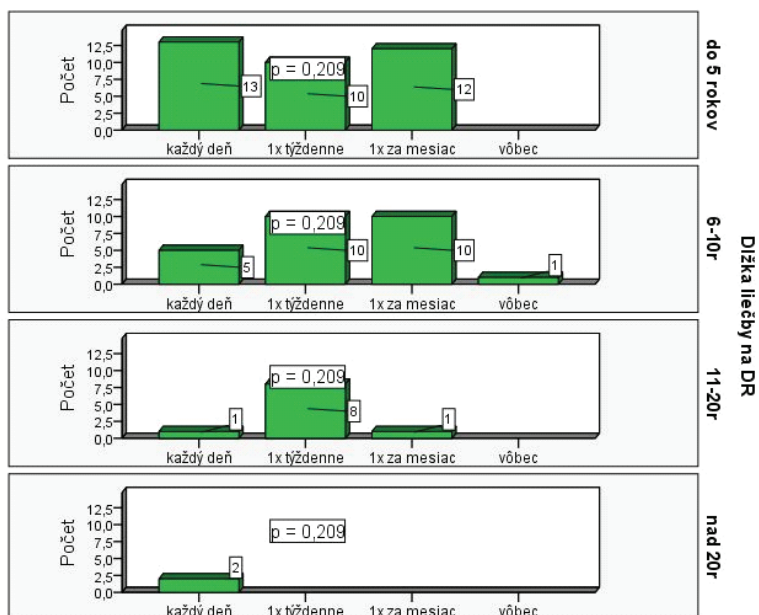
Hypotéza 2

H0 : Dĺžka liečby na dg DR nesúvisí s frekvenciou self-monitoringu hodnôt glykémie.

H2 : Dĺžka liečby na dg DR súvisí s frekvenciou self-monitoringu hodnôt glykémie.

Tab. 5 Dĺžka liečby na dg DR v súvislosti s frekvenciou self-monitoringu hodnôt glykémie.

| Otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|--------|---|----------------|-----------|-----------------------|
| 2 a 14 | Dĺžka liečby s dg DR nesúvisí s frekvenciou self-monitoringu glykémie | Kruskal Wallis | 0,209 | Platí nulová hypotéza |



Graf 2 Grafická prezentácia hypotézy H2 - Dĺžka liečby na DR v závislosti na frekvencii self-monitoringu glykémie (p = 0,209)

Frekvencia selfmonitoringu sa dĺžkou ochorenia posúva k jeho vyššej frekvencii – od 1x-týždenne na 1x denne. Tento posun však nie je štatisticky významný.

Hypotéza 3

H0 : Postoj k prevencii retinopatie neovplyvňuje stupeň vzdelania

H3 : Postoj k prevencii retinopatie je rozdielny podľa vzdelania.

Definícia postoja pacienta:

K stanoveniu postoja k prevencii ochorenia sme použili koeficient stanovený z odpovedí na 5 relevantných otázok dotazník, ktoré majú rovnakú 4 stupňovú Likertovú škálu, čo umožňuje vypočítať priemernú hodnotu koeficientu postoja pacienta

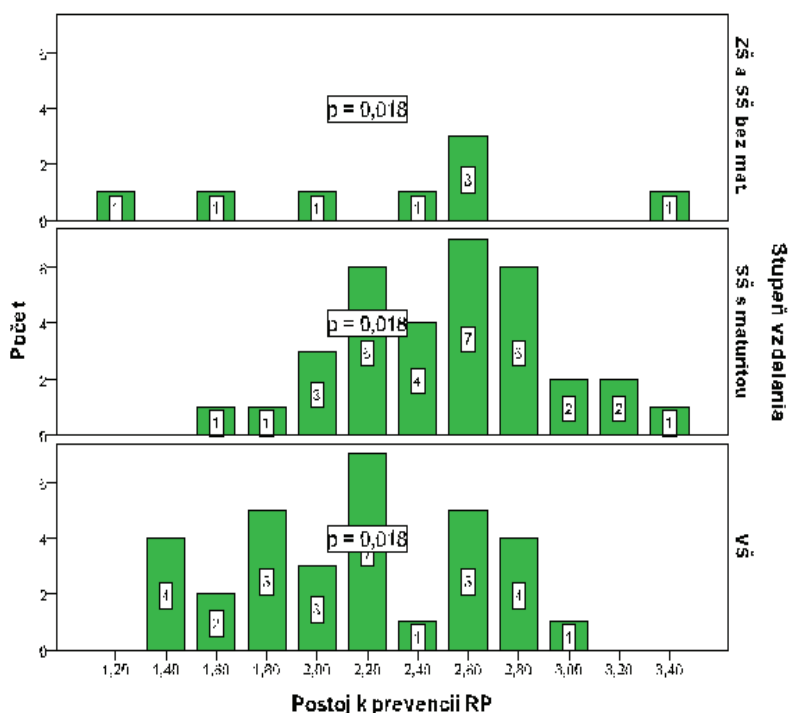
podľa vzorca : Koeficient . postoj = (Suma odpovedí na otázky 8,12,13 ,17,19) /5

Koeficient postoja k prevencii ochorenia nebude v celých číslach 1 (určite áno) , 2 (skôr áno) , 3 (skôr nie) , až po 4 (určite nie), ale bude v hodnotách skóre medzi 1 – 4.

Výsledok testovania hypotézy H3 postoj je v tab. 6

Tab. 6 Postoj k prevencii RP podľa vzdelania

| | Znenie nulovej hypotézy | Test | P-hodnota | Rozhodnutie |
|---------------|--|----------------|--------------|----------------------------------|
| Koef. Postoja | Postoj k prevencii RP nesúvisí so stupeňom vzdelania | Kruskal Wallis | 0,018 | Odmietame nulovú hypotézu |



Graf 3 Grafická prezentácia postoja k prevencii diabetickej retinopatie stanoveného z priemerného koeficientu postoja respondentov.

Záver :

Hypotéza H63 sa potvrdila. Postoj k prevencii RP závisí od stupňa vzdelania. Zodpovednejší postoj k prevencii je pozorovaný u skupiny pacientov s vyšším vzdelaním ($p= 0,018$). Histogram sa v skupine pacientov s VŠ je posunutý doľava to znamená k vyšším hodnotám pozitívneho postoja k prevencii ochorenia.

Hypotéza 4

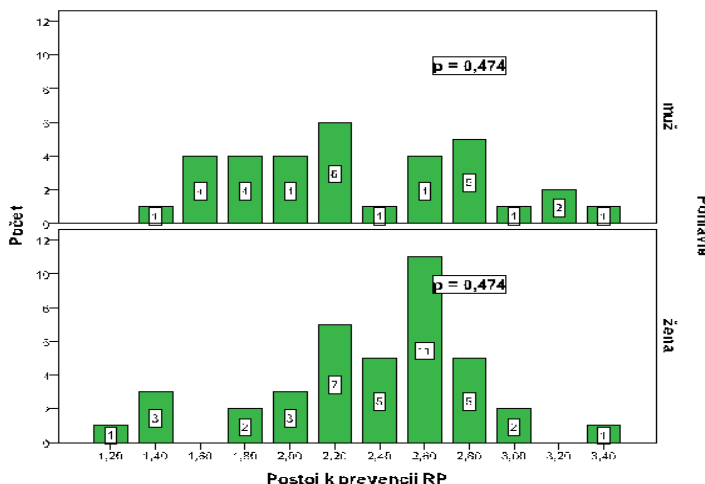
H0 : Postoj k prevencii retinopátie bude rovnaký u oboch pohlaví

H4 : Postoj k prevencii retinopátie bude rozdielny podľa pohlavia

Postoj k prevencii je definovaný analogicky ako u hypotézy 4 (z priemeru odpovedí v relevantných otázkach)

Tab. 7 Výsledky testovania postoja k prevencii ochorenia DR podľa pohlavia

| Otázky | Znenie nulovej hypotézy | Test | p-hodnota | Rozhodnutie |
|------------------------|--|--------------|-----------|-----------------------|
| Postoj priemerne skóre | Postoj k prevencii RP bude rovnaký u oboch pohlaví | Mann Whitney | 0,474 | Platí nulová hypotéza |



Obr. 4 Grafická prezentácia hypotézy H4 – Postoj k prevencii versus pohlavie pacienta

Záver

Koeficient postoja k prevencii RP nevykazuje štatisticky významné rozdiely podľa pohlavia. Posledná hypotéza sa nepotvrdila ($p = 0,474$). V rozložení vypočítaného postoja k prevencii DR medzi skupinami muž a žena nie je štatisticky významný rozdiel.

Diskusia

Sekundárna prevencia, takzvaná prevencia druhej fázy je prevencia, ktorá sa snaží príslušné javy súvisiace s ochorením včas zachytiť a zabrániť tak ďalšiemu zhoršovaniu zdravotného stavu pacienta. Hovoríme o preventívne zameranej terapii, ktorej hlavným cieľom je zabránenie vzniku komplikácií, ktoré vznikajú v dôsledku už prítomného ochorenia u pacienta. Sekundárna prevencia diabetickej retinopatie patrí k pojmom, s ktorým sa bežne človek vo svojom okolí nestretáva. Napriek tejto skutočnosti je potrebné zdôrazniť, že aj takáto forma prevencie je pre pacienta, ktorý je postihnutý ochorením diabetickej retinopatie veľmi dôležitá.

Poukázali sme na potrebu sekundárnej prevencie u pacientov s ochorením diabetickej retinopatie. Zistovali sme rizikové faktory spôsobujúce diabetickej retinopatii. Zistovali sme vzťah medzi diabetickej retinopatiou a vekom, pohlavím, vzdelaním respondentov zameraných na sekundárnu prevenciu ochorenia. Poukázali sme na dôležitosť informácií súvisiacich s udržiavaním glykémie u pacientov s diagnostikovanou diabetickej retinopatiou.

Pri získavaní empirických údajov sme použili dotazníkovú metódu zberu dát. Dotazník vlastnej konštrukcie bol rozdán pacientom, čakajúcim na vyšetrenie v oftalmologickej ambulancii. Výskumný súbor tvorilo 73 respondentov oftalmologickej ambulancie pre metabolické ochorenia oka. Priemerný vek respondentov sa pohyboval v rozmedzí nad 50 rokov, čo predstavovalo 82,2% respondentov. Hypotézy použité vo výskume boli rozpracované na základe čiastkových cieľov nášho výskumu. Výskumu sa zúčastnilo väčší počet žien, čo predstavovalo 54,8% zo zúčastnených respondentov a 45,2% mužov z celkového počtu. Veková kategória obsiahnutá v našom výskume bola v rozmedzí od 20 – 80 rokov. Najväčšiu skupinu tvorili pacienti s vekom nad 50 rokov, čo predstavuje 82,2%. K demografickým otázkam v našom výskume patrila aj otázka týkajúca sa vzdelania respondentov. Najvyšší počet tvorili respondenti s ukončeným stredoškolským vzdelaním s maturitou v počte 45,2 % respondentov.

Hypotéza 1 sme predpokladali, že dĺžka ochorenia u respondentov súvisí s liečebnými postupmi pri ochorení diabetickej retinopatie. Hypotéza sa nepotvrdila. Dĺžka liečby nie je štatisticky významne rozdielna v závislosti od použitej metódy liečby. Z pohľadu využitých liečebných metód počas liečby diabetickej retinopatie nie je podstatné aký druh liečby je poskytnutý pacientovi, ale dôležitosť je kladená na dodržiavanie liečebného režimu, ktorý pacientovi určuje jeho oftalmológ. Je potrebné, aby každý pacient dbal na dodržiavanie liečebného režimu, niekedy stačí ak nepodstúpi včas buď laserovú koaguláciu sietnice alebo aplikáciu intravitreálnej injekcie a videnie sa zhorší o značný stupeň.

Hypotézou 2 sme predpokladali, že dĺžka liečby ochorenia diabetickej retinopatie súvisí s frekvenciou self-monitoringu hodnôt glykémie. Testovaním hypotézy sme dospeli k záveru, že frekvencia selfmonitoringu sa dĺžkou ochorenia posúva k jeho vyššej frekvencii – od 1x týždenne na 1x denne. Tento posun však nie je štatisticky významná. Hudáková a Derňarová (2006) vo svojej práci uviedli, že pravidelnosťou merania hodnôt glykémie sú pacienti s výbornými hodnotami v počte 63% diabetikov, uspokojivé hodnoty sa týkajú 28% diabetikov a zlé glykemické hodnoty sú pre 9% diabetikov. Výskumom tak potvrdili, že selfmonitoring patrí medzi významný prostriedok pre správnu kompenzáciu ochorenia. Ak je pravidelný monitoring hodnôt glykémie u pacienta, pacient má možnosť získať obraz o hladinách cukru v krvi v priebehu dňa. Namerané hodnoty glykémie tak potvrdia alebo

vyvrátia správnosť nastavenej liečby u pacienta. Na prvom mieste je preto pravidelné meranie hodnôt glykémie u chorých. Pri jedno rázovom meraní namerané hodnoty nestačia vzhľadom na to, že glykémia sa mení v priebehu dňa.

Hypotéza 3 kde sme skúmali postoj k sekundárnej prevencii diabetickej retinopatie podľa vzdelania. K stanoveniu postoja k sekundárnej prevencii ochorenia diabetickej retinopatie sme použili koeficient stanovený z odpovedí na 5 relevantných otázok dotazníka, ktoré majú rovnakú 4 stupňovú Likertovú škálu, čo umožňuje vypočítať priemernú hodnotu koeficientu postoja pacienta k sekundárnej prevencii ochorenia diabetickej retinopatie. Koeficient postoja k sekundárnej prevencii ochorenia bolo v hodnotách skóre medzi 1 – 4. Pri testovaní hypotézy 3 sme použili Kruskal Wallis test, na základe daného testu sme dospeli k záveru, že hypotéza 3 sa potvrdila. To znamená, že postoj k sekundárnej prevencii diabetickej retinopatie závisí od stupňa vzdelania respondentov. V danom prípade sa potvrdzuje, že zodpovednejší prístup k sekundárnej prevencii je pozorovaný u skupiny pacientov s vyšším vzdelaním. Na základe histogramu sme usúdili, že v skupine respondentov s vysokoškolským vzdelaním je posunutý doľava, to znamená k vyšším hodnotám pozitívneho postoja k sekundárnej prevencii.

V súvislosti so vzdelaním respondentov zdôrazňuje Michková (2012), že respondenti s vysokoškolským vzdelaním vykazujú väčšiu mieru informovanosti čo spôsobuje taktiež lepší a zodpovednejší postoj k sekundárnej prevencii diabetickej retinopatie. Dá sa teda predpokladať že vzdelanie má vplyv na mieru vedomosti a zároveň postoja k prevencii o problematike komplikácií diabetickej retinopatie

Hypotéza 4 v nej sme predpokladali, že postoj k sekundárnej prevencii ochorenia bude rozdielny podľa pohlavia respondentov. Postoj k sekundárnej prevencii je definovaný analogicky rovnako ako v hypotéze 3. Vzhľadom na výsledky testovania hypotézy 4 sme dospeli k záveru, že hypotéza sa nepotvrdila. Koeficient postoja k sekundárnej prevencii ochorenia diabetickej retinopatie bol vypočítaný zo spomenutých otázok a nevykazuje štatisticky významné rozdiely podľa pohlavia. V rozložení vypočítaného postoja k sekundárnej prevencii diabetickej retinopatie medzi skupinami muž a žena nie je štatisticky významný rozdiel.

Na základe zistených výsledkov súvisiacich so sekundárnou prevenciou diabetickej retinopatie by bolo vhodné:

- Spolupráca so sestrou a informovanosť pacientov o ochorení diabetickej retinopatie pomocou edukačného materiálu zameraného na sekundárnu prevenciu pri ochorení diabetickej retinopatie.
- Poukázať a aktivizovať pacientov s diagnostikovaným ochorením na dôležitosť pohybovej aktivity v životnom štýle pacientov.
- Nepodceňovať pravidelné kontroly u oftalmológa aj v prípade, že pacient nepociťuje žiadne problémy so svojim zrakom.
- Edukovať pacientov pri udržiavaní normálnych hodnôt glykémie v krvi.
- Dodržiavať liečebný režim stanovený svojim oftalmológom, čo predstavuje pravidelnosť laserovej koagulácie sietnice a taktiež aplikácie intravitreálnej injekcie u pacienta.
- Zdrojom informácií by veľmi dobre poslúžila pre verejné zdravie a spoločnosť diabetologická poradňa, ktorý by bola prístupná každému z nás.

Záver

Ako populácia starne, zvyšuje sa prevalencia chronických chorôb a tým aj náklady na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V dôsledku toho sa hľadajú nové, inovatívne a efektívne spôsoby, ako sa starať o chronicky chorých, čo je prvoradým záujmom spoločnosti. Dôraz je kladený na vzdelávanie pacienta a preventívnu medicínu. Skutočnosť potvrdzuje, že vzdelanie sestry predstavuje dôležitý pilier v poskytovaní pomoci diabetikom (Barkasi, Popovičová, 2017). Dispenzarizovaní diabetici potrebujú neustály kontakt so sestrou v rámci monitorovania zdravotného stavu, ale aj v naliehavých situáciách spojených s ochorením.

Zlepšenie kvality života diabetikov predpokladá ich aktívnu účasť na liečbe diabetickej retinopatie (Závodná, 2002). Prevencia komplikácií diabetu je dôležitá pre spôsob a dĺžku života samotných pacientov. Ovplyvňuje ich biologickú, psychologickú a sociálnu dimenziu života.

Zoznam použitej literatúry

- BARKASI, D., POPOVIČOVÁ, M. 2017. Edukácia diabetika z pohľadu sestry a sociálneho pracovníka. In: DIANÁDEJ. 2017. číslo 1/2017. Ročník I. s. 9 – 10. ISSN: 2453-9821.
- BUMBEROVÁ, M. 2018. Sekundárna prevencia pri ochorení diabetickej retinopatie : diplomová práca. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2018. pp 77.
- FÍŠER, I. 2007. Diabetickej retinopatie. In KUCHYNKA, P. et. al. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8. s. 769.
- HUDÁKOVÁ, A. – DERŇÁROVA, E. 2006. Podiel ošetrovateľstva na prevencii komplikácií u diabetikov. In *Molisa 3*. Prešov : FZ PU s FN sP Prešov. 2006. ISBN 80-8068-480-4. s. 17-20.
- ROZSÍVAL, P. et al., 2006. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
- SOUČEK, M. et al. 2011. *Vnitřní lékařství 2. díl*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 1577 s. ISBN 978-80-247-2110-1.
- ŠKRHA, J. et al. 2009. *Diabetologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 417 s. ISBN 978-80-7262-607-6.
- ŠUPÍNOVÁ, M. - ŠICHTOVÁ, A.: 2012. Vplyv kompenzácie glykémie na vznik diabetickej retinopatie u osôb s diabetes mellitus 2. typu /In: Ošetrovateľstvo: teória - výskum - vzdelávanie: elektronický, recenzovaný, vedecko-odborný časopis pre ošetrovateľstvo. - ISSN 1338-6263. - Roč.2, č.4 (2012), s. 125-130.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80-8063-108-5.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku

Michalovce

email: mariapopovic911@gmail.com

VÝZNAM EDUKÁCIE V PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ

Rónayová I., Dimunová L.

Úvod

V súčasnosti výrazne rastú ekonomické náklady poisťovní na pacientov s chorobami srdca a ciev najmä na lieky, vyšetrenia a hospitalizácie. Kardiovaskulárne ochoreniapredstavujú ochorenia ako sú ischemická choroba srdca, cerebrovaskulárne ochorenia a ostatné vaskulárne príčiny, medzi ktoré patrí aneuryzma aorty a periférne obliterujúce ochorenie (Piepoli et al., 2016). Podľa Studenčana (2014) sú postihnuté koronárne a iné cievy aterosklerózou, ktorá vedie k obmedzeniu prietoku krvi, kedy nastáva ischémia. Proces aterosklerózy často začína už v detstve. Podľa dynamiky a stupňa tohto procesu sa ischémia srdca manifestuje ako akútne ochorenie (akútny koronárny syndróm, náhla smrť) alebo ako chronické ochorenie (tichá ischémia myokardu, stabilná angína pectoris, chronické srdcové zlyhávanie, poruchy srdcového rytmu). Veľké úspechy v liečbe akútnych koronárnych príhod sa podľa Studenčana (2014) podieľajú na prežívaní populácie, kde následne koronárne ochorenia prechádzajú do chronicity a stúpa počet hospitalizácií. Závažnýmrozvojom ischémie srdca sú najmä príznaky srdcového zlyhávania, malígne arytmie a pretrvávajúce stenokardie po minimálnej námahe. Pacienti so závažným postihnutím srdca majú ejekčnú frakciu (EF) ľavej komory pod 35% (Tomašovič, Kozlovský, 2006). Preto pacienti po koronárnych príhodách s vyšším rizikom ďalších kardiálnych príhod oproti zdravej populácii musia následne dodržiavať prísne režimové opatrenia (Tomašovič, Kozlovský, 2006), ktoré sú súčasťou nefarmakologických intervencií (Piepoli et al., 2016). Mnohými štúdiami sa dokázalo, že úpravou rizikových faktorov sa znížila morbidita a mortalita na KVO. Platí to najmä pre obezitu, fajčenie, hypertenziu a diabetes mellitus (Piepoli et al., 2016). Štatistické údaje z európskych krajín vrátane Slovenskej republiky naďalej ukazujú, že preventívna starostlivosť v oblasti kardiovaskulárnych ochoreniach je nedostatočná. Mnohí pacienti po ukončení hospitalizácie na tieto ochorenia nedodržiavajú náležitú farmakologickú liečbu, a najmä nedodržiavajú odporúčané zmeny životného štýlu (Kotseva et al., 2016).

Cieľom príspevku je poukázať na význam prevzatia zodpovednosti za svoje zdravie u každého človeka a zdôrazniť význam edukácie zameranej na prevenciu behaviorálnych rizikových faktorov, kde pri nedodržiavaní odporúčaných liečebných opatrení dochádza k rozvoju komplikácií a trvalých následkov s prechodom do chronického štádia choroby.

Kardiovaskulárne ochorenia

Podľa OECD (2016) Slovensko v oblasti kardiovaskulárnych ochorení patrí popri Litve a Lotyšsku k trom krajinám v rámci EÚ, kde je najviac úmrtí na ischemickú chorobu srdca (ICHS), toto ochorenie predstavuje najmä akútny infarkt myokardu a srdcové zlyhávanie. Z pohľadu pohlavia v rámci EÚ to predstavuje 42% žien a 38% mužov. Kardiovaskulárne ochorenia (KVO) patria dlhodobo medzi najčastejšie dôvody prijatia do ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Významne stúpa počet hospitalizácií na ochorenie srdcového zlyhávania, ktorý vzrástol viac ako štvornásobne. Do pozornosti je potrebné dať, že chronické srdcové zlyhávanie má na Slovensku výraznú vzostupnú

incidenciu a prevalenciu, toto ochorenie môžeme považovať ako chronické štádium ochorenia srdca.

Zo štatistík úmrtnosti (NCZI, 2018) vyplýva, že najčastejšou príčinou smrti u oboch pohlaví sú kardiovaskulárne ochorenia celkovým podielom 48,2 %. Úmrtia z pohľadu pohlavia tvorili 54,5 % u žien, a 42,2 % u mužov. Z analýzy diagnóz pri úmrtí vyplýva, že sa často jednalo o srdcové zlyhávanie a mozgový infarkt (NCZI, 2018).

Rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení

Medzinárodná vedecká komunita z oblasti epidemiológie srdcovo-cievnych ochorení i medicíny dôkazov dospela k záveru, že väčšina KVO je determinovaná spoločenským prostredím a súvisí s ľudským správaním. V tomto kontexte platí plynulosť rozvoja od nesprávnych návykov naučených v rodine, cez rozvoj rizikových faktorov v adolescencii a dospelosti až po predčasné symptomatologické ochorenie (Gerová, Kováčiková, 2008). Podľa súčasných medicínskych poznatkov na vzniku a rozvoji kardiovaskulárnych ochorení sa podieľajú rizikové faktory, ktoré môžeme ovplyvniť životným štýlom a zmenou správania (Studenčan, 2014; Piepoli et al., 2016). Sú to tradičné ovplyvniteľné behaviorálne rizikové faktory, medzi ktoré patrí fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, hypertenzia, nesprávna výživa, hyperlipoprotémia, nedostatok fyzickej aktivity a zvýšenie telesnej hmotnosti. Z ďalších faktorov sú to psychosociálne faktory ako je stres, úzkosť, hostilita a typ osobnosti (Kotseva et al., 2016; Piepoli et al., 2016; Tomašovič, Kozlovský, 2006).

V rámci analýzy rizikových faktorov KVO zo štatistik OECD (2016) v oblasti fajčenia vyplýva, že v SR dospelí občania fajčia nad priemerom EÚ. Celkovo fajčí asi 1/3 obyvateľov nad 18 rokov, čo znamená, že viac ako 20 % dospelých fajčí každý deň. Podľa týchto ukazovateľov Slovensko spolu s Rumunskom a Rakúskom patrí medzi tri krajiny, v ktorých sa od roku 2000 do roku 2014 výrazne neznížil počet fajčiarov. Oproti tomu v ostatných krajinách EÚ bol zaznamenaný významný pokles v oblasti fajčenia.

V oblasti užívania alkoholu podľa ukazovateľov OECD (2016), predstavuje SR na obyvateľa nad 15 rokov priemer s krajinami EÚ so spotrebou 10 litrov čistého alkoholu za rok. V porovnaní s Belgickom a Rakúskom kde bola priemerná spotreba 12 litrov a v Litve až vyše 14 litrov alkoholu. Naopak najmenšia spotreba alkoholu bola vo Švédsku, kde predstavovala 7 litrov alkoholu za rok. Odhady expertov z Európskej únie a WHO naznačujú, že v Európe je 23 miliónov ľudí, ktorí majú problém s alkoholom, čo predstavuje 5% mužov a 1% žien. Užívanie alkoholu vo veľkej miere ovplyvňuje socioekonomická úroveň s rizikom u ľudí s nízkym socioekonomickým statusom.

V oblasti výskytu nadváhy a obezity podľa ukazovateľov OECD (2016) sme na Slovensku pod priemerom krajín EÚ, na Slovensku má obezitu okolo 16 % obyvateľov nad 15 rokov. Najmenej obézných ľudí s podielom 9 % je v Rumunsku. Čo sa týka prevencie obezity v rámci telesnej aktivity a cvičenia u dospelých, patríme k priemeru krajín EÚ. Podľa ukazovateľov výsledkov zo štúdie EHES – European Health Examination Survey – Zisťovanie zdravia Európanov v rámci Slovenskej republiky, ktorú poskytol Úrad verejného zdravotníctva SR (ÚVZ SR) v roku 2016 vyplýva, že na Slovensku trpí vo vekovej skupine od 18 do 64 rokov obezitou 25,6 %, a nadváhou 36,2 % obyvateľov SR (Kontrošová, 2016).

V oblasti ďalších rizikových parametrov vzniku a rozvoja KVO zaznamenal ÚVZ SR (Kontrošová, 2016) na Slovensku u svojich klientov zvýšenú hodnotu celkového cholesterolu

nad 5 mmol/l u 2639 klientov, čo predstavuje 46 % (758 mužov a 1881 žien) z celkového počtu klientov.

V oblasti krvného tlaku bolo zistené ÚVZ SR u 1658 klientov (t.j. 29 % z prvovýšetrených) krvný tlak v pásme hypertenzie (podľa klasifikácie WHO/ ESC). Vyššie hodnoty mali muži (37 %) ako ženy (25%). Vyšší krvný tlak bol zistený hlavne u klientov nad 35 rokov (Kontrošová, 2016).

Podľa ukazovateľov OECD (2016) v oblasti stravovacích návykov sme v konzumácii ovocia v priemere alebo mierne nadpriemerom krajín EÚ, pri konzumácii zeleniny sme naopak pod priemerom krajín EÚ. Spotreba cukrárskych výrobkov trojnásobne prekračuje odporúčané dávky, a mierne stúpla spotreba sladených nápojov. Spotreba soli sa podľa ukazovateľov nezmenila.

Dlhodobé prospektívne epidemiologické štúdie jednoznačne preukázali, že osoby žijúce zdravým životným štýlom majú významne nízke hladiny rizikových faktorov KVO a nízky výskyt srdcových a cievnych príhod v priebehu celého života (Gerová a Kováčiková, 2008; Piepoli et al., 2016).

Význam edukačného pôsobenia sestry pri prevencii KVO

Na základe alarmujúcich výsledkov záveru poslednej štúdie zrealizovanej v roku 2016 od autorov Kotseva et al. (2016), ktorí uskutočnili prierezovú štúdiu s názvom EUROASPIRE IV (intervencie v oblasti sekundárnej a primárnej prevencie) je možné poukázať na fakt, že edukačné pôsobenie sestier je nevyhnutným predpokladom zlepšenia týchto záverov. Negatívne výsledky tejto štúdie naznačujú, že po infarkte myokardu väčšina pacientov nedokázala prestať fajčiť, nejstť nezdravé potraviny, nemala dostatočnú fyzickú aktivitu a preto viacerí pacienti trpia nadmernou hmotnosťou alebo obezitou a vysokou prevalenciou diabetes mellitus. Pri nedodržovaní odporúčaných liečebných postupov prechádza akútne ochorenie srdca do chronického štádia, kde srdce zlyhá ako pumpa.

Každá sestra na základe vzdelania môže byť súčasťou edukačného procesu a výstupy využívať v rámci svojej klinickej praxe. Čím je vyšší stupeň vzdelania a dĺžka praxe tým je lepší výstup pri edukačných aktivitách a spolupráca s pacientmi, ktorá sa od sestier očakáva. Vzdelané sestry by mali rozumieť podstate a významu edukačného procesu (Bašková a kol., 2009; Ilievová, 2017).

Efekt edukácie spočívanajmä v dodržiavaní odporúčaní k liečebnému režimu tzn. adherencie k liečbe (Gajdošík, 2017), zaisťuje kontinuitu starostlivosti, znižuje úzkosť a obavy, efektívne znižuje komplikácie ochorenia, napomáha k sebestačnosti a ku aktivitám pacientov s cieľom zlepšenia kvality života (Nemcová, Hlinková, 2010).

Edukácia má veľký význam pri self-manažmente pacienta, ale úspech edukácie závisí najmä od motivácie pacienta, od množstva informácií, od toho čo si zapamätal, a čo implementoval dlhodobo a trvalo do zmien v oblasti svojho správania (Bašková a kol., 2009; Nemcová, Hlinková, 2010).

Hlavný význam edukačného pôsobenia sestry podľa Baškovej a kol. (2009) narastá so znižujúcim počtom hospitalizácií pacientov s chronickým ochorením, zvýšením kvality života u pacientov a zlepšenou efektivitou ekonomických nákladov.

Komplexnosť riešenia danej problematiky spočíva najmä v individuálnej zodpovednosti každého jednotlivca za svoje zdravie, najmä v zmene jeho správania. Ak

nazrieme na životný štýl a správanie človeka podrobnejšieho, tak jeho správanie možno ovplyvňovať prostredníctvom troch základných zložiek ako sú vedomosti, postoje a prax. Aby človek mohol zmeniť a ovplyvňovať doterajšie správanie a životný štýl, musí mať podľa Hanzlíkovej (2004) adekvátne informácie a vedomosti o tom, čo je zdraviu prospešné, a naopak čo je zdraviu škodlivé.

Získané informácie a predchádzajúce skúsenosti ovplyvňujú postoje človeka. Postoj podľa Boroša a kol. (1999) možno vyjadriť ako emocionálnu skúsenosť človeka, určité stanovisko, ktoré sa odráža vo vzťahu k cieľom a úlohám, ktoré má človek pred sebou. Postoje sú určované prostredím a výchovou. To čo človek realizuje v praxi ako dáva do pozornosti Hanzlíková (2004) je reakcia na základe získaných informácií a postojov. To, či sa postoje prenesú do spôsobu života, závisí od hierarchie hodnôt, morálky, pocitu zodpovednosti, zdravotnej gramotnosti, vlastnej skúsenosti a sily vôle. Podľa Wiegerovej (2005) najväčším problémom na ceste k zmene postojov jednotlivca v oveľkej miere je neochota zmeniť už vytvorený životný štýl a zároveň neochota aktívne sa zúčastňovať na podpore svojho zdravia.

Ak chceme pochopiť človeka prečo robí to, čo robí a prečo to tak robí, prečo sa tak správa, tak musíme skúmať jeho aktiváciu a motívy takéhoto správania. Súhrn všetkých aktivít organizmu navonok prejavuje ako správanie človeka (Boroš a kol., 1999). Všetko čo človeka vedieku aktivite sú aktivačné činitele. Zdroj aktivácie ako uvádza Boroš a kol. (1999), sa označuje ako motív, ktorý podnecuje k činnosti, alebo dáva smer k nejakej činnosti. Motív, je to, čo niekto vedome označuje za základ svojho správania. Motívom môžu byť potreby, hodnoty, plány, záujmy, ktoré si človek uvedomuje. Podľa Wiegerovej (2005) iba dobrá motivácia je hybnou silou k zmene správania.

K nevyhnutným zmenám správania je nutná dobrá **adherencia**. Gajdošík (2017) dáva do pozornosti, že adherencia zvyrazňuje aktívny prístup pacienta k zmenám, aktívne sa zapája a sám sa rozhoduje o sebe, vyberá si spôsob manažovania starostlivosti na základe získaných informácií, spolupodieľa sa na liečbe a má spoluzodpovednosť za priebeh svojho ochorenia. Tu by sme mohli dať do pozornosti aj najnovší pojem **konkordancia**, tento pojem sa zatiaľ v praxi málo používa, ale Gajdošík (2017) tento pojem interpretuje ako najtesnejší spôsob spolupráce s pacientom, ako proces poučenia sa, prijatia konsenzu, ktorý vedie k dohodnutému liečebnému procesu, tento konsenzus je dohodou vzájomných individuálnych názorov. Úroveň adherencie k liečebnému procesu je podľa odporúčaní ESC nízka (Piepoli et al., 2016; Cifková et al., 2014).

Pre úspech edukácie je podstatné, že sa pacient pre túto zmenu rozhodol sám, a je dôležité, aby sa edukáciou dozvedel aj o následkoch z nedodržania odporúčaní a liečebných postupov. Edukácia by mala byť zrozumiteľná, a ak nastane nedorozumenie a kolízia v názoroch je potrebná presvedčivá a dôsledná komunikačná zručnosť sestry (Nemcová, Hlinková, 2010; Bašková a kol., 2009).

Edukačné pôsobenie sestry pri posúdení a hodnotení efektivity edukácie

Edukačný proces je východiskovým pilierom pri ošetrovateľskej starostlivosti sestry, ktorý sa začína posúdením potrieb pacienta, zberom údajov a najmä pripisúdením s cieľom zmeny životného štýlu a správania je dôležitá analýza schopností učiť sa.

Pri posúdení potrieb pri kardiovaskulárnych ochoreniach by sa mala sestra zamerať na vek, fyzický a psychický stav, vzdelanie, sociálno ekonomický stav, životný štýl v zmysle stravovacích návykov, a najmä sa zamerať na stupeň zdravotnej gramotnosti.

Zdravotnú gramotnosť Liba (2016) popisuje ako súbor vedomostí, zručností a schopností získavať, spracovávať a porozumieť získaným informáciám a tieto informácie správne využiť pri rozhodovaní sa o svojom zdraví, táto definícia je porovnateľná s definíciou Centra pre stratégiu zdravotnej starostlivosti (Center for Health Care Strategies) ako „schopnosť čítať, rozumieť a konať na základe zdravotných informácií“. Zdravotná gramotnosť sa dá merať v primárnej aj sekundárnej prevencii hodnotiacimi nástrojmi. Tieto hodnotiace nástroje môže použiť sestra pri realizácii edukačnej činnosti. Nedostatky zdravotnej gramotnosti môžu sestry identifikovať na začiatku edukačného procesu validnými nástrojmi, a tým môžu prispôbiť obsah a metódy sprostredkovania zdravotných informácií v celom edukačnom procese.

Na zdravotnú gramotnosť upriamili pozornosť autori Liba (2016); Čepová (2017); Dimunová (2018); Novosedláková (2012); Dingová (2011), ktorí uvádzajú, že k často používaným testom patrí test REALM- rapid assessment of adult literacy in medicine, TOFLA – test of functional health literacy in adults, NVS – newest vitals sign. Česká validovaná a adaptovaná verzia meracieho nástroja zdravotnej gramotnosti v našich podmienkach je Health Literacy Questionnaire (HLQ) s názvom „HLQ CZ“ (Čepová, 2017; Dimunová, 2018). K zvýšeniu zdravotnej gramotnosti dávame do pozornosti intervenčný program s názvom OPHELIA (Optimising Health Literacy To Improve health and Equity) (Čepová, 2017).

Pri stratégii a postupe preventívnych opatrení KVO by mal byť vopred určený obsah a štruktúra edukácie. V ošetrovateľskej praxi sú to edukačné štandardy, tieto definujú kompetenčné minimum (vedomosti, schopnosti a zručnosti), ktoré si má pacient osvojiť. Edukačné štandardy môžeme využiť pri tvorbe konkrétneho edukačného programu, ktorý rozdeľuje komplexný edukačný obsah do edukačných jednotiek, do formálnej stránky ako edukáciu organizovať, čím ich dáva do logickej vyučovacej postupnosti (Bašková a kol., 2009; Magurová, Majerníková, 2009).

V edukačnom programe ako uvádza Bašková a kol. (2009) by mali byť navrhnuté organizačné formy a edukačné metódy, ktoré by mali byť pri edukácii využité a zamerané na nefarmakologické intervencie prevencie KVO. Program je vodidlo pre jednotlivé edukačné jednotky, pre tzn. edukačný plán, ktorý zohľadňuje potreby pacienta a mal by byť „šitý na mieru“ pre pacientov so špecifickými problémami. Edukačné programy by mali zdôrazňovať pravidelné zhodnotenie, posilňovanie a nachádzanie nových, inovatívnych prístupov špecifických pre každého pacienta prílohou edukačných materiálov a didaktických pomôcok, doplnené odkazmi na pracovné listy alebo webové stránky (Doležel, Jarošová, 2019).

Edukačný proces sa končí zhodnotením výsledkov učenia, overením ako efektívne pacient nadobudnuté vedomosti integroval do oblasti sebaopatery a selfmanažmentu. Obaja aktéri edukácie, edukátor a edukant sú vo vzájomnej interakcii pri dosahovaní obojstranne určených dosiahnuteľných cieľov, ktorých výsledkom má byť zmena správania, ktoré sú z krátkodobej, zo strednodobej a z dlhodobej perspektívy u pacienta žiaduce. Edukačné pôsobenie sestry pri zmenách životného štýlu je dlhodobý proces, ktorý trvá v rôznych časových pásmach, žiaduce je ak trvá počas hospitalizácie a následne po jednom mesiaci, šiestich mesiacoch a potom po roku, niekedy ešte následne po dvoch rokoch.

V tomto časovom horizonte sa efekt edukácie prejavil vo viacerých randomizovaných štúdiách (Doležel, Jarošová, 2019).

Hodnotenie efektivity edukačných intervencií spracovala Bašková a kol. (2009) podľa Holmanovej z roku 2008, s ktorou sa môžeme stotožniť a poukázať na hodnotenie z troch časových pásiem a postupnosť pri ktorých môžeme viesť záznam (tzn. denník kontroly).

Efektivita z krátkodobého hľadiska, predstavuje hodnotenie v oblasti vedomostí o liečbe, selfmanažmente, aplikácie farmakoterapie, zručnosť v oblasti stravovacích návykov, fyzickej aktivity. Z metód merania hodnotenia môžeme použiť nástroje merania vedomostí a zručností, kontrolu a pozorovanie pri činnostiach, správanie pacienta.

Strednodobé hodnotenie efektivity, predstavuje hodnotenie činností v oblasti selfmanažmentu, selektívny výber v diéte, pohybovom režime, vyhodnotenie kritických situácií a komplikácií na základe denníka s voľbou menej správneho a neskôr správneho riešenia. Z metód hodnotenia môžeme použiť nástroje merania postojov, sociálnej podpory, bariér, meranie glykémie, obvodu pásu, hmotností, sledovanie krokomeru, sledovanie počtu hospitalizácií v časovom období, porovnáваме zlepšenie klinických ukazovateľov na základe záznamu z denníka.

Z dlhodobého hľadiska hodnotenie efektivity edukácie, predstavuje hodnotenie flexibility v dennom režime, prevenciu komplikácií, nezávislosť, partnerský vzťah so sestrou a s ošetrovateľským tímom, sledujeme kvalitu života. Z metód hodnotenia môžeme použiť nástroje merania kvality života, glykemické merania, laboratórne parametre, obvod pásu, hmotnosť, porovnáваме počet hospitalizácií a najmä zlepšenie klinických ukazovateľov (Bašková a kol., 2009).

Z uvedeného vyplýva, že v hodnotení efektivity edukácie by sa malo zamerať nielen na časovú postupnosť ale aj prepojenie na klinické ukazovatele, medzi ktoré môžeme zaradiť meranie úrovne vedomostí, zručností a zmeny postojov, kontroly laboratórných parametrov a klinických ukazovateľov, subjektívneho hodnotenia zmien v oblasti kvality života. Výsledný efekt edukácie nie je len zmena správania, ale klinické zlepšenie zdravotného stavu pacienta a najmä zlepšenie kvality života ako udáva Bašková a kol. (2009).

Záver

Edukácia o prevencii KVO podľa posledných výsledkov štúdií nie je realizovaná na dostatočnej úrovni (Kotseva et al., 2016). Každý piaty pacient po kardiovaskulárnej alebo cerebrovaskulárnej príhode je do jedného roka rehospitalizovaný, v období troch rokov je to už každý tretí pacient. Jednou z možností je realizovať ciele edukačné intervencie, sledovať efektivitu edukácie merateľnými nástrojmi a sledovaním počtu rehospitalizácií. Každý pacient by mal byť zodpovedný za svoj zdravotný stav a svoje zdravie. Najhlavnejší význam edukácie v prevencii KVO spočíva v tom, aby po náročných finančných zárokoch v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach bol efekt liečby dlhodobý a výrazný. Edukácia zameraná na zmenu životného štýlu je dlhodobý proces, ktorému treba venovať dostatok času, niekedy mesiace aj roky. Čím dlhšia je edukačná intervencia, tým je efekt dlhodobejší a účinnejší. Veľmi dôležité pri edukácii sú opakované kontroly formou opakovaných stretnutí, alebo prostredníctvom využitia nástrojov informačno-komunikačných technológií ako sú digitálne záznamy, e-learning, eHealth, telemedicína, a sociálne média.

Pacient k zmene životného štýlu musí byť dostatočne motivovaný poukázaním najmä na rozvoj závažných komplikácií a trvalých následkov z nedodržiavania odporučených liečebných opatrení nielen v podobe užívania predpísaných liekov, ale najmä v individuálnej zodpovednosti v dodržiavaní nefarmakologických opatrení. Tieto opatrenia sa týkajú najmä v zanechaní fajčenia, obmedzenia alkoholu, stabilizácii krvného tlaku, dostatočnej pohybovej aktivity, úprave životosprávy, zníženia hmotnosti a vyhýbaniu sa stresovým situáciám.

Efektívnosť edukácie je často ukazovateľom miery úrovne a kvality ošetrovateľskej starostlivosti. V neposlednom rade nesmieme zabudnúť, že edukáciu môžeme realizovať len za určitých podmienok, či už na strane zdravotníckeho zariadenia (materiálne - technické a personálne vybavenie) alebo na strane pacienta (genetická predispozícia, vek a momentálna úroveň psychického stavu). Proces edukácie nie je len automatický výklad informácií zo strany sestry, ale aby mala edukácia efekt musí sa pacient do edukácie aktívne zapojiť pri dosahovaní stanovených priorít a cieľov edukácie. V súčasných podmienkach je žiaduce pre efektívnosť edukácie podpísanie kontraktu (zmluvy) edukácie medzi edukantom a edukátorom, ktorým edukant sa určitým spôsobom zaväzuje spolupodieľať a mať zodpovednosť pri zmenách vo svojom životnom štýle. Výsledný efekt edukácie nie je len zmena správania, ale aj to čo si pacient dlhodobo zapamätal a implementoval do svojho spôsobu života. Významný efekt edukácie spočíva najmä v klinickom zlepšení zdravotného stavu pacienta, a v jeho merateľných výsledkoch a najmä v zlepšení kvality života a znižujúci sa počet hospitalizácií čo sa odzrkadlí v dlhšom časovom horizonte.

Zoznam použitej literatúry

- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin : Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-80-8063-320-2.
- BOROŠ, J.- ONDRIŠKOVÁ, E. - ŽIVČICOVÁ, E. 1999. *Psychológia*. Bratislava: Vydavateľstvo IRIS, 1999. 270s. ISBN 80-88778-87-5
- CÍFKOVÁ, R.- VAVERKOVÁ, H.- FILIPOVSKÝ, J.- ASCHERMANN, M. 2014. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): Prepared by the Czech Society of Cardiology. In *Cor et Vasa*. 2014; 56:e168–e189.
- ČEPOVÁ, E.- KOLARČIK, P.- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 2017. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336-9323. Vol.12, 2017, No1, s.24-32
- DOLEŽEL, J.-JAROŠOVÁ, D. 2019. Educational process in patients after myocardial infarction. In *Cent Eur J Nurs Midw* 2019;10(2): 1026–1034
- DIMUNOVÁ, L. 2018. Zdravotná gramotnosť ako kľúčový determinant zdravia. In Zborník príspevkov: *Zdravie - hybná sila ošetrovateľstva bez hraníc*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o., 2018. ISBN 978-80-8132-184-9, s. 46-56
- FARKAŠOVÁ, D. et al. 2009. *Ošetrovateľstvo- teória*. 3. Vydanie. Martin: Osveta. 2009. p. 244. ISBN 978- 8- 08063- 322- 6.
- GAJDOŠÍK, J. 2017. Adherencia k liečbe – dôležitá súčasť dosiahnutia účinku terapie pri chronických ochoreniach. In *AtheroRev*, 2017; 2(1): 15-19
- GEROVÁ, Z.- KOVÁČIKOVÁ, H. 2008. Poradne zdravia v SR a Národný kardiovaskulárny program SR. [online]. [citované 2019-08-10]. s. 13 Dostupné na internete: <<http://www.ruvzba.sk/poradne/uputavka2.pdf>>

- HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2004. *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2004. 279s. ISBN 80-8063-155-7
- ILIEVOVÁ, Ľ. 2017. *Výskum v ošetrovatelstve*. Trnava: Fakulta zdravotníctva asociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. 2017. s.138. ISBN 978-80-568-0031-7
- KONTOŠOVÁ, S. 2016. *Poradenské centrá ochrany a podpory zdravia v SR 2016*. [online]. 2016. [citované 2019-10-02]. Dostupné na: <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/SR_PZ_2016.pdf>
- KOTSEVA, K.- WOOD, D.- DE BACQUER, D.- DE BACKER, G.- RYDÉN, L. et al. 2016. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. In *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23(6):636–648.
- LIBA, J. 2016. *Výchova k zdraviu v primárnej edukácii*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016 s. 285. ISBN 978-80-555-1042-2. [online] 2016. [cit. 2019- 09- 15]. Dostupné na internete: <<https://www.unipo.sk/public/media/20082/2016-PV-LIBA-Vychova-k-zdraviu.pdf>>
- MAGUROVÁ, D. - MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. s.155. ISBN 978-80-8063-326-4
- Národné centrum zdravotníckych informácií. 2018. *Zdravotníctvo Slovenskej republiky v číslach 2016*. [online] 2018. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií. 2018. [cit. 2019- 02- 15]. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/analyticke/zdravotnictvo_slovenskej_republiky_v_cislach_2016.pdf>
- NEMCOVÁ, J.- HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. s.260. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NOVYSEDLÁKOVÁ, M.- HUDÁKOVÁ, Z. 2012. Zdravotná gramotnosť pacienta ako edukačný problém. [online]. [cit. 2019-09-10]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6/subor/p14.pdf>>
- OEDC. 2016. *Zdravie a zdravotníctvo na Slovensku v Európskom porovnaní v roku 2016*. Analýzy a komentáre založené na údajoch správy OECD: *Health at a Glance: Europe. 2016*. [online]. [cit. 2019-01-16]. Dostupné na internete: <<http://cpldz.sk/2017/01/18/zdravie-a-zdravotnictvo-na-slovensku-v-europskom-porovnan-i-v-roku-2016/>>
- PIEPOLI, MF.- HOES, AW.- AGEWALL, S. et al. 2016. ESC – European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. In *European Heart Journal*. 2016;37, 2315-2381.
- STUDENČAN, M. 2014. Akútny koronárny syndróm. Bratislava: Media Group, s.r.o. 2014. 235s. ISBN 978-80-969790-1-1
- TOMAŠOVIČ, B.- KOZLOVSKÝ, M. 2006. Sekundárna prevencia u pacientov po infarkte myokardu. In *Via Practica, 2006*, roc.3 (1): s.18-21
- WIEGEROVÁ, A. 2005. *Učiteľ - škola - zdravie*. Bratislava: Regent, 2005, 163 s. ISBN 80-88904-37-4

Kontakt na autora:

PhDr. Ivana Rónayová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, n.o.,
doktorandské štúdium,

Nám. 1. mája, Bratislava, Slovenská republika

e- mail: ivana.ronayova@gmail.com

STANOVENIE ZÁKLADNÝCH BIOCHEMICKÝCH MARKEROV V PREDIKTÍVNEJ DIAGNOSTIKE KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ

Determination of the basic biochemical markers in predictive diagnostics of the cardiovascular diseases

Sedlák V.¹, Poráčová J.¹, Kováčová V.¹, Gogaľová Z.¹, Konečná M.¹, Mydlárová Blaščáková M.¹, Babejová A.¹, Vašková H.¹, Avuková A.¹, Majherová M.²

¹ Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied, Katedra biológie, Ul. 17. novembra 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika, e mail: vincent.sedlak@unipo.sk

² Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied, Katedra fyziky, matematiky a techniky, Ul. 17. novembra 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika

Úvod

Ischemická choroba srdca (ICHS) patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce kardiovaskulárne ochorenia, ktoré predstavujú celosvetovo jednu z hlavných príčin úmrtí. ICHS je ochorenie, pri ktorom nie je tkanivo srdca dostatočne zásobené kyslíkom, čo má za následok rozvoj ischémie myokardu z dôvodu zužovania koronárnych tepien zásobujúcich srdcový sval krvou a kyslíkom – za čo je zodpovedná hlavne ateroskleróza (Veselka 2009). Koronárnu cirkuláciu ovplyvňuje viacero faktorov. Najčastejším dôvodom zníženia prietoku krvi koronárnymi cievami a poruchy perfúzie myokardu je okrem koronárnej aterosklerózy, aj zápal, embólia, spazmy koronárnej artérie, hypertrofia myokardu a syndróm X (Klener 2011). Najčastejšou príčinou ischémie je teda upchatie cievy spôsobené napríklad embóliou, spazmom alebo trombózou. Embolus môže okrem krvnej zrazeniny pozostávať zo vzduchu, hnisu, cholesterolu, plodovej vody alebo cudzieho telesa (Fogoros 2018). Riziko spazmu predstavuje hladina celkového cholesterolu vyššia ako 5 mmol/l a hladina LDL-cholesterolu vyššia ako 3 mmol/l (Moore 2017). Medzi hlavné príčiny vzniku trombózy patrí hyperkoagulačná schopnosť, poškodenie endotelových buniek v stene ciev a abnormálny prietok krvi (Cassoobhoy 2018). Najbližší vzťah k rozvoju aterosklerózy, a teda aj k vzniku kardiovaskulárnych ochorení, má z bežne stanovovaných analytov najmä hodnota koncentrácie cholesterolu. Pre rozvoj aterosklerózy je najkritickejšia tzv. lipidová triáda, čo znamená, že jedinec má vysoký celkový cholesterol, LDL-cholesterol a zároveň nízky HDL-cholesterol (Dratvová 2016).

ICHS zahŕňa široké spektrum klinických prejavov od asymptomatického ochorenia až po náhlu srdcovú smrť. Rozlišujeme akútne a chronické formy, ktoré sa odlišujú svojou prognózou aj liečebnými postupmi. K akútnym formám radíme akútne koronárne syndrómy (nestabilnú *angínu pectoris* akútny infarkt myokardu) a náhlu srdcovú smrť. Keďže tieto formy predstavujú bezprostredné ohrozenie života, je pri nich nevyhnutná neodkladná hospitalizácia pacienta. Medzi chronické formy patrí asymptomatická ICHS, stabilná *angína pectoris*, stav po infarkte myokardu, dysrhythmická forma ICHS alebo chronické zlyhávanie srdca (Hradec a Býma 2013).

Rizikovými faktormi vývoja kardiovaskulárneho ochorenia sú vek, pohlavie a genetické faktory (rodinná anamnéza). Čoraz častejšie hrá významnú úlohu pri riziku vzniku a rozvoja ICHS aj moderný a nezdravý životný štýl súvisiaci s fajčením, stravou bohatou

na nasýtené tuky a cukor bez dostatočného prijímania ovocia a zeleniny. Významnými rizikovými faktormi pre rozvoj kardiovaskulárnych ochorení sú aj hypertenzia, hyperlipoproteinémia, rezistencia na inzulín, obezita a *diabetes mellitus* (Calvert 2014). Za rizikový vek sa u mužov považuje vek nad 45 rokov, u žien nad 55 rokov života. Vo vyspelých krajinách sa riziko vzniku ICHS zvyšuje lineárne s vekom a až do 75 rokov je vyššie u mužov ako u žien. Po 75. roku života je prevalencia ICHS u oboch pohlaví približne na rovnakej úrovni (Vohnout a Rašlová 2009). V poslednom období pokroky v medicíne a vo farmakológii viedli znižovaniu rizikových faktorov, napr. statíny na zníženie hladiny cholesterolu, metformín a iné lieky znižujúce hladinu glukózy v krvi sa používajú pri liečbe cukrovky a na zníženie výskytu koronárnej trombózy sa používa široká škála antikoagulačných liekov. Tieto medikamenty často neliečia základnú príčinu, len znižujú prejavy. Predchádzaniu vzniku ICHS môže pomôcť aj úprava životného štýlu – obmedzenie fajčenia, zdravá strava a dostatok pohybu (Calvert 2014).

Cieľ výskumu

Cieľom tejto práce bolo sledovanie asociácie vybraných biomarkerov ICHS v skupine pacientov, ktorí mali diagnostikovanú ICHS a v kontrolnej skupine zdravých jedincov a ich vzájomné porovnanie. Hlavným cieľom bolo porovnanie koncentrácií základných biomarkerov: celkový cholesterol [mmol/l], HDL-cholesterol [mmol/l], LDL-cholesterol [mmol/l], triacylglyceroly [mmol/l], glukózu [mmol/l], močovinu [mmol/l], kreatinín [μ mol/l], kyselinu močovú [μ mol/l], celkové bielkoviny [g/l], bilirubín [μ mol/l], AST [μ kat/l], ALT [μ kat/l], GMT [μ kat/l], ALP [μ kat/l], sodík [mmol/l], draslík [mmol/l] a chloridy [mmol/l].

Charakteristika súboru a metodika

Asociácie biomarkerov sme sledovali v dvoch súboroch probandov – v skupine pacientov s ICHS a v kontrolnej skupine zdravých jedincov z Košického kraja. Súbor s ICHS tvorilo 60 pacientov, z toho 30 mužov a 30 žien. Priemerný vek v tomto súbore bol 73 rokov. Všetci pacienti mali diagnostikovanú ICHS a boli liečení statínmi. Kontrolný súbor tvorilo 60 zdravých probandov, 30 mužov a 30 žien. Priemerný vek tohto súboru bol 67 rokov.

Na stanovenie biomarkerov ICHS bolo použité krvné sérum. Krv bola odoberaná odberovým systémom Vacutest KIMA, pri tom bola použitá skúmavka s objemom 8,0 ml so separačným gélom s aktivátorom zrážania. Biomarkery ICHS boli stanovené prostredníctvom biochemického analyzátora Architekt i 2000 SR (Abbott), resp. chemického analyzátora AU 680 (Beckman Coulter). Architekt i 2000 SR je plne automatizovaným imunoanalytickým systémom a využíva sa na chemiluminiscenčnú imunoanalýzu na paramagnetických časticách. Chemický analyzátor AU 680 je plne automatizovaný analyzátor určený na analýzu krvného séra, plazmy, moču, (plná krv HBAIc alebo mozgovomiechový mok). Analýza vzoriek v ňom prebieha fotometrickou a potenciometrickou metódou. Stanovené hodnoty biochemických parametrov boli štatisticky spracované a vyhodnotené v programe Statistica, ver. 3.1.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Tabuľka 1 a tabuľka 2 obsahuje sledované biomarkery ICHS v skupine pacientov s ICHS (Tabuľka 1) a v kontrolnej skupine zdravých probandov (Tabuľka 2).

Tab. 1 Hodnoty biomarkerov v skupine pacientov s ICHS

| Parameter | Priemer | Medián | Min. | Max. | ± SD |
|-------------------------------------|---------|--------|--------|--------|-------|
| Celkový cholesterol [mmol/l] | 4,56 | 4,53 | 2,57 | 7,73 | 1,23 |
| HDL [mmol/l] | 1,35 | 1,36 | 0,54 | 2,85 | 0,37 |
| LDL [mmol/l] | 2,67 | 2,56 | 0,81 | 5,79 | 1,13 |
| TAG [mmol/l] | 1,67 | 1,65 | 0,57 | 4,11 | 0,75 |
| Glukóza [mmol/l] | 6,48 | 5,48 | 3,94 | 15,90 | 2,60 |
| Močovina [mmol/l] | 7,03 | 5,86 | 3,81 | 25,81 | 4,00 |
| Kreatinín [μmol/l] | 92,37 | 80,68 | 50,90 | 265,50 | 39,10 |
| Kyselina močová [μmol/l] | 321,54 | 319,94 | 143,82 | 567,08 | 80,93 |
| Bielkoviny [g/l] | 74,01 | 73,07 | 66,09 | 81,86 | 4,19 |
| Bilirubín [μmol/l] | 12,00 | 9,79 | 4,92 | 34,79 | 5,81 |
| AST [μkat/l] | 0,40 | 0,40 | 0,18 | 0,92 | 0,15 |
| ALT [μkat/l] | 0,57 | 0,50 | 0,21 | 1,50 | 0,26 |
| GMT [μkat/l] | 0,67 | 0,49 | 0,20 | 2,80 | 0,49 |
| ALP [μkat/l] | 1,37 | 1,26 | 0,82 | 2,54 | 0,38 |
| Sodík [mmol/l] | 140,02 | 140,00 | 134,00 | 145,00 | 2,64 |
| Draslík [mmol/l] | 4,35 | 4,40 | 3,80 | 5,30 | 0,34 |
| Chloridy [mmol/l] | 102,44 | 102,00 | 97,00 | 111,00 | 2,87 |

Min. – minimálna hodnota, Max. – maximálna hodnota, SD – smerodajná odchýlka, TAG – triacylglyceroly, AST – aspartátaminotransferáza, ALT – alanínaminotransferáza, GMT – gama-glutamyltransferáza, ALP – alkalická fosfatáza

Tab. 2 Hodnoty biomarkerov v kontrolnej skupine zdravých probandov

| Parameter | Priemer | Medián | Min. | Max. | ± SD |
|-------------------------------------|---------|--------|--------|--------|-------|
| Celkový cholesterol [mmol/l] | 5,00 | 4,84 | 2,95 | 7,20 | 1,00 |
| HDL [mmol/l] | 1,45 | 1,42 | 0,66 | 2,63 | 0,47 |
| LDL [mmol/l] | 3,09 | 2,92 | 1,19 | 4,75 | 0,88 |
| TAG [mmol/l] | 1,39 | 1,28 | 0,39 | 4,62 | 0,69 |
| Glukóza [mmol/l] | 6,15 | 5,58 | 4,26 | 14,64 | 2,17 |
| Močovina [mmol/l] | 5,69 | 5,30 | 2,43 | 12,96 | 2,17 |
| Kreatinín [μmol/l] | 76,66 | 74,50 | 45,90 | 146,80 | 18,33 |
| Kyselina močová [μmol/l] | 283,06 | 282,49 | 170,55 | 433,22 | 62,41 |
| Bielkoviny [g/l] | 74,12 | 74,22 | 66,26 | 82,88 | 3,98 |
| Bilirubín [μmol/l] | 11,13 | 9,69 | 4,11 | 31,35 | 5,20 |
| AST [μkat/l] | 0,42 | 0,39 | 0,17 | 1,09 | 0,18 |
| ALT [μkat/l] | 0,60 | 0,54 | 0,28 | 1,34 | 0,26 |
| GMT [μkat/l] | 0,78 | 0,48 | 0,13 | 3,43 | 0,73 |

| | | | | | |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|------|
| ALP [μ kat/l] | 1,30 | 1,26 | 0,43 | 2,50 | 0,40 |
| Sodík [mmol/l] | 140,22 | 140,00 | 135,00 | 146,00 | 2,67 |
| Draslík [mmol/l] | 4,20 | 4,20 | 3,20 | 5,10 | 0,38 |
| Chloridy [mmol/l] | 102,02 | 102,00 | 97,00 | 108,00 | 2,06 |

Min. – minimálna hodnota, **Max.** – maximálna hodnota, **SD** – smerodajná odchýlka, **TAG** – triacylglyceroly, **AST** – aspartátaminotransferáza, **ALT** – alanínaminotransferáza, **GMT** - gama-glutamyltransferáza, **ALP** – alkalická fosfatáza

Diskusia

Porovnaním skupiny jedincov s ICHS a kontrolnej skupiny zdravých jedincov bola zistená štatistická významnosť pri priemerných hodnotách LDL-cholesterolu. Signifikantne nižšie hodnoty LDL-cholesterolu mali pacienti s ICHS ($2,67 \pm 1,14$ mmol/l) oproti kontrolnej skupine zdravých probandov ($3,09 \pm 0,88$ mmol/l) ($p < 0,05$). Možno to vysvetliť tým, že jedinci s ICHS sú liečení statínmi, ktoré významne znižujú hladiny LDL-cholesterolu. Ako uvádza aj Pella a kol. (2007), viacero štúdií sa zaoberalo pôsobením statínov na znižovanie LDL-cholesterolu. V štúdií STELLAR sa sledovalo pôsobenie Rosuvastatínu v dávke 40 mg denne. Výsledkom bolo zníženie LDL-cholesterolu najviac o 55 % (Pella a kol. 2007). Vplyvom liečby Rosuvastatínom na hladiny LDL-cholesterolu a zároveň aj vysoko senzitivného C-reaktívneho proteínu sa zaoberala aj štúdia Jupiter. Na základe tejto štúdie bol taktiež potvrdený významný vplyv Rosuvastatínu na zníženie hladín LDL-cholesterolu (Sirotiaková a Zagyiová 2009).

Štatistická významnosť ($p < 0,05$) bola zistená aj pri sledovaní priemerných hodnôt močoviny. Signifikantne vyššie priemerné hodnoty močoviny mali pacienti s ICHS ($7,03 \pm 4,00$ mmol/l) v porovnaní s kontrolnou skupinou zdravých ($5,69 \pm 2,17$ mmol/l). Štatisticky významný rozdiel medzi pacientmi s ICHS a kontrolnou skupinou bol zistený aj pri priemerných hodnotách kreatinínu ($p < 0,05$). V skupine jedincov s ICHS bola priemerná hodnota kreatinínu signifikantne vyššia ($92,37 \pm 39,10$ μ mol/l) ako v kontrolnej skupine zdravých jedincov ($76,66 \pm 18,33$ μ mol/l). Súvis zvýšených hladín kreatinínu s rastúcim rizikom ICHS a infarktu myokardu potvrdila štúdia v dánskej populácii (Sibilizt, Benn a Nordestgaard 2014).

Štatistická významnosť ($p < 0,01$) bola zistená aj pri porovnávaní priemerných hodnôt kyseliny močovej. Signifikantne vyššie priemerné hodnoty kyseliny močovej mali pacienti s ICHS ($321,54 \pm 80,93$ μ mol/l) oproti kontrolnej skupine zdravých probandov ($283,06 \pm 62,41$ μ mol/l). Štúdia MRFIT poukazuje na riziko infarktu myokardu, ktoré je pri zvýšených hladinách kyseliny močovej až o 26 % vyššie. 12-ročné sledovanie v Health Professional Follow-up Study (sledovaných bolo 51297 mužov) dokázalo asociáciu rizika zvýšených hladín kyseliny močovej pre nefatálny infarkt myokardu, celkovú mortalitu, kardiovaskulárnu mortalitu a fatálne kardiovaskulárne príhody (Dukát a kol. 2013).

Zhang a kol. (2014) sledovali vplyv zvýšených hladín kyseliny močovej na rozvoj ICHS u predmenopauzálnych žien (607 žien vo veku 20 – 50 rokov). Výsledky štúdie potvrdili zvýšené hladiny kyseliny močovej ako nezávislého rizikového faktora pre kardiovaskulárne ochorenia v tejto špecifickej cieľovej skupine. Ukázalo sa, že rozpustná kyselina močová pôsobí ako pro-oxidant a taktiež uľahčuje tvorbu voľných radikálov. Môže kryštalizovať,

v dôsledku čoho sa začnú tvoriť kryštály urátu sodného-monohydrátu. Tie sa vyzrážajú v rôznych tkanivách a spúšťajú lokálnu zápalovú reakciu. Okrem toho kyselina močová môže stimulovať oxidačný stres, indukovať endotelovú dysfunkciu, zápal a vazokonstrikciu, a tým môžu jej zvýšené hladiny prispieť k rozvoju kardiovaskulárneho ochorenia (Zhang a kol. 2014).

Porovnávaním priemerných hodnôt AST, ALT, GMT a ALP nebola zistená štatistická signifikantnosť. Spomínané biochemické markery sú nezávislé rizikové faktory na hodnotenie kardiovaskulárneho rizika, ale možno ich zohľadniť pri predpovedaní závažnosti ICHS. Rovnako nebola zistená štatistická významnosť ani pri sledovaní hodnôt sodíka, draslíka a chloridov.

Záver

Práca bola zameraná na ischemickú chorobu srdca a vybrané biomarkery tohto ochorenia. Hlavným cieľom bolo sledovanie asociácií vybraných biochemických markerov ICHS v skupine pacientov s ICHS a v kontrolnej skupine zdravých probandov. Venovali sme sa ich vzájomnému porovnaniu. Pri porovnávaní skupiny pacientov s ICHS a kontrolnej skupiny sme zistili štatistickú významnosť pri sledovaní priemerných hodnôt LDL-cholesterolu ($p < 0,05$). Signifikantne nižšie priemerné hodnoty LDL-cholesterolu mali jedinci s ICHS v dôsledku liečby statínmi. Účinkom statínov na znižovanie LDL-cholesterolu sa zaoberalo viacero štúdií, v ktorých bolo potvrdené, že statíny dokážu znížiť hladinu LDL-cholesterolu najviac o 55 %. Štatistická významnosť bola zistená aj pri porovnávaní priemerných hodnôt močoviny ($p < 0,05$), kreatinínu ($p < 0,05$) a kyseliny močovej ($p < 0,01$). Signifikantne vyššie hladiny týchto parametrov mali pacienti s ICHS v porovnaní s kontrolnou skupinou. Pre porovnanie, z dostupnej literatúry bola dokázaná asociácia rizika zvýšených hladín kyseliny močovej pre nefatálny infarkt myokardu, celkovú mortalitu, kardiovaskulárnu mortalitu a fatálne kardiovaskulárne príhody.

Keďže ICHS patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce kardiovaskulárne ochorenia, ktoré sú jednou z hlavných príčin úmrtí na celom svete, je potrebná jej včasná diagnostika a liečba, prípadne zabezpečenie dostatočnej prevencie, aby sa predišlo jej vzniku. Biochemické markery môžu mať veľký význam pri prevencii ICHS, pretože na základe zmeny ich koncentrácie je možné dokázať výskyt patológie v organizme, poukázať na abnormality vo fyziológii alebo na existenciu ochorenia a jeho vývoj. Abnormálne hodnoty biomarkerov ICHS môžu slúžiť ako nezávislé prediktory aterosklerózy alebo ICHS. Z bežne stanovovaných analytov v klinických laboratóriách majú najbližší vzťah k rozvoju aterosklerózy, a teda aj k vzniku kardiovaskulárneho ochorenia hodnoty koncentrácií cholesterolu. Najväčšie riziko predstavuje tzv. lipidová triáda, to znamená vysoký celkový cholesterol, LDL-cholesterol a zároveň nízky HDL-cholesterol.

PodĎakovanie: Práca bola podporená projektom VEGA, č. 1/0461/19; a projektom KEGA, č. 018PU-4/2018. Táto publikácia vznikla aj vďaka podpore v rámci operačného programu Výskum a inovácie pre projekt: "Inovatívne diagnostické postupy personalizovanej medicíny so zameraním na skeletomuskulárne ochorenia" NFP313010T543, spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Zoznam použitej literatúry

- CALVERT, J. W., 2014. Ischemic Heart Disease and its Consequences. In: *Cellular and Molecular Pathobiology of Cardiovascular Disease* [online]. [cit. 20. novembra 2018]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/ischemic-heart-disease>
- CASSOOBHOY, A., 2018. Types of Thrombosis. In: *WebMD* [online]. [cit. 20. novembra 2018]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/dvt/ss/slideshow-thrombosis-types>
- DRATVOVÁ, B. 2016. *Novější biochemické markery aterosklerózy: bakalárska práca*. Kladno: České vysoké učení technické v Praze.
- DUKÁT, A. a kol., 2013. Hypertenzia a hyperurikémia. In: *Súčasná klinická prax*. Roč. 2013, č. 1, s. 40 – 43. ISSN 1804-9427.
- FOGOROS, R. N., 2018. Embolus and Your Bloodstream. In: *Verywell health* [online]. [cit. 20. novembra 2018]. Dostupné z: <https://www.verywellhealth.com/embolus-what-is-an-embolus-1745805>
- HRADEC, J. a S. BÝMA, 2009. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-86998-36-7.
- KLENER, P., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd., Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-705-9
- MOORE, K., 2017. Coronary Artery Spasm. In: *Healthline* [online]. [cit. 20. novembra 2018]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/coronary-artery-spasm>
- PELLA, D. a kol., 2007. Statíny – majú dominantné miesto v kardiovaskulárnej prevencii? Lipidy znižujúce a pleiotropné účinky statínov. In: *Ambulantná terapia*. Roč. 5, č. 2, s. 100 – 105. ISSN 1336-6750.
- SIBILITZ, K. L., BENN, M. and B. G. NORDESTGAARD, 2014. Creatinine, eGFR and association with myocardial infarction, ischemic heart disease and early death in general population. In: *Atherosclerosis* [online]. Vol. 237, no. 1, pp. 65 – 75 [cit. 10. apríla 2019]. ISSN 0021-9150. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25222342>
- SIROTIKOVÁ, J. a M. ZAGYIOVÁ, 2009. Statíny a ezetimib – súčasné postavenie v liečbe dyslipidemií (v kardiovaskulárnej prevencii). In: *Via practica*. Roč. 6, č. 10, s. 183 – 187. ISSN 1339-424X.
- VESELKA, J., 2009. *Ischemická choroba srdeční: základní informace pro pacienty*. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904260-4-7.
- VOHNOUT B. a K. RAŠLOVÁ, 2009. Rizikové faktory rozvoja aterosklerózy: lipidy a ich vzťah k ateroskleróze. In: *Via practica*. Roč. 6, č. 3, s. 116 – 119. ISSN 1339-424X.
- ZHANG, J. et al., 2014. Association of Serum Uric Acid and Coronary Artery Disease in Premenopausal Women. In: *PLoS One* [online]. Vol. 9, no. 9 [cit. 10. apríla 2019]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4153543/>

Kontakt na autora:

RNDr. Vincent Sedlák, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta humanitných a prírodných vied,

Katedra biológie,

Ul. 17. novembra 1,

080 01 Prešov, Slovenská republika,

e mail: vincent.sedlak@unipo.sk

PRÍSTUPY V PRIMÁRNEJ PREVENCII DIABETES MELLITUS 2. TYPU V PRACOVNOM PROSTREDÍ

Sivčo P., Melichová J., Plančíková D., Carsten W., Majdan M.

Úvod

Diabetes mellitus (DM) ako ochorenie má v literatúre mnoho definícií. Jednoduchá definícia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) charakterizuje DM ako metabolické ochorenie, pri ktorom je v tele zvýšená hladina glukózy počas predĺženej doby (WHO,2016). Hlavným prekursorom k DM 2. typu je abdominálna obezita, ktorá je spojená s ďalšími rizikovými faktormi pre kardiovaskulárne ochorenia ako je inzulínová rezistencia, vysoké hladiny cholesterolu a hypertenzia (Klaus, J. R. et al., 2009, Taylor, A. M. 2008).

Vo vývoji ochorenia má rolu viacero patogénnych procesov, ktorých výsledkom je deficit inzulínu pochádzajúci buď z jeho nedostatočnej sekrécie alebo z rezistencie cieľových tkanív v procese hormonálnej regulácie. Symptómy toho ochorenia môžeme rozdeliť na také, ktorých nástup nastáva v relatívne krátkom časovom horizonte (hyperglykémia, polyúria, strata hmotnosti, polyfágia, rozmazané videnie a život ohrozujúca diabetická ketoacidóza alebo hyperglykemický hyperosmolárny syndróm) alebo na dlhodobé, akýmisiu retinopatia, strata zraku, nefropatia ústiaca do renálneho zlyhania a neuropatia, pri ktorej je aj verejnosti dobre známy pojem diabetická noha. Ľudia s DM súzáraveň aj vo vyššom riziku ďalších komorbidít, ktoré následne ovplyvňujú spôsoby liečby, pracovnú a sociálnu pohodu a celkovo zhoršujú kvalitu života (ADA, 2013, Sen, S., Chakraborty, R. 2015).

Progresívny trend tohto ochorenia v populácii poukazuje na potrebu implementácie preventívnych opatrení a špecifických intervencií zameraných na znižovanie rizikových faktorov, ktoré ovplyvňujú jeho vývoj a podporu zdravého životného štýlu. Tento trend je badateľný najmä pri DM 2. typu, ktorý predstavuje 90-95% zo všetkých prípadov (Bruno G. et al., 2005). Ekonomická záťaž tohto ochorenia sa celosvetovo odhaduje na 1,3 trilióna amerických dolárov (1,8% globálneho HDP) s najvyšším zastúpením v Severnej Amerike a Číne (Bommer, C. et al. 2017). Rovnako pozornosť k ochoreniu DM a chronickým ochoreniam ako takým púta aj prítomnosť epidemiologickej tranzície, teda transformácie mnohých krajín z pozície, v ktorej k zdravotnej záťaži prispievali najmä infekčné ochorenia na pozíciu, kde súhlavným kontribútorom zdravotnej záťaže obyvateľstva neprenosné ochorenia (Omran, A. R. 2005).

Pracovné prostredie môže byť vhodným prostredím pre podporu zdravia a implementáciu zdraviu prospešných intervencií. Tretina života, ktorú ľudia strávia v práci, sa prostredníctvom pracovných podmienok a príležitosti, kolegiálnych vzťahov a systému fungovania na pracovisku odráža na ich zdravotnom stave.

V súčasnosti sa len menej než 10% novo diagnostikovaných diabetikov zúčastní na programe kontroly diabetu v 1. roku od diagnózy, prostredníctvom ktorého by mohli zlepšiť svoj zdravotný stav. Dôvodov je viacero – nedostatok záujmu, času, obavy z neznámych zmeny. Intervencie realizované v pracovnom prostredí ponúkajú možnosť, ako prekonať časť týchto bariér a zvýšiť tak účasť na skríningu a povedomie ľudí o primárnej prevencii tohto ochorenia.

Výsledky medicíny založenej na dôkazoch

Cieľom článku je ponúknuť prehľad intervenčných prístupov a výsledkov, ktoré priniesli realizované štúdie v oblasti primárnej prevencie ochorenia DM na pracoviskách. K tomuto účelu bola vykonaná literárna rešerš v databáze PubMed za použitia kľúčových slov *workplace, worksite, diabetes*; zúžený naposledných 5 rokov, z ktorého sme vyseletovali 2 najnovšie publikácie na základe sily dôkazov – systematický prehľad vykonaný v roku 2018 zahŕňajúci 22 štúdií (Brown et al., 2018) a metaanalýzu zahŕňajúcu 17 štúdií publikovaných v roku 2017 (Shrestha, A. et al., 2017). Z daných výsledkov sme sa ďalej snažili vyvodit' sumárne implikácie pre prax, teda najdôležitejšie prvky pre úspešné intervencie, ktoré je možné zaviesť v rámci prístupu medicíny založenej na dôkazoch.

Realizované intervencie je možnorozdeliť na 3 hlavné oblasti :

- fyzická aktivita a výživa,
- edukácia,
- manažment a monitorovanie rizikových faktorov.

Väčšina realizovaných štúdií v sebe komponovala všetky oblasti.

Intervencie priamo zamerané na fyzickú aktivitu a výživu

Programy fyzickej aktivity pre zamestnancov boli realizované vo všetkých štúdiách zadarmo s úhradou prostredníctvom realizátorov intervencií. Jednalo sa o skupinové cvičenia priamo v práci, tímové súťaže spolu s odmenami za účasť a umiestnenie. V niektorých intervenčných štúdiách bolo možné realizovať fyzické aktivity priamo v pracovnej dobe zamestnancov, v iných boli zamestnancom ponúknuté aktivity realizované na pracovisku až po skončení pracovnej doby. Zaujímavosťou bolo dodanie pedometrov pre zamestnancov spolu s tzv. walking maps, ktorých účelom bolo zatriktívniť fyzickú aktivitu mapami atraktívnych peších zón a trás. V oblasti výživy boli ponúknuté variácie obedov (nízko kalorický japonský obed s vysokým podielom zeleniny, stredomorský obed – vegetariánske jedlá so širokou ponukou šalátov a ovocím ako dezert).

Intervencie zamerané na edukáciu

Edukácia bola realizovaná najmä prostredníctvom individuálnych a skupinových sedení (s veľkosťou skupín do 20 ľudí, väčšinou menej) alebo telefonických rozhovorov, pričom frekvencia variovala v mnohých štúdiách v rozsahu jednorazového zásahu (Bevis C. et al. 2014), či opakovaných sedení 1x každé dva mesiace až po 1x každé dva týždne (Kamioka, H. et al. 2010). Využívané boli rôzne pomôcky ako interaktívne tabule, prezentácie, dokumenty a filmy či webináre. Jednalo sa o vytvorenie informačného základu o dôležitosti fyzickej aktivity a zdravého stravovania ku vzťahu k DM 2. typu, čomu predchádzalo vytvorenie edukačných materiálov o ochorení a jeho rizikových faktoroch vo forme prezentácií, brožúr či plagátov. V individuálnych sedeniach šlo najmä o stanovovanie špecifických cieľov pre zamestnanca v oblasti zdravia, teda v úprave stravovania, redukcii váhy a zvyšovaní fyzickej aktivity. Snaha realizátorov priblížiť túto tému zahŕňala aj edukáciu v oblastiach podstatnosti kontroly cholesterolu, glukózy či krvného tlaku. Materiály neboli používané len v úvode intervencií, mnohokrát ich realizátori po dohode so zamestnávateľmi

umiestňovali na frekventované miesta (bufety, automaty, schodištia), aby problematika diabetu výraznejšie ovplyvnila povedomie zamestnancov.

Monitoring a manažmentostatnýchrizikových faktorov

Na začiatku každej štúdie došlo k zhodnoteniu participujúcich zamestnancov prostredníctvom dotazníkov či testov. Sledovali sa hladiny pociťovaného stresu v práci, užívanie či dodržiavanie užíwanej medicíny, sledovanie váhy, status fajčiara, frekvencia a množstvo konzumovaného alkoholu, BMI, A1C, krvný tlak (TK), hladina lipidov, glukózy a inzulínu.

Dôležitým prvkom v realizovaných štúdiách bola podpora zo strany zamestnávateľa, vedenia pracoviska, kde sa štúdie konali. K tomu realizátorom slúžila edukácia zamestnávateľa v oblasti prínosov pre jeho zamestnancov a tým aj pre neho a jeho firmu. Šlo o princíp rovnice v ktorej platí, že každý stimul, ktorý poskytne zamestnávateľ sa mu vráti v podobe dlhodobého zisku –ekonomických prínosov plynúcich z dobrého zdravotného stavu a vyššej spokojnosti zamestnancov, ktorí tak dokážu podávať lepší výkon. V ďalšom rade bola dôležitou súčasťou aj podpora od intervenčného tímu pre zamestnancov skrz realizované webináre, online podpora cez chat a emaily, sms či osobné stretnutia.

V systematickom review autori uvádzajú 3 hlavné premenné, ktoré boli merané naprieč štúdiami v najvyššom počte: BMI, TK a A1C. K štatisticky významnej redukcii BMI došlo v 15 z 20 štúdií, k redukcii TK v 6 zo 14 štúdií a A1C v 6 z 10 štúdií.

Záver metaanalýzy poukazuje na lepšie výsledky v štúdiách s vyšším počtom žien, ktoré boli svedomitejšie, s vyšším záujmom o svoje zdravie a viac otvorené zmenám v oblasti životného štýlu v porovnaní s mužmi. Rovnako lepšie výsledky priniesli štúdie, ktoré mali intervencie mierené priamo na jednotlivcov než na skupiny či environmentálne zmeny. Výsledky metaanalýzy ukázali 18% zníženie HbA1c (95% CI, od -0.29 do -0.06; $P < 0.001$) a 2,6mg/dl zníženie hodnôt glykémie nalačno (95% CI: od -5.27 do 0.08, $P = 0.06$) u zamestnancov po realizovaných intervenciách.

Dĺžka intervencií varíovala od 12 týždňov do 36 mesiacov s 1-2 hodinovými sedeniami. Intervenčné tímy pozostávali z dietológov, všeobecných lekárov, sestier, psychologov, fyzioterapeutov a farmakológov. Opätovná evaluácia sa odohrávala v štúdiách metaanalýzy ako aj v štúdiách systematického review v približne rovnakom intervale, teda po 6 až 12 mesiacoch.

Implikácie pre prax

Z výsledkov publikácií je zrejmé, že k realizácii úspešnej intervencie (úspešnej v pojmání dlhodobého zníženia rizikových faktorov DM 2. typu) je potrebné mať zostavený multidisciplinárny tím realizátorov, ktorý disponuje dostatočnými finančnými prostriedkami (grantom) k zabezpečeniu nielen samotnej realizácie intervencie, ale aj materiálov, technického vybavenia a prostriedkov potrebných k podpore, vedeniu a motivácii zamestnancov. Aj bežné, na prvý pohľadtriviálne záležitosti, ako je email alebo smska sa ukázali ako efektívne nástroje ovplyvňovania a motivovania zamestnancov.

Rovnako dôležité je vhodne zvolené prostredie pre realizáciu intervencie v zmysle ochoty zamestnávateľa ísť príkladom pre zamestnancov a zabezpečiť zamestnancom i realizátorom intervencie podmienky, v ktorých budú zmeny možné. Je obtiažne komparovať

výsledky štúdií, v ktorých mali zamestnanci preplatený pracovný čas strávený na intervenčnom sedení či fyzickej aktivite a v ktorých boli náklady zamestnávateľovi priamo refundované cez zamestnanecký dovolenkový fond či zamestnanec stratil nárok na mzdu, prípadne sa fyzické aktivity konali až po práci.

Výsledky ukazujú, že najvhodnejším prístupom v primárnej prevencii DM 2. typu v rámci intervencií na pracovisku je kombináciaviacerých prvkov z uvedených prístupov a teda individuálnych sedení pre zamestnanca (edukácia, špecifické cieľa plán, motivácia), zvyšovania fyzickej aktivity (so šírkou ponúkaných aktivít zohľadňujúcu individuálnu úroveň zdatnosti každého jednotlivca) a environmentálnych zmien (zaradenie zdravej ponuky jedál v kuchyni, „pripomienkovače“ zdravej životosprávy na frekventovaných miestach).

Každú intervenciu je potrebné prispôbiť danému prostrediu (práca v administratíve, práca vo výrobe) a je potrebné brať v úvahu ďalšie možné bariéry a faktory, ako napríklad etnické či kultúrne rozdiely. V súčasnosti však absentujú štúdie v tejto problematike zamerané na minoritné skupiny zamestnancov, rovnako ako aj na ďalšie možné faktory ovplyvňujúce vývoj tohto ochorenia, čo v konečnom dôsledku môže priniesť nové a účinnejšie prístupy v prevencii. Príkladom je metaanalýza publikovaná v roku 2015, ktorá poukázala na vplyv zmenosti práce na zvýšené riziko vzniku DM 2. typu (Gan, Y. *et al.* 2015). Ďalšou problémovou oblasťou je zabezpečenie randomizovanej vzorky zamestnancov, keďže častokrát dochádza len k výberu dobrovoľníkov a tým je realizovaná štúdia zaťažená selekčným biasom.

Na Slovensku je táto problematika v očiach verejnosti pomerne stále málo známa. Realizácia intervencií v pracovnom prostredí podlieha skôr oblasti prevencie úrazov a chorôb z povolania, ktorých dopad po preukázaní kauzálneho vzťahu k zamestnaniu môže mať pre zamestnávateľa značné ekonomické následky. Z nich potom zväčša pramení aj motivácia pre zmenu. Prevencia DM 2. typu ako aj ostatných civilizačných ochorení je vynímajúc vstupné a periodické preventívne prehliadky zväčša zriedkavým javom. Naproti tomu ak aj zamestnávateľ ponúka určité benefity, či už v podobe zdravšej varianty obeda v jedálni alebo zľavy či poukážky na fyzické aktivity, zlyhanie často prichádza vo forme neúčasti a nedostatočnej motivácii zamestnancov samotných. Absencia vedenia, príkladov zhora, zvyšovania zdravotnej uvedomelosti a možnosti konzultovať svoje postoje a názory majú napriek ponúkaným možnostiam za následok ich neefektívnosť.

Záver

Tvorba a realizácia úspešných intervencií je realizovateľná a priam potrebná v súvislosti so súčasným progresívnym trendom diabetu II. typu a jeho prognózou do budúcnosti. Súčinnosť multidisciplinárneho tímu realizátorov, zamestnávateľov, podnikateľských subjektov či prípadne mestských samospráv je však základ a nutný predpoklad pre ich implementáciu. Princíp dlhodobej investície do zdravia zamestnancov, čo v konečnom dôsledku zvyšuje nielen profit organizácie ale aj jej image, a kompromis medzi zamestnávateľom a realizátormi intervencie podporovaný zo strany štátu (MZ SR – VÚC – mestská samospráva) je potrebné rozvíjať a dostať do povedomia spoločnosti. Syntézou intervenčných prístupov dostávame úspešný koncept, ktorý je však zameraný širokospektrálne, teda je náročnejší vzhľadom na celý proces počnúc od plánovania až po implementáciu a evaluáciu. V mnohých krajinách sa však podarilo tieto procesy realizovať

a v konečnom dôsledku prispeli k zníženiu zdravotnej záťaže nie len diabetu, ale aj kardiovaskulárnych, resp. civilizačných ochorení vo všeobecnosti. Na Slovensku sa podobné programy či projekty zatiaľ nerealizovali. Napriek rovnakému trendu ochorenia ako vo zvyšku Európy a prítomnosti mnohých kvalifikovaných kapacít a expertov, pozornosť spoločnosti je nateraz orientovaná inými smermi.

Zoznam použitej literatúry

- American Diabetes Association. 2013. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. In *Diabetes Care*. ISSN 1935-5548, 2013, roč. 36, Supplementum 1, s. 67-74.
- Bevis, C. et al. 2014. Diabetes Wellness Care A Successful Employer-Endorsed Program for Employees. In *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. ISSN 1536-5948, 2014; roč. 56, č. 10, s. 1052-1061.
- Bommer, C. et al. 2017. The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study. In *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. ISSN 2213-8587, 2017, roč. 5, č. 6, s. 423 – 430.
- Brown, S. A. et al. 2018. Effectiveness of workplace diabetes prevention programs: A systematic review of the evidence. In *Patient Education and Counseling*. ISSN 0738-3991, 2018, roč. 101, č. 6, s. 1036–1050.
- Bruno, G. et al. 2005. Incidence of type 1 and type 2 diabetes in adults aged 30–49 years. In *Diabetes Care*. ISSN 1935-5548, 2005, roč. 28, č. 11, s. 2613–2619.
- Gan, Y. et al. 2015. Shift work and diabetes mellitus: A meta-analysis of observational studies. In *Occupational and Environmental Medicine*. ISSN 1470-7926, roč. 72, č. 1, s. 72–78.
- Goetzl, R. Z., Ozminkowski, R. J. 2008. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. In *Annual Reviews of Public Health*. ISSN 0163-7525, 2008, č. 29, s. 303-323.
- Kamioka, H. et al. 2010. Effectiveness of aquatic exercise and balneotherapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of water immersion therapies. In *Journal of Epidemiology*. ISSN 1349-9092, 2010, roč. 20, č. 1, s. 2-12.
- Klaus, J.R. et al. 2009. Central obesity and insulin resistance in the cardiometabolic syndrome: pathways to preclinical cardiovascular structure and function, In *Journal of Metabolic Syndrome*. ISSN 2167-0943, 2009, č. 4, s. 63-71.
- Omran, A. R. 2005. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. In *Milbank Quarterly*. ISSN 1468-0009, 2005, roč. 83, č. 4, s. 731–757.
- Sen, S., Chakraborty, R. 2015. Treatment and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Its Complication: Advanced Approaches. In *Mini-Reviews in Medicinal Chemistry*. ISSN 1875-5607, 2015, roč. 15, č. 14, s. 1132-1133.
- Shrestha, A. et al. 2017. Dietary interventions to prevent and manage diabetes in worksite settings: A meta-analysis. In *Journal of Occupational Health*. ISSN 1348-9585, 2017, roč. 60, č. 1, s. 31–45.
- Taylor, A. M. 2008 Cardiometabolic risk management in type 2 diabetes and obesity, In *Current Diabetes Reports*. ISSN 1539-0829, 2008, č. 8, s. 345-52.
- WHO. 2006. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. In report of a WHO/IDF consultation. ISBN 978 92 4 159493 6, 2006, s. 7.

Gan, Y. et al. 2015. Shift work and diabetes mellitus: A meta-analysis of observational studies. In Occupational and Environmental Medicine. ISSN 1470-7926, roč. 72, č. 1, s. 72–78.

Kontakt na autora:

Mgr. Patrik Sivčo

Katedra verejného zdravotníctva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

+421 902 140 243

Patrik.sivco8@gmail.com

ETICKÁ DILEMATA KLINICKÉ PRAXE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ

Ethical dilemma of clinical practice of nursing students

Snopek P.^{1,2}, Plisková B.,¹ Schneider M.^{1,2}

¹*Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd*

²*Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.*

Úvod

Výchova se realizuje v životních vztazích. Vědění je sociální záležitost, proces, kdy se stáváme stále více vědomí a účastní na praxi profesionální komunity, praktické komunity (communities of practice; Wenger, 2000, podle McKenzie, 2010). Z tohoto úhlu pohledu ošetrovatelské vzdělávání může být viděno jako pohyb k legitimnímu členství, kompetentnímu zdravotnickému profesionálovi, kdy studující zakomponuje do svého vidění světa svět, ve kterém je vyučování, a začne být „naladěný“ pro tento svět. Mnoho procesů formuje tento posun, a to nejen získávání znalostí a dovedností, styl myšlení, neboť ošetrovatelské vzdělávání učí i nepsaná pravidla, postoje a způsoby chování, styl oblékání a jiné náležitosti, které k tomu všemu náleží. Tyto aspekty nejsou vyučovány přímo, jelikož studenti se „učí očima“, když se setkávají s akademickými pracovníky na akademické půdě, ale i od sester na klinické půdě, a postupně díky vzorům implementují aspekty světa ošetrovatelství do svého světa a stávají se tak členy této komunity (McKenzie, 2010). Musíme si uvědomit, že je nutné nejprve zvládnout nový způsob myšlení, než zvládneme nový způsob bytí.

Podstatné skutečně není, kolik informací do sebe student vpraví, ale to, jak ho studium ovlivní jako člověka, jaké zájmy a citění v něm probudí, které charakterové vlastnosti posílí a které potlačí, sekundárně pak zda je schopen používat literaturu, zda má přehled o problematice v oboru a metodách (Houška, 1995, s. 468).

Etická dilemata klinické praxe studentů

Při plnění odborné praxe jsou studenti na většině pracovišť zařazeni do multidisciplinárních týmů. V ošetrovatelském procesu pracují pod dohledem pověřených sester (mentorek) a očekává se od nich určitá míra spoluodpovědnosti. Odpovědnost je neoddelitelná od důvěry, kterou jim pacienti projevují.

Během klinické praxe se studenti dostávají často do vnitřního konfliktu - například s dodržováním standardů. V rámci teoretické výuky se učí pracovat podle standardizovaných postupů, ale realita je taková, že v praxi se stávají svědky, že tyto standardy občas nejsou některými zdravotníky dodržovány. Může se stát, že postupy ošetrovatelských intervencí pak nejsou jednotné a toto studenti citlivě vnímají. Nedokáží se v situaci zorientovat a nevědí, který z postupů je správný. Stává se, že některé sestry studenty zrazují od dodržování naučených postupů, protože pak jim práce „trvá dlouho“ a spotřebují hodně pomůcek. Mnohým studentům tento způsob vyhovuje, protože práce je rychlejší, a svým jednáním se blíží „reálným vzorům“, tedy sestrám, které považují za opravdové profesionály. Jak jinak si vysvětlit situaci, kdy např. studentka při praxi porušuje sterilitu při napojování infuze pacientovi do zavedené kanyly a na upozornění reaguje tak, že „sestry to tak dělají běžně“.

Alarmující je to, že říká pravdu. Existuje ale skupina studentů, kterým tento přístup sester vadí. Jsou přímými svědky tohoto profesionálního pochybení zdravotníka. Účast na takovém morálním dilematu dostává studenty do situací, že nevědí nebo si nejsou jisti jak reagovat. Bojují s rozhodnutím, zda upozornit na toto chybné jednání vůči pacientům a riskovat tak následky. Tyto situace vyvolávají u studentů morální nouzi, trpí úzkostí a stresem.

Učitelé a mentoři musí poskytnout studentům půdu pro rozvoj a upevňování postojů, rozvíjení etického a kritického myšlení a uvažování vlastním příkladem, setkáváním, reflexí, uvědomováním si významů, diskusí a aktivizací.

Strach a úzkost

Strach je nelibá emoce, jde o normální reakci na skutečné nebezpečí. Úzkost je nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými i somatickými znaky, jako je strach, ovšem příčina není známa, jde o „strach z ničeho“ (Hartl, Hartlová, 2015). K rozlišení mezi strachem a úzkostí se někdy používá časová dimenze, přičemž strach je považován za záležitost epizodickou, zatímco úzkost za chronickou (Hartl, Hartlová, 2015).

Existuje mnoho faktorů, které přispívají ve zvýšené míře k napětí a úzkostipři klinické praxi. Mezi nejvýznamnější na klinickém poli patří neznalost klinického prostředí a první klinické zkušenosti, strach, že udělám chybu, provádění samotných ošetrovatelských intervencí a úkonů, hodnocení vyučujícími a mentory, nedostatečná podpora ze strany zdravotnického personálu a rozpor mezi teorií získanou na univerzitě a prováděnou praxí na pracovišti (Carlson et al., 2003; Shafirf, Masoumi, 2005; Shipton, 2002, Sprengel, 2004; Timmins, Kaliszer, 2002 podle Moscaritolo, 2009). Zatěžující a stresující je sám fakt setkání se s nemocnými, s nevléčitelně nemocnými a s nemocnými v přímém ohrožení života. Je to zkušenost stresující pro již vyškolený a zkušený zdravotnický personál, co teprve pro studenty, kteří na klinickou půdu nově vstupují nebo s ní mají jen malé zkušenosti.

Strach a úzkost jako nejčastější reakce na stres pak může mít u těchto studentů negativní dopad na výkon a na vytváření chabých vypořádacích technik a schopností (Hughes, podle Moscaritolo, 2009, s. 18). Vysoká míra stresu totiž ztěžuje koncentraci, paměť, schopnost učit se a řešit problémy, vykonávat ošetrovatelské postupy, a to nepříznivě ovlivňuje výkon a učení (Moscaritolo, 2009, s. 18).

Pokud mají vzdělávací instituce v ošetrovatelství fungovat jako základna a podpora studentů, je nutné, aby refletovaly toto setkání studentů se strachem a úzkostí, a je klíčové, aby je pozorovaly, vypořadávaly a sledovaly. Vždy závisí na individuální schopnosti jedince vypořadat se s úzkostí. Jsou studenti, kteří tuto skutečnost překonat zvládnou, je však nutné zaměřit se na ty studenty, u kterých jejich vlastní intervence selhaly, a zasáhnout, pokud úzkost dosáhla té úrovně, že negativně ovlivňuje výkon, hodnocení a sebehodnocení.

Víra, důstojnost a hodnota každého člověka

Nejpodstatnějším atributem ošetrovatelského povolání je víra, důstojnost a hodnota každého člověka. Lidská důstojnost je nejplodnějším přínosem antické etiky, která se opírá o člověka, o jeho schopnost svým rozumem poznávat dobro a uskutečňovat je (Popelová, 1977, s.131). Jde o mravní požadavek úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální,duševní či tělesný stav, a vyrůstá z obecného pojetí lidství. Lidská důstojnost je nezczizitelná! Lidské bytosti jsou bytosti tělesné a v průběhu svého vývoje nabývají kontrolu

nad svými tělesnými funkcemi. Lidské bytosti tihnout k příběhům. V těchto příbězích je zabudována naše existence coby sociálních a ekonomických bytostí i bytostí schopných rozvíjet a ospravedlňovat své chování.

Lidé jsou však bytosti sociální, potřebují toho druhého, aby je s respektem přijal a jejich příběhy mohly být vysloveny a oni tak přijati v tom lidském (Kalvach a kol., 2004, s. 13).

Intervenční strategie

Klinické prostředí má významné postavení při akademickém vzdělávání, proto je nutné rozvíjet u studentů strategie, aby byl jejich učební proces snazší a přínosný. Je nutné, aby tento proces zahrnul smysl pro zodpovědnost a samostatnost, kvalitní výkon a smysl pro týmovou spolupráci, snížení strachu a stresu. Významnou strategií pro snížení studentské úzkosti a k podpoře efektivní adaptace je zavedení propojeného a funkčního systému mentorů, supervizorů, studentských týmů a vytvoření pozitivního pracovního prostředí.

Pozitivní výukové klinické prostředí

Zdravotnický personál je významný ve vytváření vhodného studijního prostředí pro studenta. Pokud studující vnímá prostředí jako místo, kde je vítán, přijat, podporován a je chápána jeho přínosná role, je z velké části redukována jeho míra strachu a úzkosti. Být představen a zakusit si práci v dobře organizovaném fungujícím reálném zdravotnickém týmu, kterým je student přijat, ve kterém se kvalitně komunikuje a kde je možné aplikovat své znalosti a dovednosti a kde zdravotničtí pracovníci sdílí své znalosti a dovednosti ve prospěch nemocného, je důležité pro rozvoj studujících ošetrovatelství a vede k pozitivnímu náhledu na budoucí povolání a práci (Hoist, Hörberg, 2013, s. 114).

Vhodné výukové prostředí je potřebné pro profesní rozvoj každého studenta. „Jedná se o vytvoření vsťicného zdravotnického týmu, klidné řešení problémů, uspokojování potřeb studentů a jistotu pomoci od členů kolektivu. Studenti se cítí lépe na oddělení, kde vládne příjemná atmosféra, kde si personál studentů váží a považuje je za součást ošetrovatelského týmu“ (Pearcey, Elliot, 2004 podle Skřivánkové, 2012, s. 385).

Tyto výše uvedené atributy profesionální praxe studentů je však v současné době, vzhledem k nedostatku zdravotnického personálu, velmi obtížné udržet na odpovídající úrovni.

Principiálním prvkem úspěšných klinických ošetrovatelských praxí je jejich organizace a vedení studentů ze strany fakult. Je nutné, aby fakulty a školy připravující studenty na jejich profesi věděly o stresovém vypětí a úzkosti u studentů a snažily se je řešit. Tato zkušenost si zaslouhuje pozornost a intervence takové a v takové míře, aby studenti mohli v klidu a zodpovědět aplikovat své znalosti a vykonávat ošetrovatelské postupy a intervence, cítili podporu svých vyučujících, mentorů, zdravotnického personálu i supervizorů, neboť „zkušenosti studentů získané na klinickém pracovišti ovlivňují jejich názor na obor ošetrovatelství i na jejich budoucí zaměstnání“ (Pearcey, Elliot, 2004 podle Skřivánkové, 2012, s. 385).

Závěr

Kvalifikované sestry jsou v plném měřítku zrcadlem toho, jaké bude ošetrovatelství v budoucnosti (full-scale mirror of the future; Nasrin, Soroor, Soodabeh, 2012). Prostřednictvím sester student získává porozumění a vědění o profesi v její reálné podobě, a to tím, že sestry pozoruje – jak respektují práva pacientů a dívají se na ně jako lidskou bytost, jak o pacienta pečují a jak mu poskytují péči, jak uplatňují své znalosti a dovednosti (Nasrin, Soroor, Soodabeh, 2012). Studenti ošetrovatelství jsou budoucností a cestou, kterou se ošetrovatelství bude dále ubírat. Není podstatné, kolik informací do sebe vpraví, ale jací z této cesty vyrostou a jací budou lidé. Vyžaduje však mnohem víc. Sestra musí být schopna „vnořit se“ do situace člověka, který je nemocný, trpí, je často osamocen a má bolesti. Znamená to však přes nemoc vidět dále, vidět celého člověka, vidět a pojmout v člověku celou jeho bytost a vždy činit a konat pod zorným úhlem lidské důstojnosti. Každá sestra je odpovědná za ošetrovatelskou péči, kterou poskytuje profesionální v souladu s etickým přístupem, morálkou a na základě nejnovějších vědeckých poznatků a zkušeností (Popovičová, 2017).

Sestra je pro studenty zrcadlem toho, jaké ošetrovatelství skutečně je, a zůstává obrazem, který studenty motivuje nebo demotivuje a ovlivňuje tím vlastně i budoucnost a to, jaké ošetrovatelství bude!

Literatura a zdroje

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0873-0

HOLST, Hanna a Ulrica HÖRBERG, 2013. Students Learning In Clinical Practice, Supervised In Pairs Of Students – A Phenomenological Study [online]. Journal of Nursing Education and Practice, 3(8) [cit. 2019-3-15]. Dostupné z : http://scholar.google.cz/scholar_url?url=http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/jnep/article/download/1662/1327&hl=cs&sa=X&scisig=AAGBfm1TyBfcydGJ_SEXpUIXKKor6jo2EA&nossl=1&oi=scholar&ved=0ahUKEwiY2bXEpYvLAhWFJJJoKHSNuCNkQgAMIGigAMAA.

HOUŠKA, Tomáš, 1995. Škola pro třetí tisíciletí. Praha: Tomáš Houška. ISBN 80-9019740-4-3.

KALVACH, Zdeněk et al., 2004. Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně sociálních oborů [online]. Praha: Cesta domů – projekt Paliativní péče v ČR [cit. 2019-2-28]. Dostupný z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>.

McKENZIE, Karen, 2010. E-Learning Benefits Nurse Education And Helps Shape Students' Professional Identity [Online]. Nursing Times [cit. 2019-9-18]. Dostupné z: <http://prod.nursingtimes.net/e-learning-benefits-nurse-education-and-helps-shape-students-professional-identity/5011215.fullarticle>.

MOSCARITOLO, M. Linda, 2009. Interventional Strategies To Decrease Nursing Student Anxiety In The Clinical Learning Environment [online]. Journal of Nursing Education 48 (1) [cit. 2019-7-17]. Dostupné z:

http://prcshsl.org/prcshsl/images/Interventional_Strategies_to_Decrease_nursing_student_anxiety_in_the_clinical.pdf

NASRIN, Hanifi, Parfízy SOROOR a Joolae SOODABEH, 2012. NursingChallenges In MotivatingNursingStudentsThroughClinicalEducation. A GroundedTheory Study [Online]. NursingResearch And Practice [cit. 2016-3-3]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/161359>.

POPOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P., PRISTÁŠOVÁ, K. 2017. Motivácia sestier k autonómnej ošetrovateľskej praxi. In *MEDSTAT 2017. Monografia s tematickým zameraním na medicínsku štatistiku*. Ružomberok : MedStat o.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293-1-3.

SKŘIVÁNKOVÁ, Eliška, 2012. Klinické praxe ošetrovatelství – reflexe studentů [online]. Ošetrovatelství a porodní asistence. 3(2) [cit. 2016-2-10]. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/3_skrivankova_abstrakt.pdf.

Kontakt na autora:

PhDr. Mgr, Petr Snopek, PhD. MBA
Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Štefánikova 5670
760 01 Zlín

ASSESSMENT OF THE NEED FOR REHABILITATION OF PATIENTS AFTER URGENT SURGICAL INTERVENTIONS AT ORGANS OF ABDOMEN

Spivak A.

Introduction

Modern surgery allows to achieve them aximumaesthetic effect, to reduce the number of postoperative complications, to improve the quality of life of patients after surgeries on abdominal organs. At the same time, it is known that surgical interventions themselves significantly alter the activity of many organs and systems, distortvarious physiological and pathophysiological reactions, and are often accompanied by significant health disorders and postoperative complications [1]. Therefore, despite the improvement of methods of surgery: video laparoscopic operations, operations using new syntheticalloplastic materials, the incidence of postoperative complications remains high and ranges from 11.8 to 50% [2].

The main factor in the long-term recovery of the patient in the post surgical period is the development of the post operation stress and, as a consequence, impaired function of organs and systems. In the 1990s, H. Kehlet [3] suggested to study the pathophysiological role of components of surgical stress response, to determine the possibility of influencing the course of pathological processes and their relationship with there sults of treatment. And for the last 20 years, we have been studying the features of the patient management algorithm, the optimization of which will allow to accelerate the recovery of the patient, shorten the period of hisstay in the hospital and rehabilitation of the patient [4]. At the same time, it is known that the success of surgical treatment is also largely due to the deliberate use of active management of the means of physical rehabilitation used in the prospective period [5].

In the scientific literature there are separate reports on measures to correct the disorders caused by surgeries on the abdominal cavity, as well as the need for the use of physical rehabilitation during the preparation of patients for surgery at various stages of treatment after surgery, which has been proven by numerous clinical and experimental observations [5].

However, the data on the use of physical rehabilitation assistance in the early postoperative period after urgent surgery on abdominal organs are still lacking. Existing developments in physical rehabilitation are not being used in a timely and sufficient way against the back drop of the expansion of modern surgical interventions.

The aim of the study

To analyze the dynamics of the need for rehabilitation care for patients after urgent surgery on abdominal organs in 2015 and 2017 in Ukraine.

Materials and methods

The object of the study was a system of rehabilitation ass istance to patients with a surgical profile after urgent surgery on abdominal organs. The subject of the study was the regulatory documents of the Ministry of Health regulating medical care for patients of surgical profile, forms of accounting an dreporting medical statistics, in particular data of the State Statistics Service of Ukraine on the network of health care institutions and main

indicators of the population disease in 2015 and 2017 years [6]. When performing the work at different stages, the following research methods were used: biblio-semantic, structural-logical analysis, content analysis, systematic approach and analysis and statistical one.

Results and Discussion

Surgical care in Ukraine is one of the most powerful in the health care system by performance. Thus, according to the State Statistics Service of Ukraine, in 2015 and 2017, 272,713 and 279,671 surgical interventions were performed in the country regarding surgical diseases of the abdominal organs, respectively. Important is the fact that a large proportion of them were conducted in the urgent mode with a large volume of invasive interventions, namely 94 392 such operations in 2015 and 90 499 interventions in 2017, representing 34.6% and 32.4% relatively. Highly traumatic surgical interventions in acute surgical pathology of the abdominal organs are the most prognostically dangerous in terms of the development of both complications or pathological conditions, and in terms of reducing the quality of life of the patient in the future until the development of a stable state and disability. Analysis of the distribution of urgent surgical interventions by nosological forms shows that the operations with acute cholecystitis prevail among urgent volume tricsurgery on the abdominal cavity (Table 1).

Table 1. Indicators for emergency surgery on abdominal organs by main nosological units in Ukraine in 2015 and 2017

| Nosological units | Performance indicators | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| | of surgeries | | | | | |
| | 2015 | | 2017 | | $\Delta (\pm)$ | |
| | n (Σ 94 392) | Per 10 thousand po pulation | n (Σ 90 499) | Per 10 thousand po pulation | n (Σ - 3893) | Per 10 thousand populati on |
| Intestinal obstruction | 6 673 | 1,55 | 6 671 | 1,57 | -2 | -0.02 |
| Acute appendicitis | 59 463 | 13,91 | 55 029 | 12,97 | -4 434 | -0,94 |
| Breakthrough stomach ulcer | 6 238 | 1,46 | 6 095 | 1,44 | -143 | -0.02 |
| Gastrointestinal bleeding | 1 929 | 0,45 | 2 038 | 0,48 | 109 | 0,03 |
| Acute cholecystitis | 17 624 | 4,12 | 18 327 | 4,32 | 703 | 0,2 |
| Acute pancreatitis | 2 465 | 0,58 | 2 339 | 0,55 | -126 | -0,03 |

As presented in table, there are no significant differences in indicators of the number of operations concerning urgent diseases of the abdominal organs in 2015 and 2017, neither in

absolute nor in relative indicators per 10 thousand of population. There may be differences across regions, but this issue needs further analysis. At the same time, it is known that massive surgical interventions in the emergency mode have relatively high rates of postoperative mortality and are largely dependent on the type of pathology and the presence of complicating factors and concomitant pathological conditions. To calculate the need for rehabilitation care in the postoperative period, patients who underwent urgent surgery on abdominal organs should also take into account the indicators of postoperative mortality (Table 2).

Table 2. Indicators of postoperative mortality after urgent surgical interventions on abdominal organs by main nosological units in Ukraine in 2015 and 2017

| Nosological units | Mortality after surgery | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------|------------------------------|-------|
| | 2015 | | 2017 | |
| | The dead (Σ 995) | % | The dead (Σ 1018) | % |
| Intestinal obstruction | 238 | 3,58 | 241 | 3,61 |
| Acute appendicitis | 20 | 0,03 | 23 | 0,04 |
| Breakthrough stomach ulcer | 247 | 3,96 | 271 | 4,45 |
| Gastrointestinal bleeding | 96 | 4,98 | 105 | 5,15 |
| Acute cholecystitis | 72 | 0,41 | 84 | 0,46 |
| Acute pancreatitis | 322 | 13,06 | 294 | 12,67 |

As presented in table. 2 in 2017, there is some increase in postoperative mortality in absolute terms (23 patients died, an increase of 2.3%). At the same time, these indicators do not significantly influence the assessment data on the needs of patients in this group for rehabilitation services at the national level. At the same time, it is important to take into account the data on the distribution of patients according to the nosological forms for which surgery was performed, since the features of rehabilitation care in the postoperative period depend to a large extent on the severity and volume of surgery. Thus, the group of patients who underwent surgery for acute uncomplicated appendicitis will approximately require a much smaller list of types of rehabilitation services their duration rather than patients after surgical treatment of intestinal obstruction.

In general, as it is estimated, about 90-93 thousand patients require rehabilitation assistance after urgent surgery on abdominal organs in the post surgery period in Ukraine. Thus, in 2015, 93397 patients who underwent urgent surgery on the abdominal organs required different volumes and different types of rehabilitation services, whereas in 2017 there were 89481 patients.

Conclusions

In Ukraine, a large number of urgent surgical interventions on abdominal organs are performed annually. Considering the fact that emergency surgery usually takes place without serious pre surgical preparation, it is important to conduct a full rehabilitation of the patient in the post surgery period with the use and means of physical rehabilitation. Estimated data on the contingent of persons in need of rehabilitation care after surgical treatment of acute surgical diseases of the abdominal organs, show that the need for such services in the country annually is significant - 90-93 thousand patients. In such circumstances, there is an urgent need to develop and implement organizational models for the provision of rehabilitation services to this contingent of patients at different levels of care.

Literature

1. ABRAMOV V.V., KLAPCHUK V.V., NEKHANEVYCH O. B. et al. Physical rehabilitation, sports medicine. Dnipropetrovsk, Zhurfond.
2. LYSENKO R.B. 2016. Prevention and treatment of wound complication in alloplastic complex abdominal wall defects. *Zaporozhye medical journal* №3 (96). C. 71 -75. [in Ukrainian]
3. KEHLET H. 1997 Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation *Br. J. Anaesth.* Vol. 78, N 5. P. 606 - 617.
4. Poelman M., Apers J., van den Brand H. et al. (2013) The INCH-Trial: a multicentre randomized controlled trial comparing the efficacy of conventional open surgery and laparoscopic surgery for incisional hernia repair // *BMC Surg.* Vol. 13. P. 18.
5. Mikhaluk E.L., Malakhova S.M., Cherepok O.O. Physical rehabilitation in surgery, traumatology and orthopedics. Zaporizhzhia: ZDMU.
6. Statistical information. State Statistics Service of Ukraine. 1998-2019 Retrieved from. :https://ukrstat.org/uk/operativ/oper_new.html [in Ukrainian]

Spivakantonina

PHYSICAL REHABILITOLOGIST, SENIOUR LECTURER

DEPARTMENT OF PHYSICAL EDUCATION

UZHHOROD NATIONAL UNIVERSITY

FACULTY OF HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION

Address: 88000, Ukraine, Transcarpathian region, Uzhhorod, Narodna Square, 3

antoninauzh@gmail.com

ORCID ID:0000-0001-7070-3746

POSTOJE RODIČOV - ZDRAVOTNÍKOV K OČKOVANIU PROTI INFEKCIÍ ĽUDSKÝM PAPILOMAVÍRUSOM

Attitudes of parents - medics towards vaccination against human papillomavirus

Ševčovičová A., Andraščíková Ľ.

Úvod

Ľudské papilomavírusy (HumanPapillomavirus) sa považujú za závažný etiologický faktor spôsobujúci rakovinu krčka maternice (Oravcová, Kucková, Lukačková, 2018; Kotek, 2016; Hudáková, Novyzedláková, 2012). HPV vírusy môžu spôsobiť ochorenie človekav oblasti s určitým druhom buniek. Takéto bunky tvoria sliznice na pohlavných orgánoch, na konečníku, v jeho okolí a v hrdle (Masák, 2017). Za onkogénne sa považuje štrnásť typov HPV, pričom perzistentná infekcia vysokorizikovými HPV vedie k zmene epitelových buniek, vývoju prekancerózných lézií až vzniku rakoviny krčka maternice (Oravcová, Kucková, Lukačková, 2018). Výskyt genitálnych bradavíc zaznamenal celosvetový vzostup u dospelých aj detí. Na Slovensku bola zistená najvyššia incidencia u dievčat v 20. roku života. HPV vírus môže zapríčiniť vznik bežných kožných bradavíc, benígnych a malígnych lézií anogenitálneho traktu, orálne papilómy a život ohrozujúcu papilomatózu respiračných ústrojov (Šimurka, Sládičeková, 2010).

K infikovaniu HPV dochádza kožným kontaktom s infikovanou osobou, najčastejšie pri pohlavnom styku (stačí iba kožný kontakt v oblasti pohlavných orgánov, bez nutnosti dokonaného pohlavného styku). Počas svojho života sa HPV infikuje až 80% žien, najčastejšie okolo 25. roku života pri hľadaní si životného partnera. Pri infikovaní HPV ide len o prechodný stav. Až 90% žien sa infekcie zbaví za pomoci vlastného imunitného systému bez toho, aby u nich vírus spôsobil akékoľvek chorobné zmeny. U malej skupiny infikovaných žien môže dôjsť pri masívnej infekcii vírusom a nevykonanom imunitnom systéme k jeho pretrvávaniu na krčku maternice a v pošve. V horizonte desať a viac rokov tak môže vírus spôsobiť rakovinu krčka maternice. Cytologické vyšetrenie však môže včas odhaliť a identifikovať predrakovinové stavy u ohrozených žien (Masák, 2017).

Podľa prednostu kliniky gynekologickej onkológie Onkologického ústavu sv. Alžbety v Bratislave Masáka (2017) je onkogynekológia prvým medicínskym odborom v onkológii, ktorý má vďaka očkovacej látke proti niektorým typom HPV k dispozícii primárnu prevenciu proti rakovine. Viacerí autori (Šimurka, Sládičeková 2010; Baranovičová, 2016, Redecha, Korbeľ, Redecha, 2007; Jilichová Nová, Šebková, Gricová, 2018; NPZ, 2017) zdôrazňujú, že HPV infekcii sa dá v súčasnosti prakticky plne predísť očkovaním. Potenciálne prínosy vakcíny proti HPV sú obrovské (Patel, Berenson, 2013). Profylaktická vakcinácia proti HPV je podľa Slámu (2012) novým nástrojom určeným predovšetkým pre primárnu prevenciu karcinómu krčka maternice.

Podľa Masáka (2017) je očkovanie určené pre dievčatá a chlapcov od 9. roku veku, bez určenia hornej vekovej hranice. Dievčatá sa odporúča očkovať vo veku 12 – 14 rokov. Ich imunitný systém totiž práve vtedy dokáže vyprodukovať najvyššie hladiny protilátok, ktoré u nich môžu s veľkou pravdepodobnosťou pretrvávajúť mnoho rokov. Ďalším z dôvodov je skutočnosť, že keďže nie sú pohlavne aktívne, nemôžu byť infikované HPV. Čím sú očkované ženy staršie, vytvárajú nižšie hladiny protilátok. Uličný (2017) zdôrazňuje, že

vakcína proti HPV podávaná prednostne pred prvou sexuálnou aktivitou je prvým krokom pri komplexnej prevencii a kontrole rakoviny krčka maternice. Európska komisia (2018) ako výkonný orgán Európskej únie presadzujúc jej všeobecné záujmy povolila na základe odporúčania vedeckého výboru Európskej agentúry pre lieky uvedenie dvoch vakcín proti ľudskému papilomavírusu na trh. Vakcíny Gardasil a Cervarix bránia infekciám dvomi hlavnými kmeňmi vírusu HPV, ktorý spôsobuje rakovinu krčka maternice.

Aj na Slovensku bola v posledných rokoch dostupná možnosť dať sa zaočkovať proti HPV. Nakoľko však náklady súvisiace so zaistením očkovacej látky neboli hradené z verejného poistenia, využívali túto možnosť predovšetkým jednotlivci, ktorí dokázali vo vlastnej réžii pokryť finančné náklady súvisiace s kúpou vakcíny. Od januára 2019 sa už z verejného poistenia hradí dievčatám a chlapcom v prebiehajúcom trinástom roku života základná vakcína chrániaca pred dvoma sérotypmi HPV infekcie, ktoré najčastejšie spôsobujú rakovinu krčka maternice.

Cieľ prieskumu

Cieľom štúdie bolo zistiť postoje rodičov v zastúpení zdravotníckymi pracovníkmi (sestrami a pôrodnými asistentkami) k očkovaniu proti infekcii ľudským papilomavírusom.

Charakteristika súboru a metodika

Výber respondentov bol zámerný. V úvodných inštrukciách k vyplňovaniu dotazníka bolo vymedzené, aby bol respondent rodič, bez ohľadu na počet, vek a pohlavie detí. Kritérium výberu bola tiež ochota spolupracovať. Prieskumný súbor pozostával zo 442 respondentov. Demografické údaje o účastníkoch prieskumu uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1 Charakteristika respondentov podľa pohlavia, veku a dosiahnutého vzdelania

| | Pohlavie | |
|-------------------------|-----------|--------|
| | n | % |
| žena | 436 | 98,6 % |
| muž | 6 | 1,4 % |
| | Vek | |
| 21-30 rokov | 49 | 11,1 % |
| 30-40 rokov | 116 | 26,2 % |
| 40-50 rokov | 203 | 45,9 % |
| 50-60 rokov | 68 | 15,4 % |
| viac ako 60 rokov | 6 | 1,4 % |
| | Vzdelanie | |
| stredoškolské | 91 | 20,6 % |
| vyššie odborné | 73 | 16,5 % |
| vysokoškolské 1. stupňa | 112 | 25,3 % |
| vysokoškolské 2. stupňa | 143 | 32,4 % |

| | | |
|-------------------------|----|-------|
| rigorózna skúška | 18 | 4,1 % |
| iné | 5 | 1,1 % |

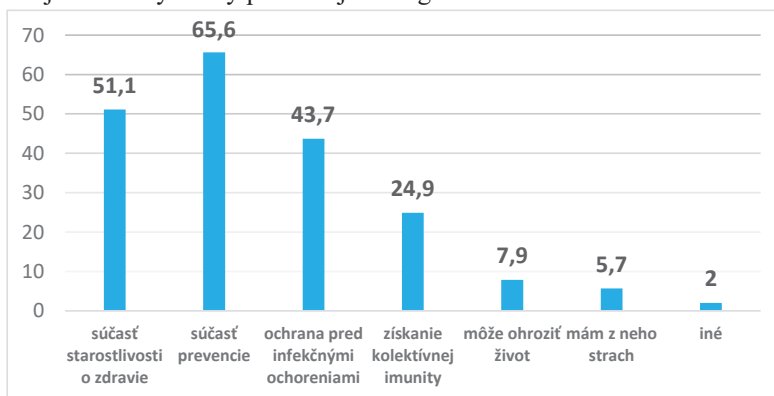
n = počet respondentov v absolútnych číslach,

% - percentuálne zobrazenie počtu respondentov z celkového súboru

Prieskumu sa zúčastnilo 98,6 % žien (n=436) a 1,4 % mužov (n=6). Najviac respondentov (45,9 %) bolo vo vekovej kategórii od 40 do 50 rokov, viac ako štvrtina (26,2 %) mala od 30 do 40 rokov a najmenej respondentov (1,4 %) malo v čase realizácie prieskumu viac ako 60 rokov. Skoro tretina zúčastnených (32,4 %) dosiahla vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa a 25,3 % malo vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa. Každý účastník prieskumu bol rodičom aspoň jedného dieťaťa, pričom najčastejšie z hľadiska počtu detí podľa jednotlivých pohlaví uvádzali, že majú jednu dcéru (47,7 %) alebo jedného syna (45,5%).

Analýza a komparácia výsledkov prieskumu

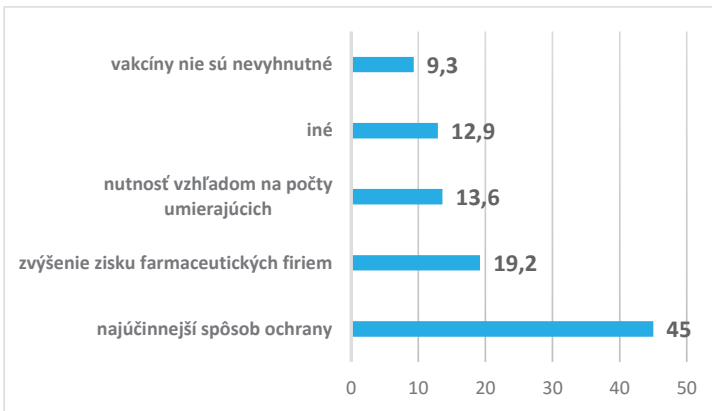
V nami realizovanej štúdií sme medzi rodičmi pracujúcimi v zdravotníctve (sestrami a pôrodnými asistentkami) mapovali, ako vnímajú vo všeobecnosti očkovanie. Respondenti mohli vo svojej odpovedi prezentovať viaceré názory, pričom sa nemuseli striktne pridržiavať iba jedného. Výsledky prezentujeme v grafe 1.



Graf 1 Vnímanie očkovania respondentmi

Najviac respondentov (65,6, n=290) prezentovalo, že očkovanie považuje za súčasť prevencie alebo ho vníma ako súčasť starostlivosti o vlastné zdravie (51,1%, n=226) alebo ochranu pred infekčnými chorobami (43,7%, n=193). Naopak, iba málo rodičov pripúšťalo, že by očkovanie mohlo ohroziť život (7,9%, n=35), alebo by z neho mali mať strach (5,7%, n=25).

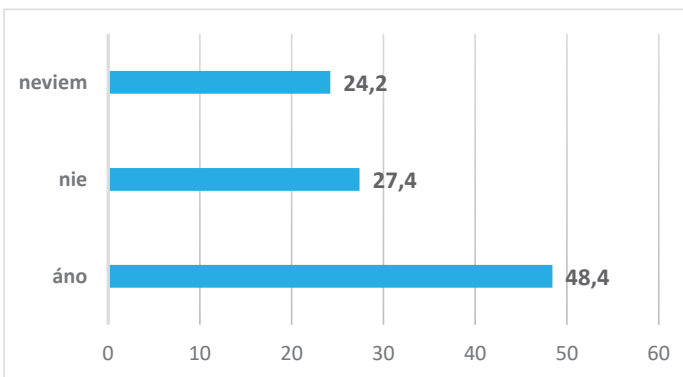
Pri zisťovaní konkrétnych názorov respondentov na vakcíny proti ľudskému papilomavíru respondenti prezentovali svoje presvedčenie v podobe výberu jednej z možností odpovede, ktoré uvádzame v grafe 2.



Graf 2 Názory respondentov na vakcíny proti HPV

Zistili sme, že 45 % rodičov (n=199) považuje očkovanie proti HPV infekcii za najúčinnjší spôsob boja proti rakovine krčka maternice, genitálnym bradaviciam a ďalším ochoreniam, ktoré vyvoláva HPV infekcia. Skoro pätina (19,2%, n=85) rodičov však toto očkovanie považuje iba za médiami podporovaný prostriedok farmaceutických firiem na zvýšenie vlastného zisku.

Nakoľko považujeme očkovanie proti HPV za dôležitú súčasť prevencie pred vznikom onkologických ochorení a je pre nás dôležité, aby bolo očkovanie dostupné pre čo najvyšší počet osôb, u rodičov sme zisťovali názory na to, či je správne, aby očkovanie proti HPV infekcii bolo súčasťou povinného očkovania. Výsledky ich postojov prezentujeme v grafe 3.



Graf 3 Názory respondentov na povinnosť očkovania proti HPV

Väčšina rodičov (48,4 %, n=214) považuje za vhodné, aby bolo očkovanie proti HPV infekcii súčasťou povinného očkovania, ale 27,4 % (n=121) sa s tým nestotožňuje. Skoro štvrtina oslovených rodičov sa nevedelo vyjadriť.

Diskusia

Očkovanie proti HPV je dôležitým problémom verejného zdravia, pretože zabraňuje rakovine. Vakcinácia HPV znižuje riziko prenosu genitálnych bradavíc a niektorých druhov rakoviny súvisiacich s HPV u mužov a podobne znižuje výskyt rakoviny krčka maternice u žien. Vývoj vakcíny proti HPV zlepšil možnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti účinne bojovať proti chorobe ľudského papilomavírusu (Johnson, 2017). Výsledky našej štúdie potvrdili, že väčšina rodičov (45%), ktorí sa venujú zdravotníckemu povolaniu považuje vakcináciu proti HPV za najúčinnější a najefektívnejší spôsob boja proti rakovine krčka maternice a genitálnym bradaviciam, resp. za nutnosť (13,6%), vzhľadom na počty umierajúcich žien na rakovinu krčka maternice. Aj štúdia medzi 100 rodičmi dospelých dievčat v Botswane odhalila vysokú úroveň poznatkov rodičov o HPV infekcii, rakovine krčka maternice a HPV vakcíne a potvrdila pozitívny postoj rodičov voči HPV vakcinácii (Sanatla, Dolambo, 2018). Výsledky výskumu medzi 450 dánskymi rodičmi synov vo veku 12 - 15 rokov zo štúdie Mortensona (2010) potvrdili, že kvôli rakovine a genitálnym bradaviciam sú rodičia tiež naklonení očkovaniu, dokonca 45 % z nich bolo ochotných hradiť aj náklady na očkovanie.

Štúdie s očkovacími látkami poukazujú na to, že ak žena prekonala infekciu HPV, organizmus si vytvorí len nízke hladiny protilátok, ktoré nie sú dostatočné na jej ochranu pred tým istým typom vírusu. Po očkovaní si však vytvoria vysoké hladiny protilátok (Masák, 2017). Zistili sme však, že 19,2 % rodičov považuje vakcináciu len za médiami podporovaný prostriedok farmaceutických firiem na zvýšenie vlastného zisku. Väčšina rodičov považuje za správne, aby bolo očkovanie proti HPV infekcii hradené z verejného poistenia. Keďže však 27,4 % rodičov s týmto nie je stotožnených a 24,2 % sa nevedeli vyjadriť, sme opäť toho názoru, že k zmene postojov rodičov môže prispieť dôkladná edukácia. Keďže rodičia prichádzajú spoločne so svojim dieťaťom najčastejšie k pediatrovi, stotožňujeme sa s Kotekom(2016), podľa ktorého môže pediater eliminovať onkologické ochorenia asociované s HPV infekciou. Autor považuje za potrebné očkovať a vysvetľovať rodičom, že ide o investíciu do zdravia detí. Aj Obročníková a Hudáková (2008) pri informovaní o možnosti profylaktickej vakcinácie určenej k prevencii rakoviny krčka maternice zdôrazňujú nevyhnutnosť účasti rodičov na edukácii. Slovenská gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (2015) zdôrazňovala potrebu informovať v ambulanciách vo väčšej miere pacientky o možnostiach a výhodách vakcinácie a to hlavne v situácii, kedy u nás ešte neexistovala plošná vakcinácia. Určitou devízou je preto od januára 2019 spustenie celoplošnej vakcinácie hradenej z verejného zdravotného poistenia. Stotožňujeme sa s Obročníkovou a Hudákovou (2008), ktoré v rámci primárnej prevencie prezentujú, že je dôležité:

- informovať laickú aj odbornú verejnosť o existencii HPV infekcie a spôsoboch jej prenosu,
- oboznámiť verejnosť s rizikovými faktormi a príznakmi rakoviny krčka maternice - modifikovať postoj verejnosti k zdravému životnému štýlu,
- zdôrazňovať význam zodpovedného sexuálneho života, vhodnosti typov sexuálneho správania a sexuálnych praktík.

Autorky však zdôrazňujú aj význam sekundárnej prevencie v podobe pravidelnej účasti žien na preventívnych gynekologických prehliadkach a ich vysokej účasti v skriningových programoch. Považujeme za dôležité, aby dôkladne poučené ženy zodpovedným prístupom

k vlastnému zdraviu mohli následne formovať postoje k zdraviu aj u vlastných detí. Šírením osvetu dokážeme formovať pozitívny postoj verejnosti k očkovaniu a podporiť pozitívne postoje rodičov k očkovaniu proti infekcii HPV. Súčasťou stratégie Národného onkologického plánu (NOP) 2018-2020 je aj vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a zvýšenie informovanosti občanov o štandardnom postupe pre výkon prevencie zameranom na skrýning krčka maternice, vrátane indikácii na HPV testovanie.

Po prijatí NOP do praxe (ktorý na Slovensku dlhé roky chýbal) sa však stretol s kritikou viacerých patientskych organizácií. Jeho súčasťou sú aj Akčné plány. Podľa kritikov však nemá NOP konkrétne ideí a realizácia sa tak presúva na ďalšie budúce dokumenty (Čunderlíková, 2018).

Záver

Pri vakcinácii proti onkologickým ochoreniam reprodukčného systému je potrebné dosiahnuť čo najvyššiu účasť populácie na očkovaní. Pre dosiahnutie tohto cieľa je dôležitý pozitívny postoj verejnosti k samotnému očkovaní. Rodičia zastúpení sestrami a pôrodnými asistentkami prisudzujú vakcinácii proti infekcii ľudským papilomavírusom prvenstvo v efektívite a účinnosti z hľadiska boja proti onkologickým ochoreniam pohlavných orgánov. Pri zvyšovaní imunizácie proti HPV prezentujú jednoznačný postoj, na základe ktorého by malo byť očkovanie hradené z verejných zdrojov.

Zoznam použitej literatúry

BARANOVIČOVÁ, I. 2016. HPV a karcinóm krčka maternice. In *Bedeker zdravia*. ISSN 1337-2734. 2016, roč. XII., č.6, s.28-29.

ČUNDERLÍKOVÁ, A. 2018. *Boj sa rakovinou: Dospelých budú volať na vyšetrenie, deti zaočkujú proti vírusu HPV zadarmo*. [online]. [cit.2019-04-18]. Dostupné na internete: <https://www.aktuality.sk/clanok/651162/boj-s-rakovinou-dospelych-budu-volat-na-vysetrenie-deti-zaockuju-proti-hpv-virusu-zadarmo/>

EURÓPSKA KOMISIA. 2018. *Očkovanie*. [online]. [cit.2019-04-23]. Dostupné na internete: https://ec.europa.eu/health/vaccination/hpv_sk

HUDÁKOVÁ, Z., NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2012. Karcinóm maternicového hrdla. In *Onkologické ošetrovatel'stvo 2*. Ružomberok: Verbum, 2012. s. 69-71. ISBN 978-80-8084-973-3.

JILICHOVÁ NOVÁ, V., ŠEBKOVÁ, A., GRICOVÁ, P. 2018. *Krátky prívodcedospívaním, očkovaním a vzťahy pro všechnyholky a kluky*. 16 s. [online]. [cit.2019-04-18]. Dostupné na internete: https://uploads-ssl.webflow.com/5a4a9091115b2f000138868d/5afea9264988c1530882e5a6_Brozura.pdf

JOHNSON C. 2017. HPV Vaccination and theControversy and Attitudes of Male and FemaleCollegeStudents. In *HealthScienceJournal*. 2017, 11: 2. doi: 10.21767/1791-809X.1000493.

KOTEK, M. 2016. Očkovanie proti HPV. In *Pediatrica pre prax*. ISSN 1339-4231. 2016, roč.17, č.4, s.152-156.

MACÁK, L. 2017. *Ako vzniká rakovina krčka maternice a ako jej môžeme predchádzať*. 6. vyd. Bratislava: Liga proti rakovine, 2017. 23 s. ISBN 978-80-89201-41-9.

MORTENSEN, G.L. 2010. Parentalattitudestowardsvaccinatingsons with human papilloma virus vaccine. In *DanishMedical Bulletin*. 2010. 2010;57(12): A4230.

NÁRODNÝ PORTÁL ZDRAVIA. 2017. *HPV infekcia: Má zmysel očkovanie, ak ste sa s vírusom už stretli? Odborníci poznajú jednoznačnú odpoveď*. [online]. [cit.2019-04-23].

Dostupné na internete:

https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2017_06/HPV_infekcia__Ma_zmysel_ockovanie,_ak_ste_sa_s_virusom_uz_stretli__Odbornici_maju_jednozna.aspx?did=6&sdid=81&tuid=0&

OBROČNÍKOVÁ, A., HUDÁKOVÁ, A. 2009. Edukácia ako prostriedok prevencie rakoviny krčka maternice. In *Molisa 6: medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, 2009. s.195-196. ISBN 978-80-555-0048-5.

ORAVCOVÁ, A., KUCKOVÁ, A., LUKAČKOVÁ, R. 2018. Molekulovogenetická diagnostika ľudského papilomavírusu (HPV) a monitorovanie pacientok s HPV. In *NewsLab*. ISSN 1338-9661. 2018, roč.9, č.2, s.72-79.

PATEL, P.R, BERENSON, A.B. 2013. Sources of HPV vaccinehesitancy in parents. In *Human Vaccines&Immunotherapeutics*. 2013. 9:(12), 2649-2653.

REDECHA, M., KORBEĽ, M., REDECHA, M. 2007. Karcinóm krčka maternice a HPV infekcia. In *Ambulantná terapia*. ISSN 1336-6750. 2007, roč. 5, č.3-4, s.176-180.

SENATLA, K.T., DOLAMO, B.L. 2018. KnowledgeAttitudes and Behavior of ParentstowardsHumanPapillomavirus (HPV) Vaccine in Prevention of Cervicalcancer in Adolescent Girls in Botswana. In *Virology&ImmunologyJournal*. 2018. 2(10): 000195

SLÁMA, J. 2012. Aktuálnidata o vakcinaci proti HPV. In *Pediatric pro praxi*. ISSN 1339-4231. 2012, roč.13, č.Supl.1, s.59-64.

SLOVENSKÁ GYNEKOLOGICKO-PÔRODNÍCKA SPOLOČNOSŤ. 2015. *Zápisnica zo zasadnutia Výboru SGPS (6-3/2015) konaného dňa 18.6.2015 v Nižnej nad Oravou*. [online]. [cit.2019-04-18]. Dostupné na internete: http://www.sgps.sk/?var=zasadnutia_vyboru

ŠIMURKA, P., SLÁDIČEKOVÁ, R. 2010. Genitálne bradavice u detí a adolescentov a ich prevencia. In *Pediatrica pre prax*. ISSN 1339-4231. 2010, roč.11, č.6, s.242-244.

ULIČNÝ, M. 2017. *Očkovanie chráni zdravie vo všetkých fázach života*. [online]. [cit.2019-04-18]. Dostupné na internete: <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/1183/ockovanie-chrani-zdravie-vo-vsetkych-fazach-zivota>

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Ševčovičová, MPH

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

Detašované pracovisko bl. Sary Salkahazi Rožňava

Email: ada.sevcovicova@gmail.com

PhDr. Bc. Ludmila Andraščíková, MBA

doktorandka

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

Email: andrascikova.ludka@gmail.com

VPLYV ŽIVOTNÉHO PROSTREDIA NA CIVILIZAČNÉ OCHORENIA V KONTEXTE ENCYKLIKY PÁPEŽA FRANTIŠKA *LAUDATO SI*

Impact of the environment on the civilization diseases in the context of the encyclical *laudato si* by pope francis

Vansač P.

VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, detašované pracovisko bl. D.M. Trčku Michalovce

Úvod

Srdcom encykliky *Laudato Si* venovanej starostlivosti o náš spoločný dom je otázka, aký typ sveta chceme odovzdať tým, ktorí prídu po nás, deťom, ktoré vyrastajú? Pápež František jasne a konkrétne pomenováva problémy a východiská pre súčasnú civilizáciu. V prvom rade pápež zdôrazňuje slovo *zodpovednosť* za náš spoločný dom. V súvislosti s týmto termínom pápež zdôrazňuje zodpovednosť celého ľudstva za zem, zachovávanie zákonov prírody, človek má prijať rolu spolupracovníka a nie neobmedzeného vládcu, písanie a zachovávanie občianskych zákonov, ktoré nebudú iba mŕtvou literou. Pápež František v encyklike *Laudato Si* poukazuje na súvislosť medzi životným prostredím a civilizačnými chorobami takto:

- ♣ Násilie, ktoré je v ľudskom srdci sa prejavuje aj v príznakoch choroby, ktorú vnímame v pôde, vzduchu, vode a v živých bytostiach.
- ♣ Znečistenia, ktoré postihujú ľudí prinášajú spektrum vplyvov na zdravie človeka.
- ♣ Kvalita vody pre chudobných je tak poddimenzovaná, že spôsobuje choroby a detskú úmrtnosť.
- ♣ Spustošenie pôdy predstavuje istý druh choroby.
- ♣ Neľudské zaobchádzanie s vlastným telom.

František nám adresuje jasný odkaz plný nádeje keď uisťuje, že ľudstvo má ešte schopnosť spolupracovať na vytvorení nášho spoločného domu, vyjadruje nádej, že nie je všetko stratené, pretože ľudské bytosti schopné najhlbšieho úpadku môžu aj prekonať seba samých a znovu si vyvolať dobro.

Zodpovednosť všeobecne

Pojem zodpovednosť je pôvodne zviazaný s ideou autonómie (nezávislosti, sebadeterminácie) subjektu. Latinský termín (*respondeo, respondere*) znamená odpovedať na niečo alebo sľúbiť. Pojem zodpovednosť možno vysvetľovať dvojakým spôsobom:

1. Machalová (1999) na základe etymológie slova zodpovednosť upresňuje, že sa tu zvyrazňuje schopnosť konať, odpovedať správne a pravdivo. Ten, kto nedáva správne odpovedesa vlastne vyhýba zodpovednosti.
2. Francúzsky autor Ewald (1997) zase poukazuje na súvislosť latinského termínu *respondeo* s termínom (*spondeo, spondere*), čo znamená sľúbiť, zaviazat' sa čím, zaručiť sa za koho. Odtiaľ pochádza sponsor t. j. ručiteľ, teda ten, kto sľúbi, respektíve kto sa zaručí. Ak vzťah

garancie chápeme ako istú formu odpovede prideme k záveru, že uvedené významy nie sú rozdielne.³

Zodpovednosť ako pripísateľnosť

Človek je zodpovedný len za tie svoje skutky, ktoré sa mu môžu právom priznať alebo pripočítať ako jeho vlastné vôľové úkony, vnútorné alebo vonkajšie.⁴

Niektoré príručky etiky pojem imputation, imputabilité, ktorý sa objavuje v anglických a francúzskych slovníkoch morálnej filozofie prekladajú do slovenčiny ako pripísateľnosť a to znamená, že subjektu možno jednoznačne pripísať čin na základe toho, že tento subjekt bol jeho aktívnou príčinou.⁵

Zodpovednosť vo význame pripísateľnosti (pripočítateľnosti) má právnu, ako aj morálnu⁶ stránku. Z tohto zorného uhla je právne zodpovedný ten, kto vykonal niečo nelegálne (alebo niečo zanedbal), to znamená, kto porušil alebo nedodržel zákonnú normu. Zodpovednosť potom spočíva v záväzku nahradiť inému spôsobenú škodu a v povinnosti uznať vinu a podrobiť sa trestu. Z právneho hľadiska sa zodpovednosť vo význame pripísateľnosti činov stáva realitou tým, že subjektu sa prisudzuje zvonka zo strany inštitúcie, ktorá núti subjekt za svoj čin zodpovedať. Morálne zodpovedným sa stáva človek, na ktorého sa vzťahuje právna zodpovednosť a preukáže sa mu nemorálna intencia, teda fakt, že vykonal nedovolený čin (alebo zanedbal povinnosť) nie omylom či neúmyselne, ale s vedomým úmyslom prestúpiť stanovenú normu.⁷

Smreková a Pavlovičová (2009) zdôrazňujú v tejto osobnej zodpovednosti skutočnosť, že je stále ťažšie identifikovať vinníkov, presnejšie zosobniť zodpovednosť. Paralelne s tým sa stáva čoraz prirodzenejšou sociálna pomoc obetiam. Klasická idea zodpovednosti počas celého 19. storočia spočívala v posudzovaní skutkov osoby, ktorá sa považovala za zodpovednú, pričom akcent sa kládol na fakt pripísania zodpovednosti subjektu, teda subjektívnu zodpovednosť. Pre nasledujúce storočie podľa Engela je príznačné etablovanie

³SMREKOVÁ, D., PAVLOVIČOVÁ, Z.: *Dvojznačnosť etických pojmov*, Filozofický ústav SAV, Bratislava 2009, s.9

⁴ŠOKA, S.: *Stručný úvod do filozofie etika*, Gréckokatolícka bohoslovecká fakulta, Prešov 1991, s. 26.

⁵SMREKOVÁ, D., PAVLOVIČOVÁ, Z.: *Dvojznačnosť etických pojmov*, Filozofický ústav SAV, Bratislava 2009, s. 15.

⁶Šoka vysvetľuje morálnu a právnu zodpovednosť takto: Morálna zodpovednosť viaže človeka za všetky jeho skutky - dobré, zlé, vnútorné, vonkajšie a za následky týchto skutkov. Morálna zodpovednosť má základ vo večnom a prirodzenom mravnom zákone, ktorý je známy každému človeku a tak každý človek je zodpovedný pred zákonodarcom, od ktorého tieto zákony pochádzajú, teda od Boha. Svedomie človeka je blízkym predstaviteľom Božej autority. Morálna zodpovednosť sa vzťahuje na vnútornú formu (in foro interno) a sekundárne aj na vonkajšiu oblasť. Právna zodpovednosť – rozlišuje sa na: 1. legálnu – je to zodpovednosť pred ľudským zákonom a jej rozpätie do šírky a hĺbky vymedzuje zákon. Preto je človek zodpovedný pred príslušnou autoritou – cirkevnou alebo občianskou - štátnou. 2. spoločenskú alebo sociálnu zodpovednosť – vzťahuje sa na vymedzené spoločenské zoskupenia (napr. rodiny, rôzne spolky a organizácie). Zakladá sa na pozitívnych a schválených stanovách, uzneseniach a vnútorných poriadkoch. Stupeň zodpovednosti morálnej a právnej viaže sa na slobodu človeka. (Porov.: ŠOKA, S., *Stručný úvod do filozofie etika*, Gréckokatolícka bohoslovecká fakulta, Prešov 1991, s. 68-69).

⁷SMREKOVÁ, D., PAVLOVIČOVÁ, Z.: *Dvojznačnosť etických pojmov*, Filozofický ústav SAV, Bratislava 2009, s. 15.

zodpovednosti bez určenia viny. Hovorí sa o objektívnej zodpovednosti a to preto, že pozornosť sa sústreďuje na materiálnu stránku vecí, na spôsobenú škodu ako objektívny fakt.⁸

Zodpovednosť a povinnosť

Morálna zodpovednosť súvisí s povinnosťou, ktorá označuje to, čo sa vyžaduje podľa zákona a právnych noriem. Človek má povinnosť vyplývajúcu zo zákona (nadprirodzeného, prirodzeného a pozitívneho) a povinnosť ho zaväzuje k zodpovednosti. V kresťanstve základ povinnosti sa sústredil na lásku (k blížnemu) a nie na zákon. Povinnosť aj zodpovednosť úzko súvisia s morálkou a morálnosťou. Čím je niekto morálnejší, tým viac cíti povinnosť byť tvorivým a činným, tým viac cíti zodpovednosť za svoju aktivitu. Zodpovednosť vyplýva z rozumnosti a slobody. Čím je bohatšia morálna skúsenosť človeka, tým viac cíti zodpovednosť. Čím má človek vyššie poznanie, tým väčšia je jeho zodpovednosť za všetko, čo robí.⁹

Zodpovednosť ľudstva za náš spoločný dom podľa pápeža Františka

Termín *zodpovednosť* respektíve *nezodpovednosť* sa v encyklike pápeža Františka *Laudato Si* nachádza 65 krát. Životné prostredie podľa pápeža Františka je spoločné dobro, dedičstvo celého ľudstva a zodpovednosť všetkých. Kto vlastní jednu jeho časť, má ju len v správe na úžitok všetkých.¹⁰

Každé spoločenstvo si môže brať z dobra zeme to, čo potrebuje na vlastné prežitie, ale má aj povinnosť chrániť ju a zaručiť kontinuitu jej plodnosti pre budúce generácie. V konečnom dôsledku „*Pánova je zem*“ (Ž 24, 1), jemu patrí „*zem a všetko, čo je na nej*“ (Dt 10, 14). Boh preto odmieta každý nárok na absolútne vlastníctvo: „*Pôda sa teda nebude predávať navždy, lebo pôda je moja a vy ste len cudzincami a prišelcami u mňa*“ (Lv 25, 23).¹¹

Pápež František zdôrazňuje, že podľa Biblie podstatná zodpovednosť za zem prináleží Bohu. Človeka stvoril Boh a obdaroval ho inteligenciou a preto má povinnosť rešpektovať zákony prírody a zachovať citlivú rovnováhu medzi bytosťami tohto sveta. Na Boží „*rozkaz boli stvorené, založil ich navždy a naveky; vydal zákon, ktorý nepominie*“ (Ž 148, 5b – 6). Z toho vyplýva, že biblické zákonodarstvo predkladá človeku rozličné normy nielen vo vzťahu k iným ľuďom, ale aj vo vzťahu k ostatným živým bytosťam: „*Ak uvidíš, že osol alebo býk tvojho brata spadol na ceste, neobracaj oči inde (...) Ak idúcky nájdeš na nejakom strome alebo na zemi vtáčie hniezdo s mláďatami alebo vajcami, keď na mladých a na vajciach sedí matka, nesmieš vybrať matku spolu s mláďatami*“ (Dt 22).¹²

Podľa pápeža Františka v novoveku došlo k antropocentrickému vybočeniu, ktorý spočíval v takzvanom „*prometeovskom sne vlády nad svetom*“. Moderný antropocentrizmus povýšil technický rozum nad realitu a človek už nevníma prírodu ako platnú normu svojho života a ako živé útočisko. Príroda sa pre človeka stáva priestorom a hmotou pre jeho dielo bez ohľadu na následky. Takto sa znižuje vnútorná hodnota sveta. Pápež František

⁸SMREKOVÁ, D., PAVLOVIČOVÁ, Z.: *Dvojnásobnosť etických pojmov*, Filozofický ústav SAV, Bratislava 2009, s. 16.

⁹HREHOVÁ, H.: *Etika - sociálne vzťahy – spoločnosť*, VEDA, Bratislava 2005, s.211-212.

¹⁰FRANTIŠEK, 2015. *Laudato si' o starostlivosti o náš spoločný domov*, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 2015, čl. 95.

¹¹ Ibidem, čl. 67.

¹² Ibidem, čl. 68.

konštatuje, že ak sa človek pokladá za absolútneho vládcu, rozpadá sa samotný základ jeho existencie, pretože „*namiesto toho, aby plnil svoju úlohu Božieho spolupracovníka na diele stvorenia, stavia sa na miesto Boha a tým vyvoláva nakoniec vzburu prírody.*“ Táto situácia vedie ľudstvo k trvalej schizofrénii, ktorá siaha od vyvyšovania technokrácie, ktorá nepriznáva bytiam vlastnú hodnotu až po reakciu popierajúcu osobitnú hodnotu človeka. Neexistujú dve oddelené krízy, teda kríza životného prostredia a kríza spoločenská, ale je len jedna a komplexná spoločensko-environmentálna kríza. Smery riešenia si vyžadujú integrálny prístup v boji proti chudobe, v navrátení dôstojnosti vylúčeným osobám a v starostlivosti o prírodu.

Zákony môžu byť napísané správnym spôsobom, ale často zostávajú mŕtvou literou. Možno teda dúfať, že legislatíva a normy týkajúce sa životného prostredia budú skutočne účinné? Vieme napríklad, že krajiny, ktoré majú jasné zákonodarstvo na ochranu pralesov sú naďalej nemými svedkami jeho častého porušovania. Okrem toho dianie v jednej oblasti priamo alebo nepriamo vplýva aj na ostatné regióny. Tak napríklad užívanie drog v bohatých spoločnostiach vyvoláva konštantný alebo rastúci dopyt po produktoch, ktoré pochádzajú z chudobných oblastí, kde sa korumpuje správanie, ničia životy a poškodzuje životné prostredie.

Podľa Pápeža Františka bez obnoveného človeka nevznikne nový vzťah k prírode. Neexistuje ekológia bez adekvátnej antropológie.¹³

Sociálne a ekologické príčiny choroby

Už pápež Benedikt XVI. napísal v encyklike *Láska v pravde*, že človek vzdialený od Boha je nepokojný a chorý. Utrpenie spôsobuje prázdnota, v ktorej sa duše cítia opustené aj napriek všetkým telesným a psychickým terapiám.¹⁴

Pápež František príčiny choroby vidí v týchto súvislostiach:

1. Nezodpovedné používanie a zneužívanie dober zeme, ktoré do nej vložil Boh. Násilie, ktoré je v ľudskom srdci sa prejavuje aj v príznakoch choroby, ktorú vnímame v pôde, vzduchu, vode a v živých bytostiach.¹⁵ Pustošenie sveta vplýva ako choroba a vyhladenie ktoréhokoľvek druhu nás trpko zasahuje ako okyptenie. Nedovoľme, aby po nás zostali stopy deštrukcie a smrti, ktoré sa dotknú nielen nášho života ale aj budúcich generácií.¹⁶
2. Znečistenia, ktoré ľudí každodenne postihujú. Vystavenie sa atmosférickému znečisteniu prináša široké spektrum vplyvov na zdravie, predovšetkým tých najchudobnejších ľudí a má za následok milióny predčasných úmrtí. Ochorenia vznikajú napríklad v dôsledku vdychovania zvýšeného množstva dymu z palív používaných na varenie alebo vykurovanie. K tomu pristupuje znečistenie, ktoré postihuje všetkých, spôsobené dopravou, priemyselnými splodinami, skládkami látok, ktoré spôsobujú okyslenie pôdy a vody, hnojivami, insekticídmi, fungicídmi, herbicídmi a pesticídmi, ktoré sú všetky toxické. Treba vziať do úvahy aj

¹³ Ibidem, čl. 115, 116, 117, 118.

¹⁴ BENEDIKT XVI.: *Caritas in veritate*, Spolok Svätého Vojtecha 2009, čl. 76.

¹⁵ FRANTIŠEK, 2015. *Laudato si' o starostlivosti o náš spoločný domov*, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 2015, čl. 2.

¹⁶ FRANTIŠEK.: *Evangelii gaudium*, Apoštolská exhortácia o ohlasovaní evanjelia v súčasnom svete, Spolok svätého Vojtecha Trnava 2014, čl. 215.

znečistenie spôsobené odpadkami vrátane tých, ktoré sú nebezpečné, prítomné v rozličných prostrediach. Produkujú sa stá milióny ton odpadkov za rok, z ktorých mnohé nepodliehajú biologickému rozkladu: odpadky z domácností, podnikov, demolačný odpad, klinický, elektronický alebo priemyselný odpad, vysokotoxický a rádioaktívny odpad. Zdá sa, že zem, náš domov sa čoraz viac premieňa na obrovskú skládku smetí. Často sa k opatreniam pristupuje až vtedy, keď už došlo k nezvratným vplyvom na ľudské zdravie.

3. Kvalita vody dostupnej pre chudobných, ktorá spôsobuje množstvo úmrtí každý deň. Medzi chudobnými sú časté choroby spojené s vodou, vrátane tých, ktoré vyvolávajú mikroorganizmy a chemické látky. Dyzentéria a cholera, vyvolané neadekvátnymi hygienickými zariadeniami a vodnými zdrojmi, sú významnou príčinou utrpenia a detskej úmrtnosti.
4. Spustošenie pôdy predstavuje istý druh choroby. Je pravda aj to, že ľahostajnosť alebo krutosť k ostatným stvoreniam tohto sveta sa nakoniec určitým spôsobom vždy preniesie do správania k ostatným ľuďom. Srdce je len jedno jediné a tá istá bieda, ktorá vedie k zlému zaobchádzaniu so zvieratami sa čoskoro prejaví vo vzťahu k iným ľuďom. Každé zlé zaobchádzanie s inými stvoreniami „protirečí ľudskej dôstojnosti“.¹⁷
5. Nevšímavosť voči starým i chorým a rozličné formy korupcie i kriminality. To, čo by sa mohlo stať vzácnym miestom na stretnutie a vyjadrenie solidarity často sa mení na miesto úteku a vzájomnej nedôvery. Domy a štvrte sa budujú viac na izoláciu a ochranu než na spojenie a integráciu.¹⁸
6. Neľudské zaobchádzanie s vlastným telom. Bez hanblivosti človek redukuje pohlavnosť na obsesiu, ktorá človeka sústreďuje na chorobnosť deformujúcu schopnosť milovať a na rôzne formy sexuálneho násillia.¹⁹
7. Chorobná úzkosť, ktorá z nás robí povrchných, agresívnych a bezuzdných konzumentov. Mnohí ľudia zakúšajú hlbokú nerovnováhu ktorá ich núti robiť veci maximálne rýchle, aby mali pocit zaneprázdnenosti, v neustálom zhone, ktorý vedie k tomu, že prevrátia všetko, čo je okolo nich.²⁰

Podľa pápeža Františka choroba, predovšetkým tá vážna, vždy spôsobuje v ľudskom živote krízu a vyvoláva otázky, ktoré idú do hĺbky. V prvom okamihu sa môže ozvať protest: prečo sa to stalo práve mne? Človek sa môže cítiť sklamaný, myslieť si, že všetko je stratené, že už nič nemá zmysel.²¹

Na druhej strane optimisticky konštatuje pápež František, že aj keď choroba, samota a nemohúcnosť prevládnu nad činorodým životom služby, skúsenosť bolesti sa môže stať privilegovaným miestom na sprostredkovanie milosti a zdrojom na nadobudnutie a posilnenie

¹⁷FRANTIŠEK, 2015. *Laudato si' o starostlivosti o náš spoločný domov*, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 2015, čl. 2, 20, 21, 29, 89, 92.

¹⁸FRANTIŠEK.: *Evangelií gaudium*, Apoštolská exhortácia o ohlasovaní evanjelia v súčasnom svete, Spolok svätého Vojtecha Trnava 2014, čl. 75.

¹⁹FRANTIŠEK., 2016. *Amorislaetitia*, Posynodálna apoštolská exhortácia, čl. 282.

²⁰FRANTIŠEK, 2015. *Laudato si' o starostlivosti o náš spoločný domov*, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 2015, čl. 225, 226.

²¹FRANTIŠEK., 2014. *Posolstvo Svätého Otca Františka na 22. svetový deň chorých 2016*, [online]. [citované 2020-01-10] Dostupné na internete: www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/posolstvo-k-svetovemu-dnu-chorych-2016

sapientiacordis. Chápeme teda, prečo sa Jób na konci toho čo zažil, môže obrátiť k Bohu so slovami: „Dosiaľ som ťa poznal iba z počutia, ale teraz ťa vidím na vlastné oči“ (porov. Job 42, 5). Aj ľudia ponorení do tajomstva utrpenia a bolesti, ktoré prijímajú vo viere sa môžu stať živými svedkami viery, ktorá umožňuje objasniť aj utrpenie, hoci ho človek vlastným rozumom nie je schopný pochopiť do hĺbky.²²

Záver

Pápež František v encyklike *Laudato Si* otvorene hovorí o devastačných následkoch klimatických zmien prejavujúcich sa na ľuďoch i na planéte. Tvrdí, že klimatická zmena je reálna a urgentná hrozba a je potrebné sa s ňou popasovať. Klímu opísal ako „*spoločné dobro, patriace všetkým a mienené pre všetkých*“.

Slovo zodpovednosť resp. ne zodpovednosť v encyklike patria medzi najčastejšie opakujúce sa slová. Týmito slovami pápež apeluje na celé ľudstvo, ale konkrétne aj na každého človeka, že nesieme zodpovednosť za životné prostredie, teda za celok sveta, v ktorom sa práve nachádzame. Naša „*matka zem*“ podľa pápeža Františka protestuje proti zlu, ktoré je spôsobujeme nezodpovedným zneužívaním dobier, ktoré do nej vložil. Pápež v encyklike apeluje na to, aby človek pre svoju jedinečnú dôstojnosť a pre svoju inteligenciu, rešpektoval stvorenie s jeho vnútornými zákonmi. (69)

Zoznam použitej literatúry

BENEDIKT XVI., 2009. *Caritas in veritate*, Spolok Svätého Vojtecha 2009, ISBN 978-80-7162-786-9

FRANTIŠEK., 2016. *Amorislaetitia*, Posynodálna apoštolská exhortácia, čl. 19-22, [online]. [citované 2016-05-10] Dostupné na internete: <http://www.radiovaticana.cz/clanek.php4?id=23543>

FRANTIŠEK.: *Evangelii gaudium*, Apoštolská exhortácia o ohlasovaní evanjelia v súčasnom svete, Spolok svätého Vojtecha Trnava 2014, ISBN 978-808161-044-8

FRANTIŠEK., 2014. *Lumen fidei*, Encyklika o svetle viery, Spolok svätého Vojtecha Trnava 2014, ISBN 978-80-7162-998-6

FRANTIŠEK., 2015. *Laudato si' o starostlivosti o náš spoločný domov*, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 2015, 147 s. ISBN 978-808161-180-3.

FRANTIŠEK., 2015. *Posolstvo Svätého Otca Františka na 22. svetový deň chorých 2015*, [online]. [citované 2020-01-10] Dostupné na internete: www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/posolstvo-na-svetovy-den-chorych-2015.

FRANTIŠEK., 2016. *Posolstvo Svätého Otca Františka na 22. svetový deň chorých 2016*, [online]. [citované 2020-01-10] Dostupné na internete: www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/posolstvo-k-svetovemu-dnu-chorych-2016.

HREHOVÁ, H.: *Etika - sociálne vzťahy – spoločnosť*, VEDA, Bratislava 2005, ISBN 80-224-0849-2

²² FRANTIŠEK., 2015. *Posolstvo Svätého Otca Františka na 22. svetový deň chorých 2015*, [online]. [citované 2020-01-10] Dostupné na internete: www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-papezov/c/posolstvo-na-svetovy-den-chorych-2015.

RUBIN, S., AMBROGETTIOVÁ, F. 2013. *Pápež František, rozhovory s Jorgem Bergogliom*, Vydavateľstvo Don Bosco Bratislava 2013, 174 s. ISBN 978-80-8074-186-0.
SMREKOVÁ, D., PAVLOVIČOVÁ, Z.: *Dvojznačnosť etických pojmov*, Filozofický ústav SAV, Bratislava 2009, ISBN 978-80-8084-605-3
ŠOKA, S., *Stručný úvod do filozofie etika*, Gréckokatolícka bohoslovecká fakulta, Prešov 1991.

Kontakt na autora:

Vansač Peter, prof. ThDr. PhD.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY,
BRATISLAVA

Detasované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Partizánska 23,071 01 Michalovce

E-mail: vansac.p@gmail.com

INDIKÁTORY ADIPOZITY VO VZŤAHU K ATEROGENÉZE U PROBANDOV Z VÝCHODNÉHO SLOVENSKA

Indicators of the adiposity in the relation to atherogenesis in the patients from eastern Slovakia

Zigová M., Mydlárová Blaščáková M., Petrejčíková E., Bernasovská J.

Úvod

Súčasný životný štýl s typickým sedavým spôsobom života vedie ku zvýšenej adipozite, nadhmotnosti a obezite, ktoré súvisia s dlhodobo udržiavanou pozitívnou energetickou bilanciou. Tento dlhodobý stav môže viesť k štrukturálnym a funkčným zmenám manifestujúcim sa ako mnohopočetné orgánovo – špecifické patologické komplikácie, ktoré významne ovplyvňujú zvýšenou morbiditou a mortalitou, nielen kvalitu a dĺžku života jedinca, ale aj celkový socioekonomický status spoločnosti (Cercato a Fonseca 2019; Newton, Braithwaite a Akinyemiju 2017).

Zastúpenie a distribúcia tukového tkaniva v tele môže byť včasným indikátorom zdravotných komplikácií a zvýšeného zdravotného rizika. Obzvlášť akumulácia viscerálneho tukového tkaniva je asociovaná s rozvojom centrálnej obezity. Obezita zvyšuje riziko rozvoja chronických ochorení vrátane kardiometabolických komplikácií. Štúdie potvrdili, že adipozitaje jedným z kandidátnych prekursorov aterosklerózy (Frank a kol. 2019; Wu a kol. 2019; Zhou a kol. 2018; Després 2012). Najjednoduchší indikátor pre hodnotenie obezity je index telesnej hmotnosti (BMI). Tento proporčný index však nie determinantom zastúpenia a distribúcie telesného tuku, ale je len vyjadrením relatívnych vzťahov medzi vybranými somatickými znakmi a nezohľadňuje pohlavné rozdiely. Sľubnými markermi adipozity zohľadňujúcimi intersexuálne rozdiely sú index telesnej adipozity (BAI), index akumulácie lipidov (LAP) a index viscerálnej adipozity (VAI) (Zhou a kol. 2018, Pavúk, Zigová, Priganc 2016).

Cieľ výskumu

Cieľom našej štúdie bolo poukázať na význam posudzovania indikátorov adipozity BAI, LAP a VAI u pacientov s kardiometabolickými komplikáciami ale aj u zdravých kontrolných jedincov z východného Slovenska v závislosti od pohlavia ako včasných indikátorov zdravotných komplikácií, štatisticky vyhodnotiť rozdiely medzi posudzovanými charakteristikami v jednotlivých skupinách probandov a detegovať vzájomný vzťah medzi indexmi hodnotiacimi adipozitu a indexmi posudzujúcimi aterosklerotické riziko (AIP, CRI-I, CRI-II a AC) v skupine pacientov s kardiometabolickými komplikáciami aj u zdravých kontrolných jedincov oboch pohlaví.

Charakteristika súboru a metodika

Štúdia bola realizovaná u probandov z východného Slovenska. Súbor probandov tvorilo 50 pacientov s diagnostikovanými kardiometabolickými komplikáciami v spolupráci s odborníkmi z kardiologickej praxe. Získané dáta o pacientoch boli porovnané s dátami kontrolného súboru, ktorý predstavovalo 48 zdravých jedincov, bez prítomnosti

kardiometabolických komplikácií, alebo iných klinických symptómov, ktoré by k rozvoju kardiometabolických komplikácií mohli viesť. Klinicko-deskriptívnu charakteristiku probandov štúdie sumarizuje tabuľka 1.

Tab. 1 Klinicko-deskriptívna charakteristika probandov

| Charakteristika | | Pacienti ($\bar{x} \pm SD$) | Kontrolný súbor ($\bar{x} \pm SD$) |
|--------------------------|------|----------------------------------|---|
| Počet | | 50 | 48 |
| Pohlavie | Muži | 25 | 23 |
| | Ženy | 25 | 25 |
| Vek [roky] | | 70,82 ± 8,80 | 62,65 ± 16,73 |
| Telesná výška [cm] | | 166,38 ± 9,02 | 168,33 ± 8,45 |
| Telesná hmotnosť [kg] | | 85,04 ± 13,62 | 83,69 ± 16,72 |
| Obvod pása [cm] | | 107,54 ± 14,10 | 101,52 ± 13,96 |
| tChol [mmol/L] | | 4,64 ± 0,79 | 4,34 ± 1,04 |
| HDL [mmol/L] | | 2,83 ± 0,75 | 2,06 ± 1,07 |
| LDL [mmol/L] | | 1,29 ± 0,31 | 1,65 ± 0,68 |
| TAG [mmol/L] | | 1,51 ± 0,73 | 1,39 ± 1,27 |
| BMI [kg/m ²] | | 30,76 ± 4,56 | 29,47 ± 5,17 |
| BAI | | 34,85 ± 6,60 | 30,83 ± 4,74 |
| VAI | | 1,01 ± 0,66 | 1,20 ± 0,72 |
| LAP | | 72,06 ± 50,45 | 56,15 ± 54,24 |
| AIP | | -0,30 ± 2,1 | -0,22 ± 0,23 |
| CRI-I | | 1,71 ± 0,36 | 2,56 ± 1,14 |
| CRI-II | | 0,48 ± 0,16 | 1,15 ± 0,85 |
| AC | | 0,71 ± 0,36 | 1,56 ± 1,14 |

AC – aterogénny koeficient, AIP – aterogénny index plazmy, BAI – index telesnej adipozity, BMI – index telesnej hmotnosti, CRI-I – Castelliho index rizika I, CRI-II – Castelliho index rizika II, HDL – vysokodenzitný lipoproteín, LAP – index akumulácie lipidov, LDL – nízкодenzitný lipoproteín, SD – smerodajná odchýlka, tChol – celkový cholesterol, TAG – triacylglyceroly, VAI – index viscerálnej adipozity, \bar{x} – priemerné hodnoty;

Všetci probandi zapojení do štúdie boli informovaní o účele výskumu a podpísali informovaný súhlas. Metódy a postupy použité v predkladanej štúdií boli v zhode s etickými zásadami Prešovskej univerzity v Prešove a Helsinskej deklarácie z roku 1964 a jej dodatkov.

Základné antropometrické údaje a údaje o lipidovom profile boli zaznamenané individuálne u každého probanda. U probandov bol následne vypočítaný index telesnej hmotnosti (BMI index) podľa štandardného vzorca použitím údajov o telesnej hmotnosti v kg a telesnej výške v m². Adipozita bola posudzovaná na základe validovaných indexov - index telesnej adipozity (BAI), index akumulácie lipidov (LAP) a index viscerálnej adipozity (VAI). Uvedené indexy boli vypočítané individuálne u každého probanda v závislosti od pohlavia podľa odporúčaní štúdie Zhou a kol. (2018). Rozdiely v charakteristikách medzi

posudzovanými skupinami (muži vs. ženy; pacienti s kardiometabolickými komplikáciami vs. zdraví kontrolní jedinci) boli vypočítané použitím Studentovho t-testu. Hodnoty indexov telesnej adipozity boli následne posudzované vo vzťahu k hodnotám indexov aterogénneho rizika: AC – aterogénny koeficient, AIP – aterogénny index plazmy, CRI-I – Castelliho index rizika I, CRI-II – Castelliho index rizika II, použitím Pearsonovho korelačného koeficientu. Indexy aterogénneho rizika boli vypočítané na základe získaných údajov o lipidovom profile probandov (Adedokun a kol. 2017). Hodnoty Pearsonových korelačných koeficientov jednotlivých skupín probandov (muži vs. ženy; pacienti s kardiometabolickými komplikáciami vs. zdraví kontrolní jedinci) boli porovnané použitím Fisherovej r-z transformácie. Za štatisticky signifikantné výsledky pri všetkých použitých štatistických testoch boli považované hodnoty $p < 0,05$ ($p < 0,05$ *; $p < 0,01$ **; $p < 0,001$ ***).

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

V našom súbore bola adipozita hodnotená na základe výpočtov hodnôt indexov BAI, LAP a VAI celkovo u 98 probandov z východného Slovenska, z čoho 51 % predstavovali pacienti s diagnostikovanými kardiometabolickými komplikáciami a 49 % zdraví kontrolní jedinci. Porovnanie klinicko-deskriptívnych charakteristík u mužov a žien oboch skupín (pacienti s kardiometabolickými komplikáciami a zdraví kontrolní jedinci) sumarizuje tabuľka 2. Naše analýzy potvrdili štatisticky významné rozdiely medzi mužmi a ženami s kardiometabolickými komplikáciami (25 % posudzovaných charakteristík) a aj medzi mužmi a ženami, ktorí patrili do skupiny zdravých kontrolných jedincov (83,33 % posudzovaných charakteristík).

Tab. 2 Priemerné hodnoty posudzovaných charakteristík u mužov a žien v skupinách výskumného súboru

| Pacienti s kardiometabolickými komplikáciami | | | |
|---|---|---|----------|
| Charakteristika | Muži ($\bar{x} \pm SD$) | Ženy ($\bar{x} \pm SD$) | p |
| Vek [roky] | 70,40 ± 9,06 | 71,24 ± 8,69 | NS |
| Telesná výška [cm] | 171,20 ± 9,22 | 161,56 ± 5,74 | *** |
| Telesná hmotnosť [kg] | 87,04 ± 15,32 | 83,04 ± 11,64 | NS |
| Obvod pásu [cm] | 108,02 ± 16,88 | 107,06 ± 10,97 | NS |
| tChol [mmol/L] | 4,50 ± 0,76 | 4,78 ± 0,82 | NS |
| HDL [mmol/L] | 2,72 ± 0,73 | 2,93 ± 0,77 | NS |
| LDL [mmol/L] | 1,19 ± 0,29 | 1,39 ± 0,31 | * |
| TAG [mmol/L] | 1,47 ± 0,67 | 1,54 ± 0,79 | NS |
| BMI [kg/m ²] | 29,67 ± 4,45 | 31,86 ± 4,50 | NS |
| BAI | 32,63 ± 7,68 | 37,08 ± 4,45 | * |
| VAI | 0,86 ± 0,57 | 1,17 ± 0,71 | NS |
| LAP | 68,35 ± 60,44 | 75,76 ± 38,92 | NS |
| Zdraví kontrolní jedinci | | | |
| Charakteristika | Muži ($\bar{x} \pm SD$) | Ženy ($\bar{x} \pm SD$) | p |

| | | | |
|--------------------------|----------------|---------------|-----|
| Vek [roky] | 50,13 ± 15,64 | 74,16 ± 6,00 | *** |
| Telesná výška [cm] | 173,52 ± 7,59 | 163,56 ± 6,13 | *** |
| Telesná hmotnosť [kg] | 89,04 ± 17,56 | 78,76 ± 14,56 | * |
| Obvod pásu [cm] | 104,74 ± 15,26 | 98,56 ± 12,20 | NS |
| tChol [mmol/L] | 4,87 ± 1,05 | 3,86 ± 0,77 | *** |
| HDL [mmol/L] | 3,00 ± 0,78 | 1,19 ± 0,23 | *** |
| LDL [mmol/L] | 1,18 ± 0,38 | 2,09 ± 0,59 | *** |
| TAG [mmol/L] | 2,02 ± 1,60 | 0,80 ± 0,31 | *** |
| BMI [kg/m ²] | 29,55 ± 5,55 | 29,39 ± 4,91 | NS |
| BAI | 29,41 ± 4,21 | 32,14 ± 4,91 | * |
| VAI | 0,96 ± 0,64 | 1,43 ± 0,73 | * |
| LAP | 80,38 ± 69,16 | 33,86 ± 17,24 | ** |

BAI – index telesnej adipozity, BMI – index telesnej hmotnosti, HDL – vysokodenzitný lipoproteín, LAP – index akumulácie lipidov, LDL – nízkodenzitný lipoproteín, NS – nesignifikantný výsledok, SD – smerodajná odchýlka, tChol – celkový cholesterol, TAG – triacylglyceroly, VAI – index viscerálnej adipozity, \bar{x} – priemerné hodnoty, $p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, $p < 0,001$ ***;

Porovnané boli aj priemerné hodnoty sledovaných charakteristík medzi mužmi oboch skupín a hodnoty sledovaných charakteristík medzi ženami oboch skupín (tabuľka 3), kde sa potvrdili štatisticky významné rozdiely pri porovnaní žien (58,3 % posudzovaných charakteristík). Štatisticky významné vyššie priemerné hodnoty posudzovaných charakteristík boli detegované v skupine žien s kardiometabolickými komplikáciami.

Tab. 3 Priemerné hodnoty posudzovaných charakteristík u pacientov s kardiometabolickými komplikáciami a u zdravých kontrolných jedincov v závislosti od pohlavia

| Charakteristika | Pacienti | Kontroly | p |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|-----|
| | Muži ($\bar{x} \pm SD$) | Muži ($\bar{x} \pm SD$) | |
| Vek [roky] | 70,40 ± 9,06 | 50,13 ± 15,64 | *** |
| Telesná výška [cm] | 171,20 ± 9,22 | 173,52 ± 7,59 | NS |
| Telesná hmotnosť [kg] | 87,04 ± 15,32 | 89,04 ± 17,56 | NS |
| Obvod pásu [cm] | 108,02 ± 16,88 | 104,74 ± 15,26 | NS |
| tChol [mmol/L] | 4,50 ± 0,76 | 4,87 ± 1,05 | NS |
| HDL [mmol/L] | 2,72 ± 0,73 | 3,00 ± 0,78 | NS |
| LDL [mmol/L] | 1,19 ± 0,29 | 1,18 ± 0,38 | NS |
| TAG [mmol/L] | 1,47 ± 0,67 | 2,02 ± 1,60 | NS |
| BMI [kg/m ²] | 29,67 ± 4,45 | 29,55 ± 5,55 | NS |
| BAI | 32,63 ± 7,68 | 29,41 ± 4,21 | NS |
| VAI | 0,86 ± 0,57 | 0,96 ± 0,64 | NS |
| LAP | 68,35 ± 60,44 | 80,38 ± 69,16 | NS |
| Charakteristika | Ženy ($\bar{x} \pm SD$) | Ženy ($\bar{x} \pm SD$) | p |

| | | | |
|-------------------------------|----------------|---------------|-----|
| Vek [roky] | 71,24 ± 8,69 | 74,16 ± 6,00 | NS |
| Telesná výška [cm] | 161,56 ± 5,74 | 163,56 ± 6,13 | NS |
| Telesná hmotnosť [kg] | 83,04 ± 11,64 | 78,76 ± 14,56 | NS |
| Obvod pásu [cm] | 107,06 ± 10,97 | 98,56 ± 12,20 | * |
| tChol [mmol/L] | 4,78 ± 0,82 | 3,86 ± 0,77 | *** |
| HDL [mmol/L] | 2,93 ± 0,77 | 1,19 ± 0,23 | *** |
| LDL [mmol/L] | 1,39 ± 0,31 | 2,09 ± 0,59 | *** |
| TAG [mmol/L] | 1,54 ± 0,79 | 0,80 ± 0,31 | *** |
| BMI [kg/m²] | 31,86 ± 4,50 | 29,39 ± 4,91 | NS |
| BAI | 37,08 ± 4,45 | 32,14 ± 4,91 | *** |
| VAI | 1,17 ± 0,71 | 1,43 ± 0,73 | NS |
| LAP | 75,76 ± 38,92 | 33,86 ± 17,24 | *** |

BAI – index telesnej adipozity, BMI – index telesnej hmotnosti, HDL – vysokodenzitný lipoproteín, LAP – index akumulácie lipidov, LDL – nízkodenzitný lipoproteín, NS – nesignifikantný výsledok, SD – smerodajná odchýlka, tChol – celkový cholesterol, TAG – triacylglyceroly, VAI – index viscerálnej adipozity, \bar{x} – priemerné hodnoty, $p < 0,05$ *, $p < 0,001$ ***;

Pre posúdenie vzťahu indexov telesnej adipozity a aterogénneho rizika boli vypočítané korelačné koeficienty (tabuľka 4), ktoré poukázali na existenciu korelácie len medzi vybranými indexmi u pacientov s kardiometabolickými komplikáciami aj u zdravých kontrolných jedincov. U mužov s kardiometabolickými komplikáciami bola potvrdená štatisticky významná pozitívna korelácia medzi indexmi LAP a AIP a VAI a AIP. V súbore zdravých kontrolných mužov boli potvrdené podobné výsledky a pozitívna korelácia bola potvrdená ešte medzi indexom VAI a CRI-I a medzi indexom VAI a AC. Štatisticky významné rozdiely v Pearsonových korelačných koeficientoch u mužov oboch skupín neboli potvrdené. V skupine žien s kardiometabolickými komplikáciami bola štatisticky významná pozitívna korelácia medzi indexmi adipozity a indexmi aterogenézy vypočítaná v 41,67 % prípadoch. V kontrolnom súbore žien bola štatisticky významná pozitívna korelácia vyhodnotená len v 16,67 % prípadoch. Štatisticky významná negatívna korelácia bola potvrdená u žien skupiny zdravých kontrolných jedincov len medzi indexom LAP a CRI-II ($r = -0,4627$; $p = 0,02$). Porovnaním Pearsonových korelačných koeficientov vypočítaných v skupine žien s kardiometabolickými komplikáciami a v skupine žien kontrolného súboru sme potvrdili štatisticky významné rozdiely v prípade Pearsonových korelačných koeficientov indexov LAP a CRI-II, VAI a CRI-I, VAI a CRI-II a VAI a AC.

Najvyššie hodnoty boli zaznamenané medzi indexom VAI a AIP v oboch skupinách u mužov aj u žien.

Tab. 4 Korelácie medzi indexmi adipozity a aterogenézy u pacientov a zdravých kontrolných jedincov v závislosti od pohlavia

| Pohlavie | Korelácia | Pacienti (r) | Kontroly (r) | r-z |
|----------|--------------|--------------|--------------|-----|
| Muži | BAI – AIP | -0,0527 | 0,1633 | NS |
| | BAI – CRI-I | -0,0400 | -0,0100 | NS |
| | BAI – CRI-II | -0,0730 | -0,2362 | NS |
| | BAI – AC | -0,0400 | -0,0100 | NS |
| | LAP – AIP | 0,7462*** | 0,5583** | NS |
| | LAP – CRI-I | 0,0804 | 0,1812 | NS |
| | LAP – CRI-II | -0,3358 | -0,3870 | NS |
| | LAP – AC | 0,0804 | 0,1812 | NS |
| | VAI – AIP | 0,9640*** | 0,9520*** | NS |
| | VAI – CRI-I | 0,3279 | 0,6150** | NS |
| | VAI – CRI-II | -0,2779 | -0,0438 | NS |
| | VAI – AC | 0,3279 | 0,6150** | NS |
| Ženy | BAI – AIP | 0,1828 | -0,2579 | NS |
| | BAI – CRI-I | 0,0739 | -0,1207 | NS |
| | BAI – CRI-II | 0,1766 | -0,0573 | NS |
| | BAI – AC | 0,0739 | -0,1207 | NS |
| | LAP – AIP | 0,6966*** | 0,7773*** | NS |
| | LAP – CRI-I | 0,2240 | 0,0294 | NS |
| | LAP – CRI-II | 0,2844 | -0,4627* | ** |
| | LAP – AC | 0,2240 | 0,0294 | NS |
| | VAI – AIP | 0,9604*** | 0,9423*** | NS |
| | VAI – CRI-I | 0,7675*** | 0,3608 | * |
| | VAI – CRI-II | 0,6987*** | -0,1155 | *** |
| | VAI – AC | 0,7675*** | 0,3608 | * |

AC – aterogénny koeficient, AIP – aterogénny index plazmy, BAI – index telesnej adipozity, CRI-I – Castelliho index rizika I, CRI-II – Castelliho index rizika II, LAP – index akumulácie lipidov, NS – nesignifikantný výsledok, r – Pearsonov korelačný koeficient, r-z – Fisherova r-z transformácia, VAI – index viscerálnej adipozity, $p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, $p < 0,001$ ***;

Porovnaním Pearsonových korelačných koeficientov medzi mužmi a ženami v skupine pacientov s kardiometabolickými komplikáciami aj v skupine zdravých kontrolných jedincov (tabuľka 5) sme potvrdili štatistickú významnosť výsledkov Fisherovej r-z transformácie len u pacientov s kardiometabolickými ochoreniami v prípade indexov LAP – CRI-II, VAI – CRI-I, VAI – CRI-II a VAI – AC.

Tab. 5 Porovnanie korelačných koeficientov medzi mužmi a ženami v skupinách výskumného súboru

| Pacienti muži vs. ženy | z štatistika | p | Kontroly muži vs. ženy | z štatistika | p |
|------------------------|--------------|-----|------------------------|--------------|----|
| BAI – AIP | -2,557 | ** | BAI – AIP | 1,39 | NS |
| BAI – CRI-I | -0,378 | NS | BAI – CRI-I | 0,36 | NS |
| BAI – CRI-II | -0,834 | NS | BAI – CRI-II | -0,594 | NS |
| BAI – AC | -0,378 | NS | BAI – AC | 0,36 | NS |
| LAP – AIP | 0,34 | NS | LAP – AIP | -1,321 | NS |
| LAP – CRI-I | -0,489 | NS | LAP – CRI-I | 0,498 | NS |
| LAP – CRI-II | -2,129 | * | LAP – CRI-II | 0,299 | NS |
| LAP – AC | -0,489 | NS | LAP – AC | 0,498 | NS |
| VAI – AIP | 0,18 | NS | VAI – AIP | 0,306 | NS |
| VAI – CRI-I | -2,235 | * | VAI – CRI-I | 1,098 | NS |
| VAI – CRI-II | -3,815 | *** | VAI – CRI-II | 0,234 | NS |
| VAI – AC | -2,235 | * | VAI – AC | 1,098 | NS |

AC – aterogénny koeficient, AIP – aterogénny index plazmy, BAI – index telesnej adipozity, CRI-I – Castelliho index rizika I, CRI-II – Castelliho index rizika II, LAP – index akumulácie lipidov, NS – nesignifikantný výsledok, VAI – index viscerálnej adipozity, $p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, $p < 0,001$ ***;

Diskusia

Adipozita je jedným z rizikových faktorov civilizačných ochorení. Predpokladá sa, že adipozita zvyšuje kardiovaskulárne riziko tým, že je determinantom aterosklerózy, jednou z najčastejších príčin mortality (Cercato a Fonseca 2019). Na základe uvedeného predpokladáme koreláciu medzi indexmi posudzujúcimi adipozitu (BAI, LAP a VAI) a indexmi aterogenézy (AC, AIP, CRI-I, CRI-II). Do úvahy však treba brať, že ateroskleróza je multifaktoriálne podmienená a dôležitú úlohu pri jej rozvoji zohrávajú aj ďalšie faktory ako napríklad hladiny cholesterolu a iných lipoproteínov, genetické faktory, iné zdravotné komplikácie. K prediktorom rozvoja aterosklerózy patrí aj pohlavie a vek (Omisore et al. 2018). V súčasnosti chýbajú štúdie, ktoré by komplexne posudzovali vzťah indexov adipozity BAI, LAP a VAI s indexmi posudzujúcimi aterogénne riziko – AC, AIP, CRI-I a CRI-II.

Porovnaním dát získaných o 98 probandoch sme potvrdili štatisticky významné rozdiely v sledovaných charakteristikách vek, hladiny LDL cholesterolu a hodnoty BAI indexu medzi mužmi a ženami patriacich do skupiny pacientov s kardiometabolickými ochoreniami. Priemerné hodnoty LDL cholesterolu a BAI indexu boli dominantnejšie v skupine žien. Na rozdiel od toho, u zdravých kontrolných jedincov boli štatisticky významné rozdiely vypočítané až v 83,33 % posudzovaných charakteristík. U probandov patriacich do súboru zdravých kontrolných jedincov bol potvrdený štatisticky významný rozdiel v charakteristikách vek, hodnoty LDL cholesterolu, BAI indexu, VAI indexu v prospech žien. V ostatných charakteristikách boli vyššie hodnoty zaznamenané u mužov (telesná výška, telesná hmotnosť, celkový cholesterol, HDL cholesterol,

triacylglyceroly a LAP index). Pri porovnaní v skupinách žien (ženy s kardiometabolickými komplikáciami vs. ženy kontrolného súboru) bola štatistická významnosť v rozdieloch potvrdená v prípade obvodu pásu, celkového cholesterolu, hladín HDL a LDL cholesterolu, TAG, BAI a LAP indexu.

Rozdielne hodnoty posudzovaných charakteristík môžu súvisieť s predpokladom, že u žien je väčšia pravdepodobnosť morbidity a mortality súvisiacej s kardiovaskulárnymi ochoreniami (Robins, Mccain a Elswick 2012). Zhou a kol. (2018) vo svojej štúdií potvrdili v súbore žien vyššie hodnoty markerovlipidového profilu - HDL, LDL, TAG a celkového cholesterolu. Naopak v skupine mužov zaznamenali štatisticky významne zvýšené hodnoty BMI a obvodu pásu v porovnaní so ženami, čo sa v našom súbore pacientov s kardiometabolickými komplikáciami a zdravých kontrolných jedincov nepodarilo štatisticky potvrdiť. Štatisticky významné rozdiely v hladinách markerovlipidového profilu (tChol, HDL, LDL a TAG) boli potvrdené len pri porovnaní priemerných hodnôt v súbore zdravých kontrolných jedincov v závislosti od pohlavia. Pohlavné rozdiely v hladinách lipoproteínov popisujú vo svojej štúdií Wang, Magkos a Mittendorfer (2011), ktorí na základe svojich výsledkov zdôrazňujú, že u žien v predmenopauzelipidový profil má menej proaterogénny charakter. Rizikovosť markerovlipidového profilu narastá s pribúdajúcim vekom.

Hodnotenie indexov adipozity vo vzťahu ku zvýšenému kardiometabolickému riziku je spájané s pozitívnymi výsledkami. Vyššie hodnoty VAI indexu u žien, podobne ako v našom súbore zdravých kontrolných jedincov, potvrdili vo svojej štúdií pri posudzovaní kardiometabolického rizika Numan a Halim (2015). Pri porovnaní hodnôt BAI v závislosti od pohlavia boli v našom súbore rovnako zaznamenané vyššie hodnoty u žien. Vysvetlením vyšších hodnôt BAI u žien v porovnaní s mužmi môže byť nepomer medzi obvodom bokov a telesnou výškou (Freedmana kol. 2012). Rizikovejšie hodnoty posudzovaných charakteristík boli podľa očakávania detegované v skupine žien s kardiometabolickými komplikáciami.

Na význam markerov reflektujúcich viscerálnu adipozitu poukazuje niekoľko štúdií. Kardiovaskulárne riziko môžeme odhadnúť na základe posúdenia vzťahu medzi indexmi hodnotiacimi adipozitu a aterogénne riziko. Zhou a kol. (2018) vo svojej štúdií potvrdili pozitívnu asociáciu medzi hodnotami indexov adipozity a aterogenézy. Vzťah medzi uvedenými indexmi bol v našej štúdií posudzovaný individuálne u mužov a u žien v obidvoch skupinách probandov (pacienti s kardiometabolickými komplikáciami aj zdraví kontrolní jedinci). Najvyššia štatisticky významná pozitívna korelácia v obidvoch skupinách u mužov aj u žien bola vypočítaná ako takmer dokonalá korelácia medzi indexom VAI a AIP.

Vzťah medzi VAI a AIP indexmi potvrdili aj iné štúdie. Príkladom je štúdia Zhou a kol. 2018, ktorí detegovali pozitívnu štatisticky významnú koreláciu ($p < 0,0001$) nielen medzi indexom adipozity VAI a indexom aterogenézy AIP, ale aj medzi indexom posudzujúcim adipozitu – index LAP ($p < 0,0001$). Koreláciu sa podarilo potvrdiť rovnako v skupine mužov ($r_{VAI} = 0,802$; $r_{LAP} = 0,71$), ako aj v skupine žien ($r_{VAI} = 0,84$; $r_{LAP} = 0,72$). V porovnaní s ďalšími posudzovanými indexmi a charakteristikami v ich štúdií index VAI vykazoval najsilnejšiu koreláciu výlučne s hodnotami indexu AIP. Takmer dokonalá korelácia medzi indexom VAI a AIP ($r = 0,99$) bola detegovaná u žien a aj mužov výskumného súboru v štúdií Salazar a kol. 2014. V štúdií Amato a Giordano 2014 sa podarilo dokázať, že index VAI je asociovaný s kardiovaskulárnymi a cerebrovaskulárnymi komplikáciami vrátane aterogenézy.

Naše dodatočné analýzy, v ktorých sme porovnali Pearsonove koeficienty mužov a žien navzájom (pacienti s kardiometabolickými komplikáciami: muži vs. ženy; zdraví kontrolní jedinci: muži vs. ženy) potvrdili štatisticky významné rozdiely medzi koeficientmi v prípade mužov a žien s kardiometabolickými komplikáciami ($p_{BAI-AIP} = 0,005$; $p_{LAP-CRI-II} = 0,017$; $p_{VAI-CRI-I} = 0,013$; $p_{VAI-CRI-II} = 0,000$; $p_{VAI-AC} = 0,013$). Štatisticky významné rozdiely medzi korelačnými koeficientmi u mužov a žien zo súboru zdravých kontrolných jedincov neboli potvrdené. Kyrou a kol. 2018 vo svojej štúdií považujú LAP index za vhodný indikátor kardiovaskulárnych komplikácií. Potvrdili pozitívnu štatisticky významnú koreláciu medzi LAP a 10 ročným rizikom incidencie kardiovaskulárneho ochorenia. Na základe svojich výsledkov odporúčajú LAP index uprednostniť pri posudzovaní kardiovaskulárneho rizika pred klasickými indikátormi ako je BMI, obvod pásu alebo WHR index. Predikčný význam pri posudzovaní kardiovaskulárneho rizika sa pripisuje aj indexu telesnej adipozity (BAI). Pozitívna korelácia medzi indexmi BAI a AIP ($r = 0,544$; $p = 0,0000$) u žien aj mužov potvrdili vo svojom súbore pacientov s vysokým rizikom kardiovaskulárnych príhod Ezeukwu a Agwubike 2014.

Záver

V závere môžeme konštatovať, že indexy hodnotiace adipozitu a indexy aterogénneho rizika môžu byť vhodným indikátorom pri hodnotení zdravotného stavu a pri stratifikácii rizika kardiovaskulárnych komplikácií, čo potvrdzujú aj naše výsledky. Medzi skupinami pacientov s kardiometabolickými komplikáciami a zdravými kontrolnými jedincami a skupinami mužov a žien sa nám podarilo potvrdiť štatisticky významné rozdiely vo vybraných sledovaných charakteristikách. Takmer dokonalú pozitívnu koreláciu sme potvrdili medzi indexom viscerálnej adipozity VAI a aterogénnym indexom plazmy AIP vo všetkých sledovaných skupinách. Štatisticky významné rozdiely v hodnotách korelačných koeficientov boli zaznamenané len pri porovnaní ich hodnôt u mužov a u žien s diagnostikovanými kardiometabolickými komplikáciami.

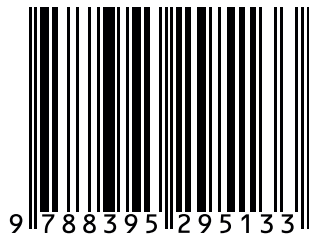
Zoznam použitej literatúry

- ADEDOKUN, A. K., et al. 2017. Castelli Risk Index, Atherogenic Index of Plasma, and Atherogenic Coefficient: Emerging Risk Predictors of Cardiovascular Disease in HIV-Treated Patients. In *International Journal of Clinical Trials & Case Studies*. ISSN 2641-5771, 2017, roč. 2, č. 3, s. 8-15.
- AMATO, M. C., GIORDANO, C. 2014. Visceral Adiposity Index: An Indicator of Adipose Tissue Dysfunction. In *International Journal of Endocrinology*, ISSN 1687-8337, 2014, roč. 2014, č. 730827, 7 s.
- CERCATO, C., FONSECA, F. A. 2019. Cardiovascular risk and obesity. In *Diabetology & Metabolic Syndrome*. ISSN 1758-5996. 2019, roč. 11, č. 74, s. 1-15.
- DESPRÉS, J. P. 2012. Body Fat Distribution and Risk of Cardiovascular Disease. In *Circulation*. ISSN 0009-7322, 2012, roč. 126, č. 10, s. 1301-1313.
- EZEUKWU, A. O., AGWUBIKE, E. O. 2014. Anthropometric measures of adiposity as correlates of atherogenic index of plasma in non-obese sedentary Nigerian males. In *Libyan Journal of Medicine*. ISSN 1819-6357, 2014, roč. 9, č. 11, s. 23798.

- FRANK, A. P., et al. 2019. Determinants of body fat distribution in humans may provide insight about obesity-related health risks. In *The Journal of Lipid Research*. ISSN 0022-2275, 2019, roč. 60, č. 10, s. 1710-1719.
- FREEDMAN, D. S., et al. 2012. The body adiposity index (hip circumference ÷ height(1.5)) is not a more accurate measure of adiposity than is BMI, waist circumference, or hip circumference. In *Obesity*. ISSN 1930-7381, 2012, roč. 20, č. 12, s. 2438-2444.
- KYROU, I., et al. 2018. Lipid accumulation product in relation to 10-year cardiovascular disease incidence in Caucasian adults: The ATTICA study. In *Atherosclerosis*. 2018, roč. 279 s. 10-16.
- NEWTON, S., BRAITHWAITE, D., AKINYEMIJU T.F. 2017. Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. In *PLoS One*. ISSN 1932-6203, 2017, roč. 12, č. 5, s. 1-15.
- NUMAN A. M., HALIM H. F. 2015. Suitability of visceral adiposity index as a marker for cardiometabolic risks in Jordanian adults. In *Nutrición Hospitalaria*, ISSN 0212-1611, 2015, roč. 32, č. 6, s. 2701-9.
- OMISORE, A. D., et al. 2018. Association of traditional cardiovascular risk factors with carotid atherosclerosis among adults at a teaching hospital in south-western Nigeria. In *Cardiovascular Journal of Africa*, ISSN 1995-1892, 2018, roč. 29, č. 3. s. 183-188.
- PAVÚK, A., ZIGOVÁ, M., PRIGANČ, M. 2016. *Výživa a zdravie*. Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. 2016, 106s. ISBN 978-80-55501763-6.
- ROBINS J.L., MCCAIN N.L., ELSWICK R.K. 2012. Exploring the complexity of cardiometabolic risk in women. In *Biological Research for Nursing*. ISSN 1099-8004, 2012, roč. 14, č. 2, s. 160-170.
- SALAZAR, M. R., et al. 2014. Identification of cardiometabolic risk: visceral adiposity index versus triglyceride/HDL cholesterol ratio. In *The American Journal of Medicine*. ISSN 0002-9343, 2014, roč. 127, č. 2, s. 152-7.
- WANG, X., MAGKOS, F., MITTENDORFER, B. 2011. Sex differences in lipid and lipoprotein metabolism: it's not just about sex hormones. In *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. ISSN 0021-972X, 2011, roč. 96, č. 4, s. 885-893.
- WU, M. Z., et al. 2019. Impact of obesity on longitudinal changes to cardiac structure and function in patients with Type 2 diabetes mellitus. In *European Heart Journal – Cardiovascular Imaging*. ISSN 2047-2404, 2019, roč. 20, č. 7, s. 816-827.
- ZHOU, C., et al. 2018. Visceral, general, abdominal adiposity and atherogenic index of plasma in relatively lean hemodialysis patients. In *BMC Nephrology*. ISSN 1471-2369, 2018, roč. 19, č. 1, s. 1-7.

Kontakt na autora:

RNDr. Michaela Zigová, PhD.
 Prešovská univerzita v Prešove
 Fakulta humanitných a prírodných vied
 Katedra biológie
 Ul. 17. novembra č. 1
 08001 Prešov
 email: michaela.zigova@unipo.sk



ISBN: 978-83-952951-3-3