

Zdravotná gramotnosť ver- sus hlavné determinanty zdravia- výživa a pohybová aktivita

Zborník vedeckých a odborných prác

Zostavovatelia zborníka:

Mariana Magerčiaková

Katarína Zrubáková

2023



Názov: Zdravotná gramotnosť verus hlavné determinanty zdravia - výživa a pohybová aktivita
Zborník vedeckých a odborných prác

© Autorky:

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Recenzenti:

PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD., MPH

Vydavateľ: Business Intelligence Club, o.z., Kladnianska 1, 821 05 Bratislava - Ružinov

Počet strán: 146

Vydanie: prvé

Vydané: 2023

ISBN: 978-80-971388-9-9

Zborník bol vydaný v rámci projektov KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospelaj populácie do vzdelávaníav odbore ošetrovatelstvo a 009KU-4/2022 Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov*

Obsah

| | |
|--|-----|
| PREDHOVOR | 3 |
| RECENZIA: ZBORNÍK VEDECKÝCH A ODBORNÝCH PRÁC..... | 4 |
| RECENZIA: ZBORNÍK VEDECKÝCH A ODBORNÝCH PRÁC..... | 5 |
| MOŽNOSTI KONZERVATÍVNEJ LIEČBY PRI PORUCHÁCH PREHĽTANIA U RIZIKOVÝCH PACIENTOV | 6 |
| VÝŽIVOVÉ A POHYBOVÉ DETERMINANTY SOCIÁLNEJ INKLÚZIE SENIOROV DO SPOLOČNOSTI | 8 |
| VPLYV DÝCHANIA NA CELKOVÉ ZDRAVIE ČLOVEKA | 15 |
| KOMUNIKÁCIA V PODPORE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI | 22 |
| PREDOPERAČNÁ NUTRIČNÁ PODPORA GERIATRICKÝCH PACIENTOV | 32 |
| SKRÍNING PORÚCH VÝŽIVY U PACIENTOV PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE..... | 34 |
| PERINATÁLNI ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST, JEJ ZDROJE A POTENCIÁL ROZVOJE..... | 36 |
| INFORMAČNO-KOMUNIKAČNÉ TECHNOLOGIE V PODPORE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI | 48 |
| ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ V KONTEXTE STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV A LEGISLATÍVNYCH NORIEM V SLOVENSKEJ REPUBLIKE A ČESKEJ REPUBLIKE..... | 59 |
| ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ V OŠETROVATEĽSTVE | 74 |
| HODNOTENIE AKTIVITY A SAMOSTATNOSTI V AKTIVITÁCH DENNÉHO ŽIVOTA U SENIOROV | 85 |
| NÁSTROJE NA POSUDZOVANIE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI DOSPELÝCH..... | 98 |
| APLIKÁCIA PRVKOV FYZIOTERAPEUTICKEJ A OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V LIEČBE GERIATRICKÉHO PACIENTA | 111 |
| OSAMELOSŤ A JEJ VPLYV NA FYZICKÉ I PSYCHICKÉ ZDRAVIE U SENIOROV V DOMÁCOM PROSTREDÍ..... | 112 |
| ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ U SENIOROV..... | 113 |
| VÝZNAM HODNOTENIA STAVU VÝŽIVY A FYZICKEJ AKTIVITY U RIZIKOVÝCH PACIENTOV | 125 |
| VÝZNAM HODNOTENIA NUTRIČNÉHO STAVU V DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV | 138 |
| FYZIOTERAPEUTICKÁ STAROSTLIVOSŤ O RIZIKOVÝCH SENIOROV NA ZÁKLADE POHYBOVÝCH A STRAVOVACÍCH NÁVYKOV | 140 |

PREDHOVOR

Zborník odborných a vedeckých príspevkov z odborného seminára pre sestry, fyzioterapeutov, sociálnych pracovníkov a študentov ošetrovateľstva je jedným z výstupov projektov KEGA č. 010KU-4/2022 Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospelaj populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo a 009KU-4/2022 Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov.

Zdravotná gramotnosť je v podmienkach Slovenskej republiky pomerne novou oblasťou, ktorej je potrebné venovať adekvátnu pozornosť v súvislosti s rôznymi cieľovými skupinami. Zborník ponúka platformu na výmenu poznatkov a skúseností v oblasti zdravotnej gramotnosti z rôznych aspektov, a tiež v prepojení na oblasť výživy a pohybovej aktivity.

V kontexte zdravotnej gramotnosti sa príspevky venujú zdravotnej gramotnosti v ošetrovateľstve, nástrojom na jej posudzovanie u dospelých, komunikácii a využitiu informačno-komunikačných technológií v podpore zdravotnej gramotnosti, perinatálnej zdravotnej gramotnosti a zdravotnej gramotnosti u seniorov, a tiež komparácii strategických dokumentov a legislatívnych noriem v tejto oblasti v podmienkach Slovenskej republiky a Českej republiky.

Na výživu a pohybovú aktivitu u rizikových pacientov sú zamerané príspevky alebo abstrakty, ktoré spracúvajú hodnotenie stavu výživy a fyzickej aktivity u rizikových pacientov a hodnotenie nutričného stavu v dlhodobej starostlivosti o seniorov. S oblasťou výživy súvisia aj príspevky zamerané na skrining porúch výživy u pacientov po cievej mozgovej príhode, predoperačnú nutričnú podporu geriatrických pacientov, výživové a kineziologické determinanty sociálnej inklúzie seniorov a konzervatívnu liečbu pri poruchách prehĺtania u rizikových pacientov. Zborník obsahuje aj príspevkov zameraný na hodnotenie aktivity a samostatnosti v aktivitách denného života seniorov, aplikáciu prvkov fyzioterapeutickej a ošetrovateľskej starostlivosti v liečbe geriatrického pacienta, vplyv dýchania na celkové zdravie človeka, a tiež vplyv osamelosti na fyzické a psychické zdravie u seniorov v domácom prostredí.

Starostlivosť o rizikových pacientov, ako aj podpora a rozvoj zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti musia byť založené na multidisciplinárnom prístupe a implementácii intervencií nielen zdravotníckych, ale aj sociálnych pracovníkov. Predkladaný zborník tento atribút spĺňa a jeho cieľom je poukázať na význam kooperácie rôznych kategórií profesionálov a prispieť k výmene poznatkov, skúseností a výsledkov výskumnej práce.

Mariana Magerčiaková

RECENZIA: ZBORNÍK VEDECKÝCH A ODBORNÝCH PRÁC

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ VERZUS HLAVNÉ DETERMINANTY ZDRAVIA – VÝŽIVA A POHYBOVÁ AKTIVITA

Lukáš Kober

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Zborník odborných a vedeckých prác, ktorý vznikol za podpory projektu KEGA č. 009KU-4/2022 Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov, zostavený autorským kolektívom PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA a PhDr. Katarína Zrubáková, PhD. je rozpracovaný na 146 stranách, ktoré obsahujú plnotextové príspevky a abstrakty zamerané na problematiku zdravotnej gramotnosti v kontexte determinantov zdravia. Zdravotná gramotnosť je jedným z determinantov zdravia a má zásadný význam pre prevenciu neprenosných chorôb tým, že ovplyvňuje hlavné kľúčové správanie súvisiace so zdravím. Zdravotná gramotnosť je rozhodujúca pre prevenciu neprenosných ochorení a to tým, že ovplyvňuje kľúčové správanie súvisiace so zdravím, medzi ktoré patrí aj fyzická aktivita, či konzumácia ovocia, zeleniny, okrem užívania škodlivých látok v podobe alkoholu, či tabakových výrobkov. Autori jednotlivých príspevkov prinášajú čitateľom odborné príspevky, ktoré poukazujú na multiodborovú spoluprácu odborníkov v zdravotníctve s cieľom poukázať na význam informácií o zdraví ich porozumenie, hodnotenie a použitie pri posudzovaní zdravia. Práve úroveň vzdelania, socioekonomický stav populácie a fyzické obmedzenia sú determinantmi nedostatočnej, alebo problematickej zdravotnej gramotnosti.

Predkladaný zborník prináša zaujímavé zhrnutia riešenej problematiky odborníkmi z rôznych odborov a je prínosom pre odbornú verejnosť.

Kontaktná adresa recenzenta

PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

lukas.kober@ku.sk

RECENZIA: ZBORNÍK VEDECKÝCH A ODBORNÝCH PRÁČ

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ VERZUS HLAVNÉ DETERMINANTY ZDRAVIA – VÝŽIVA A POHYBOVÁ AKTIVITA

Eva Moraučíková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Dňa 11. októbra 2023 sa na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku konal odborný seminár pre sestry, fyzioterapeutov, sociálnych pracovníkov a študentov ošetrovateľstva spojený s workshopom na témy Zdravotná gramotnosť z pohľadu ošetrovateľstva a Výživa a pohybová aktivita v starostlivosti o rizikových pacientov. Seminár bol organizovaný v rámci projektov KEGA č. 010KU-4/2022 Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeljej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo a KEGA č. 009KU-4/2022 Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov. Zostavovateľkami zborníka sú organizátorky workshopu a vedúce spomínaných projektov KEGA – PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA a PhDr. Katarína Zrubáková, PhD. Zborník je spracovaný na 146 stranách a obsahuje 11 plnotextových príspevkov a 7 abstraktov vrátane jednej posterovej prezentácie, ktoré sú zamerané na starostlivosť o rizikových pacientov, ako aj na podporu a rozvoj zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti s dôrazom na multidisciplinárny prístup a implementáciu intervencií nielen zdravotníckych, ale aj sociálnych pracovníkov. Všetky príspevky sú na dobrej vedeckej resp. odbornej úrovni. Sú napísané v slovenskom resp. českom jazyku s anglickou mutáciou abstraktov. Niektoré príspevky sú doplnené vhodným obrazovým materiálom. Príspevky v zborníku sú rôznorodé, riešia aktuálne témy a prispievajú k novému poňatiu problematiky a inšpirujú k novým témam výskumu. Záverom možno konštatovať, že zborník prináša odbornej verejnosti hodnotné informácie, ktoré využijú najmä profesionáli v oblasti zdravotníctva, sociálnej práce, ale aj iné pomáhajúce profesie. Cieľ zborníka, poukázať na význam kooperácie rôznych kategórií profesionálov a prispieť k výmene poznatkov, skúseností a výsledkov výskumnej práce, sa zostavovateľkám zborníka podaril naplniť.

Kontaktná adresa recenzenta

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD., MPH
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
eva.moraucikova@ku.sk

MOŽNOSTI KONZERVATÍVNEJ LIEČBY PRI PORUCHÁCH PREHĽTANIA U RIZIKOVÝCH PACIENTOV

POSSIBILITIES OF CONSERVATIVE TREATMENT FOR SWALLOWING DISORDERS IN HIGH-RISK PATIENTS

Ivana Aštaryová, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN

Súhrn

Úvod: Pri poruchách prehĺtania potravy, či už tuhej alebo tekutej zložky je orofaciálna stimulácia možnou konzervatívnou liečbou, ktorá predstavuje zostavu pohybov a úkonov, ktoré napomáhajú rozvoju motoriky tváre, líc, pier, jazyka, podnebia a hltana. Taktiež môžeme využiť prvky z vývojovej kineziológie z metódy Autoreflexnej prenatálnej a postnatálnej polohy.

Cieľ: Poukázať na možnosti liečby pri poruchách prehĺtania, ktoré je možné aplikovať v rámci ústavnej i domácej starostlivosti.

Metóda: Metódou prieskumu bola kazuistika 65-ročného pacienta po dvoch ischemických mozgových príhodách v povodí a. cerebri media I. sin. a cerebellum I. sin.. Pacient bol vyživovaný cez nasogastrickú sondu, neskôr mal zavedený PEG. Pri liečbe prehĺtania sa využila orofaciálna stimulácia a nácvik pohybov jazyka prostredníctvom metódy Autoreflexnej prenatálnej a postnatálnej polohy.

Výsledok: Pacient po liečbe formou orofaciálnej stimulácie a prvkov APPP pohybov jazyka dokáže prehĺtať nielen tuhú zložku potravy, ale aj tekutú.

Záver: Pri včasnej terapii orofaciálnou stimuláciou a prvkov metódy APPP sa môže funkcia prehĺtania znovu obnoviť.

Kľúčové slová: Autoreflexná prenatálna a postnatálna poloha. Prehĺtanie. Pohyby jazyka.

Abstract

Introduction: For disorders of swallowing food, whether solid or liquid, orofacial stimulation is a possible conservative treatment, which represents a set of movements and actions that help develop the motor skills of the face, cheeks, lips, tongue, palate and pharynx. We can also use elements from developmental kinesiology from the Autoreflex prenatal and postnatal position method.

Aim: To point out the treatment options for swallowing disorders, which can be applied within institutional and home care.

Method: The research method was a case study. We analyzed the case of a 65-year-old patient after two ischemic strokes in the basin a. cerebri media I. son and cerebellum I. sin.. The patient was fed through a nasogastric tube, later a PEG was inserted. In the treatment of swallowing, orofacial stimulation and training of tongue movements through the method of Autoreflex prenatal and postnatal position were used.

esult: After treatment in the form of orofacial stimulation and APPP elements of tongue movements, the patient can swallow not only solid food, but also liquid. Conclusion: With timely therapy with orofacial stimulation and elements of the APPP method, swallowing function can be restored.

Key words: Autoreflex prenatal and postnatal position. Swallowing Tongue movements.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Ivana Aštaryová, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 60

036 01 Ružomberok

ivana.astaryova@ku.sk

VÝŽIVOVÉ A POHYBOVÉ DETERMINANTY SOCIÁLNEJ INKLÚZIE SENIOROV DO SPOLOČNOSTI

NUTRITIONAL AND PHYSICAL DETERMINANTS OF SOCIAL INCLUSION OF SENIORS IN SOCIETY

Filip Gerec

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Súhrn

Článok analyzuje determinanty sociálnej inklúzie seniorov v súvislosti s výživou a pohybom. Výživa, kľúčový faktor pre zdravie, čelí výzvam, ako sú finančné obmedzenia a obmedzený prístup k zdravým potravinám. V oblasti pohybu systematický tréning zlepšuje fyzickú kondíciu, prevenciu pádov a psychické zdravie seniorov. Sociálna inklúzia je ovplyvnená faktormi, ako je sociálna izolácia, digitálna inklúzia, financie a zdravotný stav. Aktivity pre seniorov by mali zohľadňovať ekonomickú situáciu seniorov a podporovať ich účasť v rôznych činnostiach, pričom nárast vekovej diverzity otvára nové príležitosti pre sociálnu inklúziu medzi generáciami.

Kľúčové slová: Kineziológia. Seniori. Sociálna inklúzia. Výživa. Zdravie.

Summary

This article analyses the determinants of social inclusion of seniors in relation to nutrition and exercise. Nutrition, a key factor for health, faces challenges such as financial constraints and limited access to healthy foods. In the area of exercise, systematic training improves physical fitness, falls prevention, and mental health in seniors. Social inclusion is influenced by factors such as social isolation, digital inclusion, finances and health status. Activities for seniors should take into account the economic situation of seniors and encourage their participation in a variety of activities, while the increase in age diversity opens up new opportunities for social inclusion between generations.

Key words: Kinesiology. Seniors. Social inclusion. Nutrition. Health.

Úvod

Populácia seniorov na celom svete rastie v rýchlom tempe v dôsledku pokročilej lekárskej starostlivosti a demografických zmien. Tento demografický trend prináša so sebou komplexné výzvy a príležitosti v oblasti starostlivosti o zdravie a kvalitu života seniorov. Sociálna inklúzia, ktorá sa týka zapájania jednotlivcov do spoločnosti a zdravý životný štýl sú kľúčovými faktormi ovplyvňujúcimi kvalitu života seniorov. Starnutie sprevádza množstvo fyzických a psychických zmien, ktoré môžu mať významný vplyv na životný štýl a sociálne aktivity jednotlivcov. Nedostatočná výživa a obmedzená pohybová aktivita môžu prispievať k riziku chronickej choroby, oslabeniu fyzickej kondície a strate nezávislosti, čo môže obmedziť schopnosť seniorov aktívne sa zapájať do spoločnosti. V tomto kontexte je dôležité preskúmať, ako výživa a kineziologické faktory ovplyvňujú sociálnu inklúziu a zdravie seniorov a aký je ich vzájomný vzťah. Cieľom tohto príspevku je poskytnúť pohľad na výživové a pohybové determinanty

sociálnej inklúzie v populácii seniorov. Budeme sa zaoberať rôznymi aspektmi, vrátane stravovacích návykov, fyzickej aktivity a ich vplyvu na psychosociálne zdravie seniorov. Opierame sa o existujúce vedecké dôkazy a výskumy, ktoré sa týkajú výživy, pohybovej aktivity a sociálnej inklúzie seniorov. Na základe analýzy dát a literatúry sa pokúsime prispieť k lepšiemu pochopeniu vzťahu medzi týmito faktormi a poskytnúť základ pre budúce výskumy a intervencie zamerané na podporu zdravia a sociálnej inklúzie seniorov. Výživové a kineziologické determinanty v kontexte seniorskej populácie sú dôležité témy, ktoré si vyžadujú pozornosť a ďalšie bádanie, aby sa podporil zdravý a aktívny životný štýl seniorov a zlepšila ich kvalita života.

Teoretické východiská problematiky

V dnešnej spoločnosti, ktorá sa stáva stále viac zameranou na zdravie a pohodu jednotlivcov, pozornosť sa začína viac sústreďovať na kvalitu života seniorov. Starnutie obyvateľstva a zvyšujúci sa podiel starších ľudí v populácii viedol k výzvam v oblasti starostlivosti o zdravie a sociálnu inklúziu seniorov. V tejto časti sa zameriame na prepojenie výživových a kineziologických faktorov na sociálnu inklúziu v kontexte seniorov. Výskum v oblasti výživy seniorov poukázal na význam stravovacích vzorcov a diét pre prevenciu chronických ochorení. Napríklad strava, ktorá je bohatá na zeleninu, olivový olej, ryby a orechy, sa ukázala ako prospešná pre kardiovaskulárne zdravie a zníženie rizika výskytu mnohých ochorení. V tejto súvislosti je dôležité zdôrazniť, že individuálne poradenstvo a vzdelávanie o výžive pre seniorov môže hrať kľúčovú úlohu pri podpore ich zdravia a kvality života. Lekári, sestry a výživoví poradcovia môžu pomôcť seniorom vybrať správne potraviny a diéty, ktoré zohľadňujú ich individuálne potreby. Stravovacie návyky, ktoré sú bohaté na ovocie, zeleninu a celozrnné výrobky, môžu prispieť k lepšiemu zdraviu a dlhovekosti. Navyše, dostatočný príjem bielkovín a vitamínov môže pomôcť udržať svalovú hmotu a fyzickú výkonnosť seniorov (Bauer a kol., 2013).

Všeobecne uznávané, pre zdravie človeka je dôležitý prísun makroživín v strave, pre udržanie zdravia mozgu sú nevyhnutné aj mikroživiny, ako sú vitamíny a stopové minerály. Naopak, nedostatok alebo poruchy ktoréhokoľvek z nich môžu byť spojené s dysfunkciou mozgu a prispievajú, aspoň čiastočne, k patofyziológii viacerých neurologických porúch. Na druhej strane intervencie zamerané na optimalizáciu hladín takýchto makro a mikroživín môžu potenciálne tvoriť základ terapeutických stratégií zameraných na zlepšenie kognitívnych funkcií, najmä v starnúcom mozgu. Strava a nutričný stav sú navyše najkritickejšími modifikovateľnými faktormi regulujúcimi črevnú mikrobiotu v rôznych časových bodoch počas celého života a za rôznych zdravotných podmienok. Preto pokrok v našom chápaní mechanizmov, ktoré sú základom pôsobenia makro a mikronutrientov v mozgu a os črevo - mozog, uľahčí vývoj nutričných intervencií zameraných na optimalizáciu funkcie mozgu a prevenciu alebo liečbu neurodegeneratívnych porúch a iných stavov súvisiacich s vekom (Melzer, 2021). Tieto výskumy ukazujú, že výživa má zásadný vplyv na zdravie seniorov a môže prispieť k zvýšeniu ich kvality života.

Zvyšujúce sa povedomie o význame správnej výživy pre seniorov vedie k lepšiemu prístupu k individuálnemu poradenstvu a zlepšeniu možností pre zdravotné vzdelávanie seniorov. Zároveň sa venuje väčšia pozornosť prispôsobeným stravovacím programom a spôsobom prípravy jedál, ktoré zohľadňujú potreby seniorov a pomáhajú im dosiahnuť optimálny výživový stav. Fyzická aktivita predstavuje kľúčovú úlohu v zachovaní fyzického a psychického zdravia seniorov. Je dôležitá pre udržanie zdravej hmotnosti, svalovej hmoty a kostí. Okrem toho prispieva k zlepšeniu kardiovaskulárneho zdravia a psychického stavu (Laird, 2023).

Veľký vplyv na zachovanie telesnej a duševnej činnosti majú hlavne genetické predpoklady, spôsob života a životný štýl. Patria tu predovšetkým podmienky sociálneho prostredia, vzťah k sebe samému, ale aj k tomu prostrediu, prijatie staroby, správna výživa, duševná hygiena, fyzická kondícia (Štefáková, Bernoláková, 2015).

Výskum pohybu a jeho vplyvu na telo, určuje kľúčovú úlohu pri výskume fyzickej aktivity u seniorov. Výskumníci zistili, že tréning, ktorý zahŕňa prvky aeróbného cvičenia, sily a flexibility, môže mať pozitívny vplyv na fyzickú kondíciu seniorov. Okrem toho, systematický tréning môže pomôcť pri prevencii pádov a zlomenín, čo je častým rizikovým faktorom u starších jednotlivcov (Sherrington a kol., 2020). Je dôležité poznamenať, že pohybový výskum sa neobmedzuje iba na fyzické zlepšenie, ale tiež na psychický aspekt. Výsledky kohortovej štúdie Lairda (2023) naznačujú, že množstvo fyzickej aktivity, ktoré je nižšie ako je to odporúčané v usmerneniach pre celkové zdravie môže pôsobiť protektívne pred depresívnymi symptómami a závažnou depresiou u seniorov. Tieto výskumy podporujú význam fyzickej aktivity u seniorov a zdôrazňujú, že fyzická aktivita a prístup k tréningu a pohybu môže mať pozitívny vplyv na ich kvalitu života.

Samotnú kvalitu života a jej jednotlivé metódy merania popisuje vo svojej publikácii aj Štefáková (2018), a zároveň uvádza, že aj napriek objektívnym obmedzeniam vo vyššom veku si možno udržať vysokú kvalitu života za pomoci odborného personálu, so zachovaním aktivity, pozitívnych sociálnych vzťahov a dôstojnosti.

Podľa nedávneho výskumu Cohena a kol. (2019) mala pravidelná fyzická aktivita priaznivý vplyv na kvalitu života seniorov a ich sociálnu inklúziu. Účastníci, ktorí sa pravidelne venovali fyzickej aktivite, mali vyššiu úroveň sebavedomia, sociálnej aktivity a pocitu príslušnosti. Okrem toho, Bouaziz (2016) dopĺňa, že podľa nedávnych správ je miera účasti na športových rekreačných aktivitách v tejto populácii veľmi nízka a len málo z nich sa riadi odporúčaniami vydanými American College of Sports Medicine, ktoré zdôrazňujú aeróbne aktivity zohľadňujúce aeróbnu zdatnosť seniora alebo aktivity, ktoré udržiavajú alebo zvyšujú flexibilitu a cvičenia na udržanie rovnováhy pre seniorov s rizikom pádu. Lekár by mal seniorom bežne ponúknuť plán aktivít na dosiahnutie odporúčanej fyzickej aktivity, ktorý integruje preventívne a terapeutické odporúčania. Podpora fyzickej aktivity u seniorov by mala klásť dôraz na aeróbnu aktivitu strednej intenzity, aktivitu na posilnenie svalov, zníženie sedavého správania a manažment rizík. Niektoré predchádzajúce výskumy totiž uvádzajú, že pravidelný

multimodálny alebo viaczložkový tréning založený na kombinovanom tréningu vytrvalosti a svalovej sily by mohol minimalizovať fyziologické účinky inak sedavého spôsobu života tým, že by obmedzil rozvoj a progresiu chronických ochorení a invalidizujúcich stavov. Viaceré odporúčania zdôrazňujú význam viaczložkových tréningov pri zlepšovaní zdravia a fyzických funkcií seniorov prostredníctvom vytrvalostného a silového tréningu v kombinácii s cvičeniami na udržanie rovnováhy a/alebo tréningom flexibility a/alebo koordinácie.

Súvislosti medzi výživou, pohybom a sociálnou inklúziou u seniorov

Výživové a kineziologické faktory nie sú izolované od sociálnej inklúzie seniorov. Sociálna inklúzia sa týka účasti jednotlivcov v spoločenskom živote, a jej dôležitosť pre zdravie a pohodu seniorov sa stále viac uznáva. Starnutie môže sprevádzať straty v sociálnych kontaktoch a spoločenskej participácii, čo môže mať negatívny vplyv na duševné zdravie. Avšak zdravý životný štýl, vrátane správnej výživy a fyzickej aktivity, môže pomôcť seniorom udržať svoju sociálnu inklúziu. Sociálna inklúzia seniorov je dôležitým aspektom ich celkového zdravia a pohody. Ovplyvňuje ich psychické a fyzické zdravie, spokojnosť so životom a celkovú kvalitu života. Na tomto mieste identifikujeme niektoré vedecké poznatky a faktory, ktoré ovplyvňujú sociálnu inklúziu seniorov. Jedným z hlavných faktorov ovplyvňujúcich sociálnu inklúziu seniorov je sociálna izolácia. Sociálna izolácia môže vzniknúť v dôsledku veku, strát blízkych, obmedzenej mobility alebo nedostatku prístupu k spoločenským aktivitám (Yi-Ru, 2016). Štúdia od Robins a kol. (2016) identifikovala, že fyzická aktivita v domácnosti je na rozdiel od rekreačnej aktivity spojená so sociálnou izoláciou seniorov.. Robins dopĺňa, že je potrebný ďalší výskum, aby sa objasnilo, či existuje priamy vzťah alebo či je tento vzťah sprostredkovaný inými faktormi. Hoci sa zdá, že skupinové cvičenia na prevenciu pádov nesúvisí so sociálnou izoláciou starších dospelých, výsledky štúdie odrážajú potrebu budúceho výskumu, ktorý by skúmal vplyv intervencií skupinovej fyzickej aktivity na sociálnu izoláciu. Seniori so srdcovým zlyhaním a tí, ktorí uvádzajú horší celkový zdravotný stav, by mohli byť v tomto výskume zameraní na sociálnu izoláciu, keďže je u nich vyššia pravdepodobnosť, že budú sociálne izolovaní. V súčasnosti je napríklad možné sociálnu izoláciu eliminovať prostredníctvom digitálnych technológií. Centre for Ageing Better (2021) zaujímavu uvádzajú, že hoci počet starších ľudí, ktorí sú online, digitálne pripojení, neustále rastie, stále existujú milióny ľudí starších ako 55 rokov, ktorí nie sú online. A hoci faktory ako príjem a úroveň vzdelania zohrávajú svoju úlohu, vek je stále najväčším ukazovateľom toho, kto je digitálne vylúčený. Štúdia od Ehna (2019) zdôrazňuje vnímanie seniorov, že digitálna podpora a motivácia k fyzickej aktivite musí byť pomôckou v každodennom živote a zároveň motivátorom k fyzickej aktivite. Zdôrazňoval sa význam sociálnej interakcie pre zvýšenie motivácie k fyzickej aktivite. V štúdii ďalej uvádzajú, že digitálne technológie môžu seniorov podporiť a motivovať k zvýšeniu fyzickej aktivity, napríklad tým, že sú nástrojom, ktorý zvyšuje motiváciu a schopnosť seniorov vykonávať fyzickú aktivitu a uľahčuje spoluprácu a dialóg medzi seniorom a okolím. Tiež zdôraznili, že digitálna podpora musí byť užitočná pre seniorov aj opatrovateľov. Okrem toho výskum opísal, že technické aplikácie by mali zvýšiť povedomie seniorov o fyzickej aktivite a poskytovať

tak objektívne informácie. Seniori vnímajú, že digitálna technológia by mala spríjemniť fyzické aktivity, poskytnúť podporu, posilniť kontrolu seniorov a prispieť k pohode. Seniori však vyjadrili odlišné názory na to, ako by technológia mohla konkrétne prispieť. Celkovo vzaté, sociálna inklúzia seniorov má hlboký vplyv na ich celkovú kvalitu života a zdravie a spolu s kvalitnou výživou a pohybom sa stáva prediktorom celkovej pohody. Prístup k spoločenským aktivitám, boj proti sociálnej izolácii, aktívna participácia a digitálna inklúzia sú dôležité faktory, ktoré ovplyvňujú sociálnu inklúziu starších jednotlivcov a majú pozitívny vplyv na ich pohodu a zdravie.

Sociálna inklúzia starších jednotlivcov nie je iba otázkou ich osobného blahobytu, ale aj otázkou verejného záujmu. Naša spoločnosť má tendenciu v súčasnosti starnúť, a preto je dôležité vnímať sociálne faktory, ktoré ovplyvňujú, ako sa seniori integrujú do komunity a spoločnosti ako celku. Ďalšie vedecké zistenia a faktory, ktoré majú významný vplyv na sociálnu inklúziu seniorov, sú významné pre utváranie politík a programov zameraných na podporu ich pohody. Jedným z kľúčových faktorov ovplyvňujúcich sociálnu inklúziu starších ľudí je stav ich zdravia, na ktorý nesporne vplyva úroveň fyzickej aktivity a správnej výživy. Fyzické a mentálne zdravie môže mať významný vplyv na to, ako sa seniori zapájajú do komunitných aktivít a spoločenského života. Starší jednotlivci so zdravotnými obmedzeniami môžu čeliť ťažkostiam pri mobilite a účasti na rôznych udalostiach. Preto je dôležité zabezpečiť prístup k zdravotnej starostlivosti a podporiť prevenciu chorôb u seniorov. Okrem toho, ekonomický status seniorov má významný vplyv na ich sociálnu inklúziu. Finančná stabilita môžu ovplyvniť prístup seniorov k rôznym kultúrnym a spoločenským aktivitám. Úroveň príjmu môže určiť, či si môžu dovoliť cestovať, navštevovať kultúrne podujatia, alebo sa zúčastňovať na dobrovoľníckych činnostiach a takisto vplyva na kvalitu výživy. Sociálne programy a podporné opatrenia pre seniorov by mali brať do úvahy ich ekonomický status a zabezpečiť prístup k rôznym možnostiam bez ohľadu na finančnú situáciu. V súčasnej dobe, veková diverzita v spoločnosti rastie, a to otvára nové príležitosti pre sociálnu inklúziu seniorov. Interakcie medzi generáciami môžu byť prospešné pre všetky vekové skupiny.

Záver

Príspevok mal za cieľ demonštrovať, že výživa a pohybové faktory majú hlboký a neoddeliteľný vplyv na sociálnu inklúziu seniorov. Výživové návyky, vrátane stravovania bohatého na ovocie, zeleninu a bielkoviny, boli spojené s nižším rizikom výskytu chronických ochorení a lepšou fyzickou kondíciou u seniorov. Analýza rozličných výskumných zistení priniesla súhrn informácií, ktoré naznačujú, že intervencie zamerané na podporu zdravia a sociálnej inklúzie seniorov by mali zahŕňať nielen edukačné programy týkajúce sa výživy a fyzickej aktivity, ale aj podporu individuálnych potrieb. Integratívne prístupy, ktoré kombinujú výživu, kineziológiu a sociálnu podporu, môžu poskytovať komplexné riešenia pre seniorov. Zároveň by sme nemali prehliadať dôležitosť digitálnej inklúzie a technologických nástrojov, ktoré môžu podporiť komunikáciu a interakcie seniorov s ich rodinami a komunitou. Príspevok poskytuje základné

poznatky o význame výživy a pohybu v kontexte sociálnej inklúzie seniorov. Odpovede na tieto výzvy si vyžadujú komplexné prístupy a individuálny prístup, ako i ďalšie výskumné bádanie, aby sa zabezpečilo zdravie a kvalita života seniorov v procese ich starnutia.

Zoznam bibliografických odkazov

BAUER, J., BIOLO, G., CEDERHOLM, T., CESARI, M. et al. 2013. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*. Vol. 14, N. 8, p. 542-559.

BOUAZIZ, W., LANG, P. O., SCHMITT, E., KALTENBACH, G., GENY, B., VOGEL, T. 2016. *Health benefits of multicomponent training programmes in seniors: a systematic review*. *International Journal of Clinical Practice*. Vol. 70, N. 7, p. 520–536. doi:10.1111/ijcp.12822

CENTRE FOR AGEING BETTER. 2021. Digital inclusion. Website: <https://ageing-better.org.uk/digital-inclusion>

COHEN, A., ARDERN, C. I., & BAKER, J. 2017. *Physical activity mediates the relationship between fruit and vegetable consumption and cognitive functioning: a cross-sectional analysis*. *Journal of public health* (Oxford, England). Vol. 39, N. 4, e161–e169. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw113>

EHN, M., JOHANSSON, A. C., REVENÄS, Å. 2019. *Technology-Based Motivation Support for Seniors' Physical Activity-A Qualitative Study on Seniors' and Health Care Professionals' Views*. *International journal of environmental research and public health*. Vol. 16, N. 13, p. 2418. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132418>

LAIRD, E., RASMUSSEN, C. L., KENNY, R. A., HERRING, M. P. 2023. Physical Activity Dose and Depression in a Cohort of Older Adults in The Irish Longitudinal Study on Ageing. *JAMA network open*. Vol. 6, N. 7, e2322489. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22489>

MELZER, T. M., MANOSSO, L. M., YAU, S. Y., GIL-MOHAPPEL, J., BROCARD, P. S. 2021. In Pursuit of Healthy Aging: Effects of Nutrition on Brain Function. *International journal of molecular sciences*. Vol. 22, N. 9, p. 5026. <https://doi.org/10.3390/ijms22095026>

ROBINS, L. M., HILL, K. D., FINCH, C. F., CLEMSON, L., HAINES, T. 2018. The association between physical activity and social isolation in community-dwelling older adults. *Aging & mental health*. Vol. 22, N. 2, p. 175–182. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1242116>

SHERRINGTON, C., FAIRHALL, N., WALLBANK, G., TIEDEMANN, A., MICHALEFF, Z. A., HOWARD, K., CLEMSON, L., HOPEWELL, S., LAMB, S. 2020. Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. *British journal of sports medicine*. Vol. 54, N. 15, p. 885–891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>

ŠTEFÁKOVÁ, L. 2018. Základy paliatívnej a hospicovej starostlivosti pre sociálnych pracovníkov. Ružomberok: VERBUM, 2018. 201 s. ISBN 978-80-561-0577-1.

ŠTEFÁKOVÁ, L., BERNOLÁKOVÁ, Ľ. 2015. Potreba sebarealizácie a zmysluplného využívania voľného času u seniorov. In: *Wybrane aspekty opieki nad osobami starszymi z perspektywy opieki zdrowotnej i pracy socjalnej*. Brno: Tribun EU, 2015. s. 64-93. ISBN 978-80-263-0883-6.

YI-RU, R. C., & SCHULZ, P. J. 2016. The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 18, N. 1. doi:<https://doi.org/10.2196/jmir.4596>

Kontaktná adresa autora

PhDr. Filip Gerec, MBA, MPH
Pedagogická fakulta KU v Ružomberku
Hrabovská cesta 1/A
034 01 Ružomberok
filip.gerec665@edu.ku.sk

VPLYV DÝCHANIA NA CELKOVÉ ZDRAVIE ČLOVEKA

THE INFLUENCE OF BREATHING ON A PERSON'S OVERALL HEALTH

Zuzana Hudáková^{1,2,3}, Ivana Aštaryová^{1,3} Libor Čief¹, Katarína Repová¹

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie

²Vysoká škola polytechnická v Jihlave

³Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN

Súhrn

Odbor respiračnej fyziológie sa rozvíja všetkými smermi. Fyziológovia sa intenzívne zaujímajú o objem pľúc, ventiláciu, obeh, výmenu plynov, mechaniku dýchania, vplyv dýchania alebo jeho ovládanie, ale menej pozornosti venujú svalom, ktoré dýchanie vykonávajú. Až do sedemnásteho storočia sa väčšina lekárov a anatómov zaujímala o dýchacie svaly a mechaniku dýchania. Odvtedy sa tieto svaly čoraz viac zanedbávajú, lebo sú súčasťou oblasti, ktorá nikomu nepatrí. Nachádza sa medzi anatómiou a fyziológiou. Najlepšou prevenciou mnohých chronických zdravotných problémov je zamerať sa na to, ako dýchame. Pozornosť treba venovať hlavne rovnováhe kyslíka a oxidu uhličitého v tele. Kľúčom k optimálnemu dýchaniu, vytrvalosti, zdraviu a dlhovekosti je dýchať menej – praktizovať menší počet nádychov a výdychov s menším objemom vzduchu. Spomalené dýchanie uvoľňuje telo a myseľ.

Kľúčové slová: Dych. Dýchanie. Oxid dusnatý. Kyslík. Nos. Oxid uhličitý.

Summary

The field of Respiratory Physiology is evolving in all directions. Physiologists are intensely interested in lung volume, ventilation, circulation, gas exchange, respiratory mechanics, the effect of respiration or its control, but pay less attention to the muscles that perform respiration. Until the seventeenth century, most physicians and anatomists were interested in respiratory muscles and respiratory mechanics. Since then, these muscles have become increasingly neglected because they are part of an area that does not belong to anyone. It is located between anatomy and physiology. The best prevention for many chronic health problems is to focus on how we breathe. Particular attention should be paid to the balance of oxygen and carbon dioxide in the body. The key to optimal breathing, endurance, health and longevity is to breathe less - to practice fewer breaths and exhalations with a smaller volume of air. Slow breathing relaxes the body and mind

Key words: Breath. Respiration. Nitric oxide. Oxygen. Nose. Carbon dioxide.

Dýchanie

Dýchanie vykonáva premenu v tele človeka, ktoré sa odohráva každé asi 3,3 sekundy, kedy sa priemerne človek nadýchne a vydýchne. Pri nádychu miliardy molekúl pomáhajú budovať kostí, vrstvy svalov, krv, mozog a vnútorné orgány. Dýchanie nie je len načerpanie vzduchu do pľúc, ale aj najintímnejšie spojenie človeka s okolím. Dôležitú úlohu má pritom aj čuch,

ktorý je najstarším zmyslom (Gandevia, 1970). Dýchanie je vstrebávanie toho, čo nás obklopuje, prijímanie malých kúsočkov života, ich pochopenie, ale aj dávanie seba samého. Respirácia je v skutočnosti reciprocita. K tomu je potrebné preskúmať techniky na rozšírenie kapacity pľúc, rozvinutie bránice, zaplavenie organizmu kyslíkom, pokorenie vegetatívnej sústavy, stimuláciu imunitnej odpovede a resetovanie chemoreceptorov v mozgu. Prvým krokom je preskúmanie dýchania nosom (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019).

Nos je zásadný, lebo prečisťuje vzduch, ohrieva ho a zvlhčuje, aby sa lepšie vstrebal. Nos má ale aj ďalšie úlohy. Má napríklad neočakávanú úlohu v erektilnej dysfunkcii, môže spustiť kaskádu hormónov a chemických látok, ktoré znižujú krvný tlak a uľahčujú trávenie. Môže reagovať na fázy menštruačného cyklu, upravuje tepovú frekvenciu, otvára cievy na prstoch na nohách a má vplyv na ukladanie spomienok. To, či dostaneme astmu, závisí od hustoty chlпов v nose (Fahrizal, Santoso, 2017).

Nozdry každého človeka pulzujú vlastným tepotom. Vedci už viac ako sto rokov vedia, že nozdry naozaj pulzujú vo vlastnom rytme, otvárajú sa a zatvárajú ako lupene kvetov cez deň aj v noci. Tento jav sa volá nosový cyklus a prvý raz ho v roku 1895 opísal nemecký lekár Richard Kayser. Všimol si, že kým tkanivo v jednej nozdre sa u pacientov rýchlo upchá a stiahne, druhá sa záhadne otvorí. Po nejakom čase sa nozdry vymenia. Cyklus neovplyvňovala záhadná sila mesiaca, ale sexuálne túžby (Abaubat et al, 2019).

V nose je erektilné tkanivo. Nos teda môže mať erekciu. Za niekoľko sekúnd sa tkanivo v ňom naplní krvou, zväčší a stuhne. Nos je s pohlavnými orgánmi spätý užšie než ktorýkoľvek iný orgán, preto sa to deje. Už samotné pomyslenie na sex niektorým spôsobí vážne problémy s erekciou nosa a príznaky ako sťažené dýchanie, neovládateľné kýchanie poznáme ako nepohodlnú chorobu, ktorá sa nazýva aj nádcha medových týždňov. Keď sexuálne vzrušenie opadne a erektilné tkanivo sa zmenší, nosu sa uľaví (Pinhasi, 2015).

Pravá nozdra ja ako plynový pedál. Pri dýchaní touto nozdrou sa zrýchli krvný tlak, telo sa ohreje a zvýši sa hladina kortizolu, krvný tlak a tepová frekvencia. Dýchanie pravou stranou nosa aktivuje sympatickú nervovú sústavu, mechanizmus útok alebo útek, vďaka ktorému sa telo sa dostane do stavu zvýšenej pozornosti a pripravenosti; naženie viac krvi do opačnej mozgovej hemisféry, do ľavej strany prefrontálneho kortexu, ktorá súvisí s logickými rozhodnutiami a uvažovaním (Galofré-Vilà, 2017).

Vdychovanie ľavou nozdrou má opačný účinok – je brzdou plynového pedálu tvoreného pravou nozdrou. Ľavá nozdra užšie súvisí s parasympatickou nervovou sústavou – súvisí s pokojom a odpočinkom. Pri dýchaní ňou sa znižuje teplota, krvný tlak, telo sa ochladzuje a úzkosť sa znižuje. Krv sa pri dýchaní presúva na opačnú stranu prefrontálneho kortexu – na pravú – do oblasti, ktorá ovláda kreatívne myslenie, emócie, tvorbu mentálnych abstrakcií a negatívne emócie (Pinhasi, 2015).

Doktor Mark Burhenne skúmal súvislosti medzi dýchaním ústami a spánkom. Zistil, že dýchanie ústami spôsobuje paradontitídu, škodí viac ako konzumácia cukru alebo nedostatočná zubná hygiena. Tiež zistil, že spôsobuje aj zhoršuje chrápanie a spánkové apnoe (Nestor, 2021).

Prospešné je dýchanie nosom. Pri ňom sa uvoľňuje veľké množstvo oxidu dusnatého z dýchacích ciest, ktorý zohráva zásadnú úlohu pri zlepšovaní krvného obehu a prepravovaní kyslíka do buniek. Množstvo oxidu dusnatého v tele môže významne ovplyvniť fungovanie imunity, hmotnosť, obeh, náladu a sexuálny výkon (známy liek na erektilnú dysfunkciu – Viagra – funguje tak, že do krvného obehu sa uvoľňuje oxid dusnatý; tvorí kapiláry aj v genitáliách). Dýchanie nosom stačí na šesťnásobné zvýšenie obsahu oxidu dusnatého. Pri ňom dokážeme vstrebať osemnásťkrát viac kyslíka ako pri dýchaní ústami (Archer, Meyers, 2019).

Fyziológia dýchania

Každú bunku v tele poháňa kyslík. Celá plavba trvá asi minútu a celkové počty sú vysoké. V každej z našich dvadsiatich piatich triliónov červených krviniek sa nachádza dvestosedemdesiat miliónov hemoglobínov a každý z nich má miesto na štyri molekuly kyslíka, to znamená miliardu molekúl kyslíka pri každej jednej plavbe každej jednej červenej krvinky. Krv, ktorá preteká cievami a žilami, prejde každú minútu úplný okruh. Denne sa tak preženie cez náš obeh osem tisíc litrov krvi. Konzistentný a pravidelný krvný obeh je dôležitý pre dopravovanie okysličenej krvi k bunkám a odstránenie odpadových produktov (Losar, 2023).

Rýchlosť a silu obehu do veľkej miery ovplyvňuje akási hrudná pumpa, ktorou sa myslí tlak, ktorý vzniká pri dýchaní. Pri nádychu negatívny tlak vtiahne krv do srdca a pri výdychu krv vypudí späť do pľúc a tela, kde potom obieha. Túto pumpu poháňa bránica – sval umiestnený pod pľúcami. Pri výdychu sa zdvihne, tým sa pľúca zmenšia, a počas nádychu klesá, aby sa mohli rozšíriť. Denne tento pohyb opakujeme asi päťdesiat tisíc krát. V každom výdychu vylučujeme asi tritisícpäťsto zložiek, väčšinou organických zložiek ako je vodná para, oxid uhličitý a iné plyny. Nachádzajú sa v ňom aj znečisťujúce látky ako pesticídy, výpary z motorov a iné chemikálie. Ak nevydýchame úplne, tieto toxíny ostávajú v pľúcach, kde môžu byť príčinou rôznych infekcií (Nestor, 2021)

Dospelý človek pri dýchaní využíva približne desať percent bránice. Preťažuje srdce, dvíha krvný tlak a spôsobuje veľa obehových problémov. Ak sa nám podarí dostať dych na päťdesiat až sedemdesiat percent bránice, uvoľní sa tlak na srdcovo-cievnu sústavu a telo pracuje efektívnejšie. Bránica nielenže bije vlastným tempom, ale ovplyvňuje aj frekvenciu a silu srdcového tepu (West, 2015).

Na rozmach nových foriem pred päťsto miliónmi rokov počas karbrickej explózie nepôsobil len kyslík, ale aj obrovské množstvo oxidu uhličitého. Dnes môžu ľudia zvýšiť hladinu tohto jedovatého plynu vo svojich telách, čím si môžu zostríť svoje myslenie, spaľovať tuk a v niektorých prípadoch aj liečiť rôzne ochorenia. V telách máme stokrát viac oxidu uhličitého

ako kyslíka a väčšina z nás ho potrebuje oveľa viac. Zdá sa, že oxid uhličitý je dôležitejší ako kyslík. Oxid uhličitý môže byť prospešný v tele a príliš veľa kyslíka v tele ničomu nepomáha, naopak ešte škodí. Najhoršia rada je rýchle, intenzívne a čo najhlbšie dýchanie. Namáhavé dýchanie uberá z organizmu oxid uhličitý, preto je zlé (Losar, 2023).

Ľudské telo je v podstate súborom trubíc. Niektoré sú širšie, napríklad hrdlo či dutiny, niektoré užšie, napríklad kapiláry. Trubice, z ktorých sa skladá pľúcne tkanivo, sú malé a je ich veľa. Každý nádych musí najskôr vojsť do hrdla, zísť popri križovatke zvanej hrebeň priedušnice, tam sa rozdelí do pravej a ľavej časti pľúc. Potom je natlačený do menších trubíc – priedušničiek, až kým sa nedostane na koniec cesty – do alveol, ktorých je okolo päťsto miliónov drobných mechúrikov (Low, 2021).

Výmena kyslíka mení vzhľad krvi. Krvinky v žilách, ktoré nesú viac oxidu uhličitého, vyzerajú modré. Na druhej strane arteriálna krv, ktorá je stále plná kyslíka, je jasnočervená. Žily majú svoju farbu vďaka krvným plynom. Loď sa nakoniec prejde celým telom a vráti do prístavu, do pľúc, kde oxid uhličitý vo forme výdychu opustí telo cez alveoly, hore hrdlom a von z nosa a úst (American Institut of Stress, 2023).

Menej sa uznáva úloha, ktorú oxid uhličitý zohráva pri chudnutí. Oxid uhličitý v každom výdychu má svoju hmotnosť a my vydychujeme viac hmotnosti, ako vdychujeme. Tak, ako chudneme nesúvisí len s potením alebo spaľovaním. Hmotnosť strácame aj prostredníctvom vydychovaného vzduchu. Pľúca sú systémom na reguláciu hmotnosti tela. To, čo naše tela naozaj potrebujú nie je viac vzduchu, ale viac oxidu uhličitého (Healing arts center, 2017).

Henderson v súbornom diele Encyklopedia medicíny (Cyclopedia of Medicine, Philadelphia 1940) napísal, že klinici stále ťažko veria, ale kyslík na živé organizmy nepôsobí ako stimulant. Ak sa ohňu poskytne čistý kyslík namiesto vzduchu, bude horieť s enormne silnou intenzitou. Ak sa čistého kyslíka alebo vzduchu obohateného kyslíkom nadýchne človek alebo zviera, v porovnaní s dýchaním obyčajného vzduchu sa nevytvorí viac tepla a nevydýchne viac oxidu uhličitého (Porges, 2017).

Henderson pred sto rokmi zistil, že čistý kyslík je užitočný len pre osoby vo vysokej nadmorskej výške (v ovzduší je ho málo) alebo pre tých, ktorí sú takí chorí, že nedokážu dosiahnuť zdravú nasýtenosť krvi kyslíkom prostredníctvom normálneho dýchanie (saturácia nad deväťdesiat percent). Umelé dopĺňanie kyslíka môže poškodiť pľúca a znížiť počet červených krviniek. Oxid uhličitý je hlavný hormón tela, ktorý sa tvorí v každom tkanive a zrejme pôsobí na každý orgán. Oxid uhličitý je v skutočnosti pre živú hmotu zásadnejší ako kyslík (Healing arts center, 2017).

Techniky na rozšírenie kapacity pľúc a rozvinutie bránice

Cesta k večnému životu zahŕňa aj cvičenia, do ktorého patrí ohýbanie chrbta, krku a rotácie. Ide o posvätné praktiky, ktoré sa už 2500 rokov potajomky odovzdávajú od jedného budhistického mnícha k druhému. Už pár minút každodenného ohýbania a dýchania môže

rozšíriť kapacitu pľúc a navyše predĺžiť život (Henešová, Knap, 2015). Tieto cviky sa nazývajú Päť Tibeťanov. Do západného svete prišli prostredníctvom spisovateľa Petra Keldera. Kelder tieto techniky opísal v knihe s názvom Pradávkne tajomstvo prameňa mladosti, ktorá vyšla prvý raz v roku 1939 (u nás vyšla vo vydavateľstve Citadella, 2016).

Veda v poslednom období meria to, čomu starí Tibeťania rozumeli intuitívne. V osemdesiatych rokoch 20. storočia v rámci Framinghamskej štúdie bol zámerný výskum na srdcovo-cievne ochorenia, v ktorom sa pokúsili výskumníci zistiť, či kapacita pľúc naozaj súvisí s dlhovekosťou. Údaje zbierali dvadsať rokov od päťtisícdivsto účastníkov výskumu a zistili, že najväčším indikátorom dlhovekosti nie je genetika, strava alebo každodenné cvičenie, ale práve kapacita pľúc. Čím menšie a menej výkonné pľúca mali respondenti, tým rýchlejšie ochoreli a zomreli. Príčina nebola podstatná. Menšie pľúca znamenali kratší život (Moeller, 2012).

V roku 1970 vydal knihu Carl Stough (dirigent s medicínskou anomáliou), z ktorej sa stal prepadák. V tejto knihe ponúkal dychové techniky, ktoré prevádzal sám. Techniky mali v praxi úspech, pretože sa na neho obracali tisícky operných spevákov, paraplegikov a umierajúcich s rozduťím pľúc. Predvádzal techniky, ktorými rozširoval pľúcnu kapacitu a predlžoval život. Väčšina z nás o ňom nepočula. Objavil, že najdôležitejším aspektom dýchania nie je vdychovanie nosom. Nádych je tá jednoduchá časť dýchania. Kľúčom k dýchaniu, rozšíreniu kapacity a dlhému životu, ktorý s nimi kráča ruka v ruke, je tá druhá polovica – transformačná moc plného výdychu. Rozprávanie, zívanie, spievanie – všetky formy vokalizácie sa odohrávajú vo výdychu. Stough nebol lekár, bol len dirigent zboru. Jeho postupy boli čudné. Stroughovi študenti mali slabé a tenké hlasy a on si myslel, že za to môže slabý a tenký výdych. Učil ich poriadne vydychovať, aby posilnili svoje dýchacie svaly a zväčšili svoje pľúca, čo sa mu aj podarilo (West, 2015).

Pomalé dýchanie

Keď chceme trénovať pomalé dýchanie, nadychujeme sa a vydychujeme trikrát pomalšie. Namiesto šesnástich až osemnást nádychov a výdychov za minútu (čo je podľa WHO norma dýchania priemerného človeka) ich vykonáme iba šesťkrát. Keď sa pomaly nadychujeme nosom a vydychujeme ústami, hladina oxidu uhličitého stúpa a krvný tlak klesá. Saturácia kyslíkom sa nemení, napriek tomu, že dýchame trikrát pomalšie. Ak dýchame normálnym tempom, pľúca dokážu absorbovať len tretinu alebo štvrtinu dostupného kyslíka zo vzduchu. Väčšinu vydýchame. Pomocou dlhších nádychov a výdychov umožníme pľúcam, aby ho po menšom počte nádychov a výdychov získali viac. Dýchanie je ako veslovanie. Miliarda krátkych namáhavých temp vás dostane tam, kam smerujete, ale v porovnaní s niekoľkými dlhšími zábermi ich efektívnosť bledne (Porges, 2017).

Záver

Hoci proces dýchania sa dotýka anatómie a fyziológie, ani jeden z týchto odborov sa detailne nezaujíma o jeho podrobné skúmanie, je to málo preskúmaná oblasť, ktorá čaká na to, kým ju niekto zmapuje a detailne opíše.

Zoznam bibliografických odkazov

ABAUBAT, F. et al., 2019. Magnesium Supplements May Benefit People with Asthma. NIH National Center for Complementary and Integrative Health [Online]. Dostupné na internete: <https://nccih.nih.gov/research/results/spotlight/021110.htm>

American Institut of Stress, 2023. What is Stress? [Online]. Dostupné na internete: <https://www.stress.org/daily-life>.

ARCHER, S.M., MEYERS A.D., 2019. Turbinate Dysfunction. Medscape. 13.febr. 2019. [Online]. <https://sleep-doctor.com/blog/new-research-treating-the-large-tongue-in-sleep-apnea-surgery>

FAHRIZAL, D., SANTOSO, T.B., 2017. The Effect of Buteynko Breathing Technique in Improving Cardiorepiratory Endurance, 2017 ISETH Precceding Book (UMS publications). <https://pdfs.semanticscholar.org/c2ee/b2d1c0230a76fccdad94e7d97b11b882d217.pdf>.

GALOFRÉ-VILÀ, G. a kol. 2017. Heighta across the Last 2000 Years in England, University of Oxdord. Discussion Papers in Economic and Social History, N. 151, p. 36. [Online]. Dostupné na internete:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjKzZXe65aDaxXUhPOHHWHbB88QFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fprints.soton.ac.uk%2F418382%2F1%2FHeights_across_2000_years_ACCEPTED.pdf&usg=AOvVaw0NQ53bna6WFk04wENBGhyA&opi=89978449

GANDEVIA, B., 1970. The Breath of Life: An Essay on the Earliest History of Respiration: Part I, *Australian Journal of Physiotherapy* 16, N.1, p. 5-11.

Healing arts center, 2017. Tibetan Lama to Teach an Introduction to Tummo, the Yoga of Psychic Heat at HAC. 21.jan. [Online]. Dostupné na internete: <hptts://www.thehealingartscenter.com/hac-new/tibetan-lama-to-teach-an-introduction-to-tummo-the-yoga-of-psychic-heat-at-hac>

LOSAR, G.Y., 2023. Pokojný dych, pokojná myseľ. Bratislava: Ajna. 232 s. ISBN 978-80-551-8878-2.

LOW, P.: Ower-view of Autonomic Nervous System. Merck Manual, consumer version. Last full review/revision Sep 2021 | Content last modified Sep 2021 [Online]. Dostupné na internete:

<https://www.merckmanuals.com/home/brain,-spinal-cord,and-nerve-disorders/autonomic-nervous-system-disorders/overview-of-the-autonomic-nervous-system>

MOELLER, J. L. a kol. 2012. Treating Patients with Mouth Breathing Habits: The Emerging Field of Orofacial Myofunctional Therapy. *Journal of the American Orthodontic Society*. Vol. 12, n. 2 p. 10-12 [Online]. Dostupné na internete: <http://jaos.orthodontics.com/?m=4034&i=808856&p=1&ver=html5>

NESTOR J., 2021. DYCH. Nová veda o stratenom umení. Bratislava: Tatran. 316 s. ISBN: 978-80-222-1149-9

PINHASI,R. a kol., 2015. Incongruity between Affinity Patterns Based on Mandibular and Lower Dental Dimensions following the Transition to Agriculture in the Near East, Anatolia and Europe. *PLoS One* 10, N. 2, e0117301.

PORGES, S.W., 2017. The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton). p. 131-140.

WEST, JB, 2015. Fyziológia dýchania. Košice: Lekárska fakulta UPJŠ, 2012 s. ISBN 978-80-8152-221-5

Kontaktná adresa autora

doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
zuzana.hudakova@ku.sk

KOMUNIKÁCIA V PODPORE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

COMMUNICATION IN SUPPORT OF HEALTH LITERACY

Marcela Ižová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Zdravotná gramotnosť je spojená so všeobecnou gramotnosťou, vedomosťami, kompetenciami a motiváciou. Tieto štyri zložky by mali byť u jedinca rozvinuté do takej miery, aby bol u jedinca pozorovateľný aktívny prístup a schopnosť pochopiť, zapracovať a uplatniť získané informácie s cieľom zachovať alebo zvýšiť svoju kvalitu života. Cieľom prehľadového článku je poukázať na dôležitosť efektívnej komunikácie v interakcii so zdravotnou gramotnosťou. Rozvoj zdravotnej gramotnosti vyžaduje poskytovanie zmysluplných a spoľahlivých informácií. Tréning poskytovateľov zdravotníckych služieb môže zlepšiť komunikáciu tým, že sa bude brať ohľad na zjednodušenie komunikácie a na kultúrne špecifiká jedincov.

Kľúčové slová: Komunikácia. Zdravotná gramotnosť. Metóda Teach Back. Ask Me 3. Pacient.

Summary

Health literacy is connected with general literacy, knowledge, competences and motivation. These four components should be developed in the individual to such an extent that an active approach and the ability to understand, process and apply the information obtained can be observed in the individual in order to maintain or increase their quality of life. The aim of the review article is to point out the importance of effective communication in interaction with health literacy. The development of health literacy requires the provision of meaningful and reliable information. Training of health care providers can improve communication by taking into account the facilitation of communication and the cultural specificities of individuals.

Keywords: Communication. Health literacy. Teach Back method. Ask Me 3. Patient.

Úvod

Pri snahe o zvyšovanie zdravotnej gramotnosti zohráva významnú rolu komunikácia s pacientmi v snahe otvoriť a sprístupniť systém zdravotníctva tak, aby sa v ňom pacienti ľahšie orientovali, aby rozumeli zdravotníckym pracovníkom a aby podľa možnosti s nimi aj spolupracovali. Zdravotne gramotná osoba by mala hlavne:

- získavať, chápať, hodnotiť a využívať zdravotnícke informácie,
- náležite komunikovať so zdravotníckymi pracovníkmi,
- presadzovať svoje zdravotné potreby a získavať adekvátne zdravotnícke a sociálne služby, uvážlivo rozhodovať v zdravotnej oblasti,

- preferovať zdravý životný štýl (European Pain Federation, 2023).

Metodika

V krátkej prehľadovej štúdie sú analyzované aktuálne odborné články zamerané na problematiku komunikácie v kontexte zdravotnej gramotnosti. Pri spracovaní príspevku boli využité kľúčové slová komunikácia, zdravotná gramotnosť, metóda Teach Back, Ask Me 3 a pacient. Využité zdroje sa týkali predmetnej problematiky.

Vlastný text práce

Ľudia s nízkou zdravotnou gramotnosťou často príliš dlho odkladajú návštevu lekára, čím sa ich zdravotný stav môže zhoršiť, sú častejšie hospitalizovaní, častejšie navštevujú pohotovosti a je u nich vyššia pravdepodobnosť, že počas ich liečby dôjde k zdravotným komplikáciám,. Taktiež majú viac zdravotných problémov ako ľudia s vyššou zdravotnou gramotnosťou. Nízka zdravotná gramotnosť je spojená s horšími zdravotnými výsledkami, vyššou mierou úmrtnosti, nižšou mierou účasti na kontrolných vyšetreniach, preventívnej zdravotnej starostlivosti vrátane očkovania proti chrípke, mamografie, skríningu rakoviny krčka maternice a hrubého čreva a s vyššími nákladmi na liečbu (Collins, S.,A, et all. 2012).

Pacienti s nízkou zdravotnou gramotnosťou:

- majú vyššie riziko nežiaducich zdravotných udalostí,
- majú menej vedomostí o vlastnom zdraví, majú nižšiu adhérenciu k liekom,
- majú menej vedomostí o význame preventívnej zdravotnej starostlivosti,
- sú menej schopní podieľať sa na selfmenežmente chronických chorôb,
- majú vyššiu mieru depresie,
- menej komunikujú so zdravotníckymi pracovníkmi, menej kladú otázky,
- míňajú viac na zdravotnú starostlivosť a lieky (Agency for healthcare research and quality, 2015).

Zlepšenie komunikácie a rozhodovania medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti môže zlepšiť celkové zdravotné výsledky. Do každodennej klinickej praxe k podpore zdravotnej gramotnosti smerujúcej ku vzdelávaniu pacientov (písomné alebo verbálne informácie) sestra integruje doleuvedené nástroje/model/metóda (European Pain Federation, 2023).

Jednoduchý jazyk t.j používať laický jazyk a vysvetliť odbornú terminológiu, ak ju sestra plánuje použiť v rozhovore. Poskytnúť písomné informácie v štýle, ktorý je prístupný všetkým, s prihliadnutím na priemernú úroveň čítania a pochopenia čítaného textu a použitý jazyk. Používanie jednoduchého jazyka v hovorenej aj písomnej komunikácii je dôležitou stratégiou na zlepšenie osobnej zdravotnej gramotnosti a na podporu porozumenia (European Pain Federation, 2023).

Model EDUCATE (vzdelávací model) je procesný model, umožňuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti viesť vzdelávanie pacienta a zamerať rozhovor tak, aby čo najlepšie vyhovoval potrebám pacienta a rodiny. Päť fáz modelu je:

- zlepšiť porozumenie a zapamätať si,
- poskytovať vzdelávanie zamerané na pacienta,
- pochopiť učiaceho sa,
- komunikovať jasne a efektívne,
- venovať sa zdravotnej gramotnosti a kultúrnej kompetencii (Haseldinne, 2018).

Metóda Teach Back je prístup k vzdelávaniu pacientov, kde poskytovatelia žiadajú pacientov, aby vlastnými slovami uviedli, aké zdravotné informácie získali (Yen, Leasure, 2019). V rámci metódy Teach Back je nutné poskytovať jasné informácie v kratších úsekoch, požiadať pacienta, aby získané informácie zopakoval, posúdiť presnosť opakovaných informácií a preformulovať informácie, pokiaľ pacient nepreukáže, že ich rozumie. Cieľom je potvrdiť, že pacient rozumie zdravotným informáciám. Metóda Teach-back sa často používa v zdravotníckych zariadeniach. Môže sa tiež implementovať v mnohých rôznych komunitných prostrediach, aby sa zabezpečilo pochopenie zdravotných informácií. Metóda Teach-back môže zlepšiť pochopenie liečebného režimu, dodržiavanie farmakoterapie, komunikáciu s poskytovateľmi, spokojnosť a zdravotné výsledky pacienta.

Kritériá na efektívnu implementáciu metódy spätného vyučovania zahŕňajú:

- buďte empatickí a používajte starostlivý prístup,
- nadviažte očný kontakt a prejavte neutrálnu reč tela,
- používajte jednoduchý jazyk namiesto lekárskeho žargónu,
- požiadajte pacienta, aby zopakoval to, čo ste povedali pomocou vlastných slov (nahlas),
- pýtajte sa pacienta s využitím otvorených otázok, príp. viackrát zopakujte informáciu,
- na vyjadrenie špecifickosti, bližšej konkretizácie pokynov využite frázu „musíte si vziať jeden týždeň voľna“ na rozdiel od „treba si oddýchnuť“,
- buďte chápaní a motivovaní na budovanie dôvery pacienta,
- netlačte na pacienta a zamerajte sa na jasné vysvetlenie informácií,
- ak pacient nezopakuje informácie správne, vysvetlite to iným spôsobom a znova skontrolujte,
- na podporu porozumenia používajte vizuálne alebo tlačené materiály,
- pri vysvetľovaní informácií si robte poznámky o tom, čo je problém a čo nie (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015, An Australian Government Initiative, 2017, Kaas, Stasková, Šulistová, 2016).

Ask Me 3 - motivovať pacientov tým, že ich sestra povzbudí, aby počas všetkých zdravotných konzultácií položili tieto otázky:

- a) Aký je môj hlavný problém?
- b) Čo mám urobiť?
- c) Prečo je dôležité, aby som to urobil?

Zlepšená komunikácia môže pomôcť zvýšiť schopnosť pacientov porozumieť informáciám, ktoré im poskytne zdravotnícky pracovník a konať podľa nich, čo v konečnom dôsledku zlepši ich zdravotný stav. Niekoľko spôsobov ako môže zdravotnícky pracovník implementovať Ask Me 3 do klinickej praxe:

- a) **vzdelávanie personálu** – diskutovať so zamestnancami ohľadom zníženej zdravotnej gramotnosti pacientov, urobiť pre svojich zamestnancov školenie o zdravotnej gramotnosti,
- b) **skontrolovať už existujúce kontakty/materiály s pacientmi:**
 - písomné, vizuálne materiály,
 - verbálne - zvážiť, či používaný jazyk je vhodný pre pacientov s obmedzenou a nízkou zdravotnou gramotnosťou,
 - preskúmať ako sa informácie poskytujú pacientom, úroveň čítania písomných materiálov, ktoré poskytujete, ako sú napríklad lieky, inštrukcie a protokoly pre sledovanie pacienta a jednotlivé otázky.
- c) **zvýšiť povedomie pacientov** – umiestnenie plagátov na najfrekventovanejších miestach ako je vyšetrovňa, chodba na oddelení, čakárne a pod.,
- d) **šíriť edukačné materiály vhodným spôsobom** – emailom, mediá,
- e) **spracovať video pre pacientov** – kde budú laickou metódou zverejnené najčastejšie problémy, ktoré pacienti riešia (podľa oblasti záujmu), videá doplniť o titulky,
- f) **diskutovať s rodinnými príslušníkmi pacienta**
- g) **podporiť jasnú komunikáciu** - spomaliť reč, urobiť interaktívne návštevy, obmedziť a zopakovať informácie pri každej návšteve, vyhnúť sa lekárskeму žargónu, použiť ilustrácie na vysvetlenie dôležitých pojmov, použiť ľahko čitateľné písomné materiály, Použiť „teach-back“ na meranie porozumenia (Institute for healthcare improvement, 2023, Nesari, M at all. 2019).

Zdravotná gramotnosť je schopnosť človeka nájsť informácie o svojom zdraví, porozumieť týmto informáciám a potom ich použiť na prijímanie vhodných rozhodnutí o svojom zdraví.

Sestry sú významnými členmi zdravotníckeho tímu a môžu zásadne ovplyvniť zdravotnú gramotnosť pacientov. Z toho dôvodu, by všetky sestry mali poznať doporučené komunikačné techniky pre pacientov s nízkou zdravotnou gramotnosťou a mali by mať prehľad o validných **internetových stránkach**, ktoré by mohli pacientom v prípade ich záujmu doplniť informácie. Schopnosť prístupu ku kvalitným zdravotným informáciám a ich pochopenie je základom zdravotnej gramotnosti, čo ovplyvňuje každodenné rozhodnutia občanov pri riadení ich zdravia a starostlivosti, ktoré v konečnom dôsledku určia dodržiavanie liečby.

Po prvé, samotný objem dostupných informácií sa stal dezorientujúcim pre používateľov, z ktorých mnohí majú slabú zdravotnú gramotnosť, s ktorou začínajú, a nevedia, ktorému zdroju treba dôverovať.

Po druhé, existujúce zdroje týkajúce sa zdravia vo všeobecnosti nie sú prispôbené ich špecifickým potrebám alebo úrovni zdravotnej gramotnosti, a preto sú veľké množstvá dostupných informácií pre pacienta irelevantné.

Preto je potrebné položiť základy pre uplatňovanie digitálnych technológií na informácie o zdraví s cieľom zmeniť chápanie ich zdravia a starostlivosti občanmi, čím sa podporí dodržiavanie predpísanej liečby a nakoniec prispesú k lepším výsledkom. Informácie o zdravotných problémoch či liečbe, ktoré pacienti nachádzajú na internete, môžu byť niekedy mylné až nebezpečné. Skúsenosti z praxe ukazujú, že chorí radi navštevujú internet a "radia" sa s nerelevantnými zdrojmi. Laik ale nevie rozlíšiť, či ide o profesionálne kvalitnú webstránku alebo o pochybné informácie.

Funkcie **elektronického zdravotníctva** prinášajú pre pacienta aj tieto výhody:

- nepretržitý online prístup k svojim zdravotným záznamom,
- zníženie počtu duplicitných vyšetrení,
- postupné odstránenie papierovej dokumentácie, ktorú nahradí elektronický zdravotný záznam,
- kontrolu pri duplicitnom predpisovaní liekov alebo liekov, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú (Magerčiaková, 2021, Národné centrum zdravotníckych informácií, 2023).

Mnohí pacienti majú ťažkosti s porozumením lekárskeho jazyka, v orientovaní sa v zdravotníckych zariadeniach, alebo aj s dodržiavaním lekárskeho predpisu. Zdravotnú gramotnosť ovplyvňujú individuálne faktory ako je úroveň vzdelania alebo kultúrne zázemie, ako aj prostredie poskytovanej zdravotnej starostlivosti. **Pre zabezpečenie úspešnej participácie/orientácie pacientov s nízkou zdravotnou gramotnosťou v zdravotníckom zariadení venujeme pozornosť doleuvedeným opatreniam:**

- názov zariadenia je jasne zobrazený a sú viditeľné vstupné značky,
- značky používajú okrem výrazu „ambulánna starostlivosť“ aj obyčajné, každodenné slová, ako napríklad „vstúpiť“,
- na navigáciu v priestoroch sú k dispozícii mapy,
- používané značky/navigácie majú veľké písmená a sú v jazykoch majority obyvateľstva,
- farebné kódy alebo symboly sú dôsledne používané na stenách a podlahách,
- všetci zamestnanci nosia formu identifikácie, ako je uniforma, menovka (Center for Health Care Strategies, Inc., 2013).

Wittenberg et al. (2018, s. 53) vníma ZG ako súbor vedomostí, ktoré ovplyvňujú úroveň zdravotnej gramotnosti pacienta. Sem patria sociálne, kognitívne a komunikačné vedomosti

jedinca a to je umenie čítať, písať, jazyková vedomosť a schopnosť jedinca dokázať porozumieť rizikám vyplývajúcich z konkrétneho ochorenia. Preto je dôležité, aby sa pacient **pred interakciou** so zdravotníckymi pracovníkmi zamyslel nad tým, čo by sa chcel opýtať, porozprával o plánovanej návšteve zdravotníckeho pracovníka so svojimi príbuznými alebo priateľmi, opýtal sám seba, aký je jeho hlavný problém. **Počas interakcie** so zdravotníckymi pracovníkmi by si mal pacient uvedomiť, že má právo klásť otázky, môže požiadať o vysvetlenie získaných informácií iným spôsobom, v prípade ak niečomu nerozumie a sa nemá hanbiť pýtať sa (je povinnosťou a zodpovednosťou ZP pomôcť pacientovi porozumieť tomu, čo mu hovorí) (European Pain Federation, 2023).

Pre zlepšenie ústnej komunikácie pre podporu zdravotnej gramotnosti je nutné vytvoriť bezpečné a rešpektujúce prostredie, pozdraviť pacientov vrúcne s naviazaním očného kontaktu, nájsť si čas na pacienta a získať si jeho dôveru. Ľudia s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou, najmä tí, ktorí sú starší a majú nižší sociálno-ekonomický status, narážajú na problémy s porozumením informácií, komunikáciou so zdravotníckymi pracovníkmi a zapájaním sa do jednotlivých sebaobslužných činností. Preto je dôležité používať reč, ktorá je ľahko zrozumiteľná, spomaliť svoje tempo verbálneho prejavu, obmedziť obsah na niekoľko kľúčových bodov, byť konkrétni, používať slová/vety, ktoré sú jednoduché, známe (Tab. 1, 2) a vyhnúť sa žargónu alebo skratkám (Agency for Healthcare Research and Quality. 2022, Nesari, M at all. 2019).

Tab. 1 Zjednodušenie/konkretizácia slov

| Bežný termín/pojem | Modifikovaný termín/pojem |
|--------------------|---|
| Spôsobilý | Kvalifikovaný alebo schopný získať |
| Hormón | Prírodná alebo človekom vyrobená chemikália, ktorá môže ovplyvniť vašu energiu, náladu a/alebo rast |
| Hypertenzia | Vysoký krvný tlak |
| Infekcia | Problém spôsobený baktériami; prečo čistíte otvorené rany |
| Pľúcnice | Súvisí s dýchaním |
| Supplement | Doplnok, dodatok |
| Dermatológ | Kožný lekár |

Zdroj: Center for Health Care Strategies, Inc., 2013

Tab. 2 Jednoduché vety/konkretizácia viet

| Vety | Modifikovanie viet |
|--|---|
| Nemáte COVID – 19. | Výsledok Vášho COVID-19 testu je negatívny. |
| Jedzte menej soli. | Znížte príjem sodíka. |
| Pred užitím tohto lieku nejedzte ani nepite. | Užívajte tento liek na prázdny žalúdok. |

Zdroj: Center for Health Care Strategies, Inc., 2013

Pri komunikácii sa môže stať, že pacient nepochopí informáciu.

Napríklad:





„Pán doktor, predpísali ste mi tieto tabletky dvakrát denne. Mám si vziať dve tabletky ráno, alebo večer?“

„Sestrička, potrebujem ísť ku kožnému lekárovi, ale na recepcii ma poslali na dermatologické oddelenie.“

Pri zložitých rozhovoroch sa na zjednodušenie využívajú obrázky, modely, videá, interaktívne médiá, pričom sa snažíme udržiavať pacienta zapojeného v rozhovore. Pomôckami môžu byť rôzne brožúry napísané v laickom jazyku, animácie dostupné na internete a aplikácie pre smart telefóny. Zdravotnícki pracovníci preto využívajú moderné technológie, napríklad senzory, tele-správy a automatizované dávkovače liekov. Najnovším vynálezom je tabletky s mikročipom, ktorá informuje farmaceuta o čase, keď ju pacient prehltoť. Týmto spôsobom je možné pacientovi bez námahy skontrolovať dodržiavanie liečby. Stratégie na prekonanie jazykových a kultúrnych bariér v starostlivosti o pacienta zahŕňajú využívanie kvalifikovaných tlmočníkov, telefónne služby a využívanie vyškolených dvojazyčných zdravotníckych pracovníkov. Zdravotnícki pracovníci by sa tiež mali snažiť porozumieť kultúre pacienta a názorom na zdravie. Pokročilé komunikačné stratégie zahŕňajú povzbudzujúce otázky, používanie piktogramov a iných nástrojov na komunikáciu o rizikách, poskytovanie inštrukcií v písomnej aj hovorenej forme (Agency for Healthcare Research and Quality. 2022).

Nezávisle od etnika medzi ďalšie prístupy na pomoc pacientom **pri farmakologickej liečbe** patrí používanie kariet, tabuliek s tabletkami, kariet na tabletky a škatúľ na tabletky. Tieto stratégie sú obzvlášť dôležité, keď sa pridávajú nové lieky, mení sa dávkovanie existujúceho lieku alebo sa mení vzhľad lieku. Ukázalo sa tiež, že ilustrované denné rozvrhy liekov (ako sú tabuľky tabliet) pomáhajú pacientom zapamätať si indikácie a dávkovanie ich liekov, čo vedie k zlepšeniu vlastnej účinnosti a adherencie. Napríklad, ak ide o užívanie lieku, mali by sme ho rozobrať (Obr. 1, 2, 3):

Otázky v rámci farmakologickej liečby: Čo je to liek? Ako presne mám užívať tento liek? Aký je pre mňa prínos, ak užívam tento liek? A čo môžem očakávať z hľadiska vedľajších účinkov a výhod?

| | |
|--|---|
| <p>Nesprávne pochopenie ordinácie:</p> <p>Ordinácia. Užívajte liek 2x denne</p> <p>Nesprávne pochopenie pacientom – pacient môže užiť 2</p> | <p>Správne pochopenie ordinácie v dôsledku správneho podania informácie, správnej komunikácie</p> <p>Ordinácia: Užívajte 1 liek (1 tabletku) 2x denne 1-0-1</p> <div data-bbox="715 1809 817 1912"></div> <p data-bbox="722 1951 852 1980">1 tabletky</p> <div data-bbox="737 1995 810 2027"></div> <div data-bbox="1034 1816 1123 1912"></div> <p data-bbox="1026 1951 1155 1980">1 tabletky</p> <div data-bbox="1070 1995 1144 2027"></div> |
|--|---|

| | |
|------------------------------------|--|
| tabletky ráno a 2 tabletky na obed | |
|------------------------------------|--|

Obr. 1 Ordinácia - užívanie liekov (zdroj:autor príspevku)

BEZPEČNÉ UŽÍVANIE LIEKOV

ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV A PRÍBUZNÝCH
ČO MÔŽE UROBIŤ PACIENT?

UŽÍVAJTE LIEKY...

- ...presne podľa dávkovania. **Neupravujte si ho.**
- ...ktoré vám boli odporúčané. Iba lekár alebo lekárnik **pozná váš zdravotný stav.**
- ...ktoré sú vaše. **Nepožíčajte si ich od druhých.**
- ...tak dlho, ako vám bolo odporúčané. **Neskracujte ani nepredzúžite si liečbu.**
- ...v sede alebo postojácky. Zapite ich **plným pohárom vody.**
- ...iba z originálneho obalu alebo dávkovača. **Nepomýľte sa.**
- ...v záruke. **Doba spotreby** je uvedená na obale lieku.
- ...pozorne. Potme si ich **fahko môžete zameniť.**

ČO MÔŽE UROBIŤ PRÍBUZNÝ?

8 PRAVIDIEL BEZPEČNÉHO UŽÍVANIE LIEKOV

1. **Spíšte zoznam** a dávkovanie všetkých liekov a výživových doplnkov, ktoré pravidelne užíva váš príbuzný.
2. Ak pacient užíva viac než 2 lieky, **preverte riziko liekových interakcií** s lekárom alebo lekárnikom.
3. Povedzte lekárovi o každom **novom lieku**, ktorý pacient užíva. Spýtajte sa ho, či musí naďalej užívať všetky lieky.
4. Zabezpečte pacientovi dávkovač liekov. **Pripravte** mu lieky na celý deň alebo týždeň.
5. Ak pacient nie je schopný prijímať liek, nech sa poradí sa s **lekárnikom** o zmene liekovej formy.
6. **Neupravujte dávkovanie** liekov ani nemajte liekovú formu – **neotvárajte a nevysypajte** kapsuly ani nedrviť tablety. Zmenili by ste tým účinok lieku.
7. Skladujte lieky v **originálnych obaloch** podľa odporúčaní výrobcu. Pravidelne kontrolujte **dobu ich spotreby.**
8. Raz ročne **prehodnotte ďalšie užívanie** liekov a výživových doplnkov s príslušným lekárom alebo lekárnikom.

UPOZORNENIE
Ak spozorujete náhlu zmenu, najmä **točenie hlavy, hnačky, zakopávanie alebo poruchy spánku**, informujte o tom svojho lekára alebo lekárnika. Paziť to najmä vtedy, ak ste začali užívať nový liek alebo vám lekár zmenil dávkovanie lieku.

Preverenie postupy Štandardne postupy MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY FARMACEUTICKÁ FAKULTA SLOVENSKÝ PACIENT

Obr. 1, 2 Bezpečné užívanie liekov 1,2 (Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2023)

ČO POTREBUJETE VEDIEŤ O LIEKU?

ODPORÚČANIA PRE PACIENTOV A PRÍBUZNÝCH

12 OTÁZOK O VAŠOM LIEKU

Ako sa volá váš liek? (1)

Prečo mám liek užívať? (2)

Kedy mám liek užívať? (3)

Koľko lieku mám užiť? (4)

Ako dlho mám liek užívať? (5)

Kedy mám liek prestať užívať? (6)

Aké má liek vedľajšie účinky? (7)

Čo urobiť ak ich spozorujem? (8)

Ak liek užívam, môžem šoférovať alebo sa bicyklovať? (9)

S akým jedlom a pitím liek nesmiem užívať? (10)

Môžem liek užívať s inými liekmi? (11)

Čo urobiť, ak liek zabudnem užiť? (12)

UPOZORNENIE
Lekárnikovia môžu byť kedykoľvek požiadaní o kontrolu všetkých užívaných liekov a výživových doplnkov. Čím viac liekov užívate, tým obľúbtejšie je to **pre vaše zdravie.**

SPÝTAJTE SA LEKÁRNÍKA, AK ...

máte problémy s prehĺtaním tablet. Môže byť k dispozícii tekutý liek.

sa náhle alebo dlhodobo necítite dobre. Môže to súvisieť s užívaním liekov.

neviete, ako správne užívať liek. Vyznačí vám to na obale.

potrebujete tabletu rozpoliť alebo rozhrýť.

máte problém vybrať liek z obalu.

neviete, ako správne skladovať lieky.

Obr. 3 Bezpečné užívanie liekov 2 (Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2023)

Akémkoľvek sesterské intervencie by mali brať do úvahy potenciálne dôsledky kultúrnych rozdielov v komunikácii a porozumení informácií. Rodný jazyk, socioekonomický status, pohlavie, rasa a etnicita spolu s masovou kultúrou – publikované správy, reklama, marketing a množstvo zdrojov zdravotníckych informácií – to všetko ovplyvňuje voľbu intervencií zameraných na zdravotnú gramotnosť. Komunikovať zrozumiteľným jazykom - znamená

komunikáciu, ktorej poslucháč porozumie hneď akonáhle ju počuje, alebo ju prečíta. Materiály s informáciami o zdraví musia citlivo reagovať na rozmanitosť kultúry, pohlavia, veku a jedincom svojím obsahom a štruktúrou (Agency for Healthcare Research and Quality. 2022, Kaas, J, Stasková, V., Šulistová, R., 2016).

Záver

Písaná a hovorená komunikácie musí byť jasná a kvalitná. Schopnosť zdravotníckych pracovníkov komunikovať s pacientmi je spojená s výsledkami zdravotnej starostlivosti. Štúdie preukázali, že pacienti vyžadujú definíciu pojmov, konkrétne príklady, ilustrácie, príbehy a pod. Vyžadujú pomoc pri riešení problémov a potrebujú byť aktívne podnecovaní k tomu, aby kládli otázky. Komunikačné zručnosti zdravotníckych pracovníkov sú dôležitým predpokladom efektívneho zapojenia pacientov s limitovanou zdravotnou gramotnosťou do starostlivosti o svoje zdravie (European Pain Federation, 2023).

Zoznam bibliografických odkazov

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) 2015. Patient-Centered Communication to Improve Health Literacy. 2015. online. [cit. 2023-12-10]. Dostupné na internete: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-literacy/2/organization/patient-centered-communication>

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. 2022. Health Literacy Improvement Tools. 2022 Online. Dostupné na internete: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/index.html>

AN AUSTRALIAN GOVERNMENT INITIATIVE. 2017. Communicating with patients: improving health literacy and outcomes. 2017. online. [cit. 2023-12-10]. Dostupné na internete: <https://nwmphn.org.au/wp-content/uploads/2017/07/Communicating-with-patients-improving-health-literacy-and-outcomes.pdf>

CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES, INC., 2013. Improving Oral Communication to Promote Health Literacy. 2013. online. [cit. 2023-12-10]. Dostupné na internete: https://www.chcs.org/media/Improving_Oral_Communication.pdf

COLLINS, S.,A., CURRIE, L., M., BAKKEN, S., VAWDREY, D., K., STONE, P.,W., 2012. Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. Journal of Biomedical Informatics. 45(3), 598-607. ISSN 1532-0464. 2012. Dostupné z: doi:10.1016/j.jbi.2012.04.001

EUROPEAN PAIN FEDERATION. 2023. Plain talking – Jasná komunikácia je kľúčom k zdravotnej gramotnosti. [cit. 2023 -08- 10]. 9 pp. Online https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/Libroto-Slovakia_Plieg.pdf

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – Ask Me 3. 2023. Good questions for your good health. [cit. 2023-12-10]. online. Available here: <https://www.ihl.org/resources/tools/ask-me-3-good-questions-your-good-health>

KAAS, J., STASKOVÁ, V., ŠULISTOVÁ, R., 2016. The concept of health literacy in contemporary nursing. Kontakt [online]. Vol. 18, N. 4, e219-e223 [cit. 2023-8-10]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2016.10.001

MAGERČIAKOVÁ, M., 2021. Internet – zdroj informácií o zdraví pre dospelú populáciu. 2021. Online. [cit. 2023-11-10]. Dostupné na internete:

<https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/internet-zdroj-informaci-o-zdravi-pre-dospelu-populaciju>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR. 2023. Bezpečné užívanie liekov. 2023. Online. [cit. 2023-12-10]. Dostupné na internete:

<https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Bezpecne-uzivanie-liekov.pdf>

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2023. Prínos elektronického zdravotníctva pre pacienta. 2023. Online. [cit. 2023-10-10]. Dostupné na internete:

<https://www.ezdravotnictvo.sk/sk/-/prinos-elektronickeho-zdravotnictva-pacient>

NESARI, M., OLSON, J., K., NASRABADI, A., N., NORRIS, C., 2019. Registered Nurses' Knowledge of and Experience with Health Literacy. HLRP: Health Literacy Research and Practice [online]. Vol. 3, N. 4 [cit. 2023-8-10]. ISSN 2474-8307. Dostupné z: doi:10.3928/24748307-20191021-01

WITTENBERG, E, FERRELL, B., KANTER, E., BULLER, H., 2018. Health Literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. Clinical Journal of Oncology Nursing [online]. Vol. 22, N. 1, p. 53-61 [cit. 2023-8-10]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi:10.1188/18.CJON.53-61

YEN, L., LEASURE, A., R., 2019. Use and effectiveness of the Teach-Back method in patient education and health outcomes. Federal Practitioner. Vol. 36, N. 6. p. 284 – 289.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Marcela Ižová, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

marcela.izova@ku.sk

PREDOPERAČNÁ NUTRIČNÁ PODPORA GERIATRICKÝCH PACIENTOV

PREOPERATIVE NUTRITIONAL SUPPORT FOR GERIATRIC PATIENTS

Elena Janiczeková, Mária Šupínová, Jana Lauková

Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn

V príspevku sa zameriavame na teoretický prehľad o nutričnej podpore geriatrických pacientov pripravujúcich sa na plánovaný operačný výkon. Operačný výkon predstavuje pre organizmus stresovú záťaž. Nutričná podpora je neoddeliteľnou súčasťou predoperačnej liečby, jej cieľom je minimalizovať katabolizmus, podporiť anabolické pochody v organizme, a tak obmedziť rozvoj pooperačných komplikácií.

Cieľom príspevku je poukázať na dôležitosť hodnotenia stavu výživy a indikáciu predoperačnej nutričnej prípravy u rizikovej skupiny geriatrických pacientov, ktorí podstupujú plánovanú operáciu (väčšieho rozsahu). Malnutrícia je u chirurgického pacienta významným negatívnym faktorom, ktorý má vplyv na pooperačnú morbiditu a letalitu. Podvýživa geriatrických pacientov pred plánovanou operáciou je častá a nepriaznivo ovplyvňuje pooperačný priebeh. Predoperačné hladovanie geriatrických pacientov v perioperačnom období spojené s veľkými operačnými výkonmi zvyšuje riziko komplikácií. Minimalizácia periódy hladovania a proteinokalorického deficitu v období pred operáciou si vyžaduje trvalú nutričnú starostlivosť s včasným zásahom, ktorý spočíva v modifikácii diéty, podávaní diétnych prípravkov a sippingu, prípadne v aplikácii enterálnej alebo parenterálnej výživy. V príspevku predstavujeme moderný spôsob perioperačnej starostlivosti - koncept ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), kde práve nutričná podpora zohráva podstatnú úlohu pri minimalizácii operačnej traumy. Autorka popisuje úlohy sestier ktoré súvisia s predoperačnou nutričnou starostlivosťou, ale aj benefity pre pacienta súvisiace s dodržiavaním konceptu ERAS.

Príspevkom sme poukázali na aktuálne stratégie v predoperačnej nutričnej podpore pacientov a nezastupiteľnej úlohy sestry pri nutričnej podpore geriatrických pacientov pred plánovaným operačným výkonom.

Kľúčové slová: Nutričná podpora. Geriatrický pacient. ERAS. Operačný zákrok.

Summary

In the paper, we focus on a theoretical overview of nutritional support for geriatric patients preparing for a planned surgical procedure. Surgery represents a stress load for the organism. Nutritional support is an integral part of preoperative treatment, its goal is to minimize catabolism, support anabolic processes in the body, and thus limit the development of postoperative complications. The aim of the paper is to point out the importance of assessing the nutritional status and the indication of preoperative nutritional preparation in the risk group of geriatric patients who are undergoing planned (major) surgery. Malnutrition is a

significant negative factor in surgical patients, which has an impact on postoperative morbidity and mortality. Malnutrition of geriatric patients before planned surgery is common and adversely affects the postoperative course. Preoperative fasting of geriatric patients in the perioperative period associated with major surgical procedures increases the risk of complications. Minimizing the period of starvation and protein-caloric deficit in the period before surgery requires permanent nutritional care with early intervention, which consists in modifying the diet, administering dietary preparations and sipping, or in the application of enteral or parenteral nutrition. In this paper, we present a modern method of perioperative care - the concept of ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), where nutritional support plays an essential role in minimizing surgical trauma. The author describes the tasks of nurses related to preoperative nutritional care, but also the benefits for the patient related to compliance with the ERAS concept. In the article, we pointed out the current strategies in preoperative nutritional support of patients and the irreplaceable role of the nurse in nutritional support of geriatric patients before planned surgery.

Keywords: Nutritional support. Geriatric patient. ERAS. Surgery.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Elena Janiczeková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

elena.janiczekova@szu.sk

SKRÍNING PORÚCH VÝŽIVY U PACIENTOV PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

SCREENING FOR EATING DISORDERS AFTER STROKE

Mária Lehotská¹, Viera Priesolová²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

²Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN

Súhrn

Východiská: Klinické skúsenosti poukazujú na skutočnosť, že správny nutričný assessment a následné ciele intervencie zásadným spôsobom ovplyvňujú celkový stav a prognózu pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Cieľ: Podrobne popísať validné a realizovateľné nástroje hodnotenia nutričného stavu, ktoré môžu byť použité ako nezávislé prediktory komplikácií a klinických výsledkov u tejto skupiny pacientov.

Súbor a metódy: Obsahová analýza prác publikovaných v databázach SCOPUS, Web of Science Cor Collection (WOS) a voľne dostupnej databáze PubMed za posledných 5 rokov. Prostredníctvom vyhľadávania s využitím kľúčových slov „stroke, measurement tools, assessment, nutritional status, malnutrition, nutritional screening, MUST, NRS-2002, MNA, MNA-SF, CONUT“ a ich kombinácií získaných 80 dokumentov týkajúcich sa predmetnej problematiky. Následne prostredníctvom inkluzívnych a exkluzívnych kritérií vyselektovaných viac ako 35 zdrojových dokumentov podrobených obsahovej analýze. **Výsledky:** Prezentujú prehľad relevantných nástrojov umožňujúcich posúdiť nutričný stav pacientov po cievnej mozgovej príhode (NRS, MUST, MNA, MNA-SF, CONUT, SGA, GNRI...). Uvedené nástroje boli v sledovaných štúdiách prediktormi mortality, doby hospitalizácie, resp. opakovaných hospitalizácií, miery sebestačnosti (najčastejšie meranej bodovým skóre v ADL teste), komplikácií v podobe infekcií a dekubitov, dysfágie a kognitívneho deficitu.

Záver: Prehľadová štúdia predstavuje vstupnú teoretickú bázu k projektu 009KU-4/2022 - Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov.

Kľúčové slová: Cievna mozgová príhoda. Malnutrícia. Nutričný skríning. NRS-2002. MUST. CONUT. MNA.

Summary

Introduction: Clinical experience points to the fact that proper nutritional assessment and subsequent targeted interventions significantly affect the overall conditions and prognosis of patients after a stroke.

Objective: To describe in detail valid and reliable methods of assessing nutritional status that can be used as independent predictors of complications and clinical outcomes in this group of patients.

File and methods: Content analysis of works published in the databases SCOPUS, Web of Science Cor Collection (WOS) and open access database PubMed in the last 5 years. Through a search using the keywords "stroke, measurement tools, assessment, nutritional status,

malnutrition, nutritional screening, MUST, NRS-2002, MNA, MNA-SF, CONUT" and their combinations, 80 documents related to the issue in question were obtained. Subsequently, through inclusive and exclusive criteria, more than 30 source documents were selected and subjected to content analysis.

Results: They present an overview of relevant tools for assessing the nutritional status of patients after stroke (NRS, MUST, MNA, MNA –SF, CONUT, SGA, GNRI...). In the monitored studies, the mentioned tools were predictors of mortality, hospitalization time, or repeated hospitalizations, the degree of self-sufficiency (most often measured by the point score in the ADL test), complications in the form of infections and pressure ulcers, dysphagia and cognitive deficit.

Conclusion: The review study represents the initial theoretical basis for the project 009KU-4/2022 - Nutrition and physical activity as the basic pillars of care for patients at risk.

Key words: Stroke. Assessment. Malnutrition. Nutritional screening. NRS-2002. MUST. CONUT. MNA.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
maria.lehotska@ku.sk

PERINATÁLNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST, JEJÍ ZDROJE A POTENCIÁL ROZVOJE

PERINATAL HEALTH LITERACY, ITS RESOURCES AND POTENTIAL FOR DEVELOPMENT

Alena Lochmannová

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt

Východiska: Zdravotní gramotnost těhotných žen představuje významný prvek podpory a péče o vlastní zdraví těhotných žen, stejně jako jejich dětí. Příspěvek prezentuje dílčí aspekty perinatální zdravotní gramotnosti žen, především v rovině jejích zdrojů, proces budování a rozšiřování zdravotní gramotnosti, aspekty ovlivňující výběr zdroje pro získávání informací a limity v rovině perinatální zdravotní gramotnosti. Prezentovaný výstup je dílčím výsledkem kvalitativního výzkumného šetření zaměřeného na populaci žen – matek a témata pokrývající období těhotenství, porod, šestinedělí a rané mateřství.

Cíl: upozornit na základní zdroje informací a budování zdravotní gramotnosti u těhotných žen, na aspekty ovlivňující výběr zdroje a také na potenciál dalšího rozvoje dílčích aspektů perinatální zdravotní gramotnosti žen.

Metodika: výzkumným souborem byly ženy ve fertlím věku (ženy v průběhu těhotenství a po porodu). Celkový počet respondentů 86. Hlavní metodou byl polostrukturovaný rozhovor.

Výsledky: Rozhovory probíhaly osobně za přítomnosti pouze jedné tazatelky a jedné matky. Všem ženám, které se výzkumu účastnily, byl předložen informovaný souhlas, přičemž na podkladě souhlasného vyjádření byl realizován rozhovor, který byl nahráván na záznamové zařízení a posléze přepisován. Z vyprávění žen bylo patrné, že příprava na porod zpravidla probíhá v rovině fyzické přípravy a fyzického zdraví. Již méně věnují ženy pozornost psychické pohodě v průběhu těhotenství. To se jeví jako velmi problematický aspekt.

Závěr: Zdravotní gramotnost má přímý dopad na těhotenství z pohledu matky i dítěte. Perinatální zdravotní gramotnost je budována dominantně v období prvního těhotenství ženy, a to s využitím různých zdrojů, ať už zdrojů personálních, tak i knižních a online. Značný deficit je spatřován v rovině perinatální zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví, a to nejen v průběhu těhotenství a v období porodu, ale především v období šestinedělí a návazném období raného rodičovství. Ze strany zdravotnického personálu se pak jeví jako vhodná trpělivá komunikace a aktivní pobídky směřované k ženám.

Klíčová slova: Perinatální zdravotní gramotnost. Informace. Péče. Sebepéče.

Abstract

Introduction: Health literacy of pregnant women represents an important element of support and care for the own health of pregnant women, as well as their children. The paper presents partial aspects of women's perinatal health literacy, mainly in terms of its resources, the process of building and expanding health literacy, aspects influencing the choice of source for obtaining information and limits in terms of perinatal health literacy. The presented output is a partial result of a qualitative research investigation focused on the population of women -

mothers and topics covering the period of pregnancy, childbirth, postpartum and early motherhood.

Goal: draw attention to the basic sources of information and building health literacy among pregnant women, to the aspects influencing the choice of source, as well as to the potential for further development of partial aspects of women's perinatal health literacy.

Methodology: the research group was women of childbearing age (women during pregnancy and after childbirth). The total number of respondents was 86. The main method was a semi-structured interview.

Results: The interviews were conducted in person in the presence of only one interviewer and one mother. All women who participated in the research were given informed consent, and based on the statement of consent, an interview was conducted, which was recorded on a recording device and then transcribed. It was evident from the women's stories that preparation for childbirth usually takes place in terms of physical preparation and physical health. Women pay less attention to psychological well-being during pregnancy. This appears to be a very problematic aspect.

Conclusion: Health literacy has a direct impact on pregnancy from the perspective of both mother and child. Perinatal health literacy is built dominantly in the period of a woman's first pregnancy, using various resources, both personal, book and online resources. A significant deficit is seen in the level of perinatal health literacy in the field of mental health, not only during pregnancy and during childbirth, but especially during the postpartum period and the subsequent period of early parenthood. On the part of the medical staff, patient communication and active incentives directed at women appear to be appropriate.

Keywords: Perinatal health literacy. Information. Care. Self-care.

Úvod

V soudobé společnosti hrají informace klíčovou roli při zvyšování povědomí a znalostí lidí. Zdravotní gramotnost je možné definovat jako míru, do jaké jsou lidé – pacienti/klienti schopni získat, zpracovat a porozumět základním zdravotním informacím a službám, které jsou potřebné k přijímání správných zdravotních rozhodnutí. Zdravotní gramotnost hraje během těhotenství zásadní roli, protože zdravotní chování matky ovlivňuje jak její vlastní zdraví, tak zdraví jejího dítěte (Nawabi et al., 2021). Představuje zásadní a zároveň modifikovatelný faktor směřující ke zlepšení přístupu ke zdravotním informacím, komunikaci s poskytovateli zdravotní péče a orientaci v systému zdravotní péče. Stejně tak je ústředním prvkem schopnosti těhotných žen a následně matek zapojit se do aktivit směřujících k podpoře zdraví a prevence nejen u sebe, ale i u svých dětí. Zdravotní gramotnost těhotné ženy je dána jejími znalostmi, dovednostmi, ale také motivací, přičemž tyto prvky jí umožňují získat, pochopit, vyhodnotit a používat informace o zdraví k rozhodování v každodenním životě. Nedostatečná úroveň zdravotní gramotnosti přitom zvyšuje riziko nepříznivých výsledků a čteně také dlouhodobých důsledků těhotenství a porodu (Meldgaard et al., 2022). Těhotné ženy s nízkou zdravotní gramotností mají menší znalosti týkající se těhotenství a horší zdravotní chování

(Shieh et al., 2009). Mají také méně znalostí například o prenatálních screeningových testech vrozených vad (Cho et al., 2007) a o účincích kouření na plod (Arnold et al., 2001). Výsledky studií ukázaly, že prevalence nízké zdravotní gramotnosti mezi těhotnými ženami se pohybuje od 15 do 38 % a souvisí s vyšším věkem a menšinovým statutem (Hom et al., 2012). Nízká zdravotní gramotnost může mít za následek nedostatečné porozumění případným zdravotním komplikacím, nemoci a vlastnímu zdraví a je vnímána jako silnější prediktor zdraví než věk, rasa, typ zaměstnání, vzdělání a příjem. Existuje řada důkazů, které potvrzují souvislost mezi nižší zdravotní gramotností a zvýšenou úmrtností a nedostatečnou sebepečí (Zibellini et al., 2021).

Cílem této studie je základě probíhající výzkumné studie v populaci žen – matek upozornit na základní zdroje informací a budování zdravotní gramotnosti u těhotných žen, na aspekty ovlivňující výběr zdroje a také na potenciál dalšího rozvoje dílčích aspektů perinatální zdravotní gramotnosti žen.

Metodika

Výsledky prezentované v této studii představují vybrané dílčí výsledky výzkumné kvalitativní studie probíhající v letech 2022–2023 na vzorku žen matek. V rámci výzkumné studie bylo realizováno celkem 86 polostrukturovaných rozhovorů, které byl dále zpracovávány v souladu s principy tematické analýzy. V rámci každého rozhovoru byla pokryta příslušná témata týkající se plánování těhotenství, těhotenství v jeho jednotlivých fázích, porod, období šestinedělí a období první dvou let rodičovství, přičemž perinatální zdravotní gramotnost byla jedním z dílčích témat, a to především v rovině zdrojů informací, jejich kritické analýzy a případných nedostatků v rovině retrospektivního hodnocení relevantních proměnných. Pozornost byla věnována také determinantům přijímání a zpracovávání informací ze strany zdravotnického personálu.

Rozhovory probíhaly osobně za přítomnosti pouze jedné tazatelky a jedné matky. Všem ženám, které se výzkumu účastnily, byl předložen informovaný souhlas, přičemž na podkladě souhlasného vyjádření byl realizován rozhovor, který byl nahrává na záznamové zařízení a posléze přepisován. Jména respondentek jsou kódována a prezentovaná ženská jména byla náhodně přiřazena, přičemž neodpovídají skutečným jménům respondentek. V následujícím textu jsou pro ilustraci předkládaných tvrzení citovány vybrané úseky z rozhovorů, které byly upraveny v rovině formulací co do srozumitelnosti, nicméně obsahově zůstávají nezměněny.

Diskuse

Období těhotenství je bez nejmenších pochyb na jedné straně krásné, ale na straně druhé náročné období, které přináší řadu fyzických i psychických změn nejen pro těhotnou ženu, ale také pro její nejbližší sociální okolí. Těhotná žena potřebuje disponovat značným souborem dovedností, aby porozuměla informacím, které dostává při kontaktu a komunikaci se zdravotnickým personálem, aby se v nich dokázala zorientovat a kriticky je zhodnocovat. Zároveň s ohledem na potřebu úzké spolupráce mezi zdravotníky a těhotnou ženou je

zdravotní gramotnost v těhotenství důležitým faktorem při prevenci zdravotních problémů (Friis et al., 2016). Prosperující a úspěšné těhotenství vyžaduje odpovídající úroveň zdravotní gramotnosti. Nízká zdravotní gramotnost může během těhotenství a porodu zvýšit riziko komplikací (Meldgaard et al., 2022).

Samotné těhotenství je vnímáno jako vhodné období pro změnu v rovině vlastní edukace a sebezpečí. Ženy jsou, především pak v průběhu prvního těhotenství, kdy je potřeba získání nových informací a rozšíření zdrojů pro jejich aktualizaci největší, což je evidentní na výpovědích žen, které jsou těhotné poprvé a aktivně vyhledávají nejružnější zdroje informací, a to často ještě před samotným otěhotněním ve fázi plánování, velmi motivovány ke zlepšení vlastního zdraví, aby dosáhly stavu, kdy bude jejich těhotenství bezproblémové a budou schopné maximalizovat produktivní úsilí pro posilování vlastního zdraví, stejně jako zdraví svého dítěte. Někteří autoři těhotenství popisují jako období vhodné pro učení, na které je vhodné zaměřit intervence ke zlepšení zdravotní gramotnosti a které by mohlo být posíleno pravidelnou interakcí mezi ženami a zdravotnickým systémem (Olander et al., 2018). Determinanty změny chování v důsledku těhotenství pak lze pochopit s využitím psychologické teorie. Například podpora rozvíjejícího se vztahu mezi matkou a plodem ve smyslu emocionální vazby a chování matky vůči nenarozenému dítěti může usnadnit změnu chování (Van den Bergh & Simons, 2009), nicméně tato změna se zpravidla rozvíjí až v pozdnější fázi těhotenství, přičemž odráží významné momenty včetně ultrazvukových vyšetření, pohybů plodu aj. (Olander et al., 2018). Mezi chováním a vztahem mezi matkou a plodem mohou mít zjevnou souvislost i další proměnné, například příčiny a příznaky stresu (Darwin & Walsh, 2017).

Zdravotní systém se stále více zaměřuje na propacientskou péči a přístup, přičemž v případě těhotných žen je těmto ženám čteně dávána aktivní role při rozhodování o řadě aspektů péče. Je proto nezbytné, aby na straně žen existovaly znalosti a v řadě případů i dovednosti, které jim umožní se zdravotnickým systémem a jeho zástupci jednat, porozumět jim a tuto aktivní roli ve smyslu řízení vlastního zdraví a nemoci přijímat, stejně tak je důležité, aby ženy disponovaly schopností tyto nástroje účinně používat. Všechna rozhodnutí žen o využívání zdravotních služeb by měla být individuální a informovaná, přičemž nutno podotknout, že soubor znalostí a dovedností, které ženě umožní osvojit si zdravé chování, je široký a komplexní. V současné době se zdravotnické systémy stále více zaměřují na pacienty a pacientky, což vyžaduje, aby tito přebírali aktivní roli a stali se nedílnou součástí rozhodovacích procesů v oblastech souvisejících se zdravím (Ferreira et al., 2017). Je to změna, která se postupně prosazuje i ve vnímání těhotných žen, přičemž jsou zde propastné rozdíly v přístupu k péči, kdy v řadě případů je aktivní role přebíraná zcela automaticky, v jiných případech však zůstává žena pasivní a očekává aktivní přístup zdravotnického personálu. Nutno tak podotknout, že vymezení rolí je v tomto kontextu založeno především na vzájemné dohodě a komunikace mezi zdravotnickým personálem a těhotnou ženou o vzájemných potřebách a očekáváních je nezbytná. V opačném případě může vzniknout například milné očekávání či

přesvědčení, že je žena v daném ohledu poučena a edukována, na druhé straně je pak dominantně zaznamenán pocit studu vycházející z neznalosti, který těhotné ženy uvádějí jako základní bariéru pro pokládání doplňujících dotazů směřujících k dovysvětlení neobjasněného či nepochopeného obsahu sdělení.

Z realizované výzkumné studie vyplývá, že zatímco některé ženy očekávají, že veškeré potřebné informace získají od lékaře, především pak v případě prvního těhotenství, jiné si aktivně informace zjišťují na základě vlastní motivace. Zdravotnický personál je ovšem dominantním zdrojem informací, velké důvěře u žen se těší především porodní asistentky, a to ať už ty, které poskytují komunitní péči, tak obecně mající vzdělání a praxi v daném oboru, přičemž čteně jsou vyhledávány i předporodní kurzy. Budovaná úroveň zdravotní gramotnosti těhotných žen je především v rovině přípravy na porod samotný, průběh porodu a ranou péči o dítě.

Ze strany ošetřujících lékařů ženy velmi často nevnímaly dostatek informací a s ohledem na subjektivně vnímanou lékařskou autoritu se obávaly zeptat na detailní vysvětlení a tím připustit neznalost. Nedostatek informací byl vnímán především ve vazbě na porozumění výsledků vyšetření, případně sdělené diagnóze či popisu stavu. Tento nedostatek byl dále kompenzován vlastním zjišťováním informací z různých zdrojů.

Adina v průběhu těhotenství neměla dojem, že by jí byly poskytnuty veškeré potřebné informace ze strany lékaře, a proto si je aktivně dohledávala. V jejím případě byla zdrojem rodinná příbuzná, v řada případů jsou to jiné ženy, které samy již těhotné byly a jsou tedy vnímané jako zkušenější, případně příbuzní a známí se zdravotnickým vzděláním a kvalifikací, kteří dokáží podrobněji vysvětlit terminologii a případné důsledky a žádoucí jednání a chování ženy v reflexi sdělovaných výsledků. Informace o průběhu těhotenství jsou vnímány jako významný aspekt psychosociální pohody ženy.

Adina: „Když jsem zjistila, že něco nevím, informace jsem si hledala. Byla jsem tehdy nadšená z toho neznáma. Navíc máme v rodině porodní asistentku, je to moje teta, takže jsem vždy volala jí, že nevím, co stojí ve zprávě od lékaře. Například když tam bylo, že plod se vyvíjí v pořádku, ale je menší, tak jsem chtěla vědět, co to znamená a jestli se mám obávat. Vždy jsem si volala s tetou, byla pro mě takovou utěšovatelkou. A také jsem se rozhodla jít do předporodního kurzu, kde nás připravili na porod, bavili jsme se o plánech, o kojení, o plenkách, měli jsme tam panenky, cvičili jsme si první pomoc. Ale ze strany gynekologa jsem se informovaná necítila být.“

Obdobně to měla i Patricie, ta navíc do přípravy zapojila v rámci předporodního kurzu i svého manžela, což je v současnosti dominantní model pro absolvování předporodních kurzů, přestože jsou ve vzorku přítomny i ženy, jejichž partneři absolvování předporodního kurzu v důsledku stereotypních představ o příslušné edukaci v rovině subjektivně vnímané ženské role a porodu jakožto ryze ženského tématu odmítli.

Patricie: „*Hodně jsem si hledala sama. Chtěla jsem být hodně informovaná. Až to někdo mohl brát tak, že to není dobrý. Moje mamka na to pak pohlížela jako že toho vím hodně, ale že to bude úplně jiný. Ale já prostě chtěla mít informace, chtěla jsem se připravovat, zjišťovat si věci, co dříve nebyly, třeba i to, jak bych chtěla výchovu. Potom jsem dospěla k rozhodnutí, že chci absolvovat předporodní kurz, takže jsem šla za manželem, že chci, aby tam byl se mnou. On se mě ptal, co tam bude dělat, ale nakonec byl nadšený a spokojený. Dozvěděl se dost informací, bylo to pro něj asi víc než pro mě. Já už jsem nějaké informace měla, on nevěděl nic a bál se porodu. Říkal, že si nedokáže pomoci, že bude ve stresu, je takový hodně citlivý. On by raději mou bolest vzal na sebe. Nakonec jsme intenzivní předporodní kurz brali jako takový víkendový relaxační pobyt.*“ Některé ženy přitom volí předporodní kurz přímo v nemocnici, v níž se rozhodly родit, případně pořádaný porodní asistentkou, a to v rovině obecné přípravy, jiné volí specificky zaměřený předporodní kurz. Například Patricie absolvovala předporodní kurz hypnoporodu.

Od ošetřujících lékařů a lékařek těhotné ženy očekávají relevantní informace a zároveň v ideálním případě minimálně traumatizující přístup. S ohledem na potřeby psychosociální péče se čteně obracejí i na duly, které se, obdobně jako porodní asistentky, těší jejich důvěře. Anička oceňuje péči své gynekoložky především s ohledem na uklidňující přístup.

Anička: „*Moje gynekoložka byla fajn. Já potřebuji, aby mě lidé nestresovali. Ona mě vždycky uklidnila a vysvětlila, abych se nestresovala na internetu v diskusích. Já taková jsem. Kolikrát si hledám informace, které jsou pak i třeba zcestné a já se stresuji. Snažím se to filtrovat rozumem, ale jsou věci, co nevím. A tak mi to moje lékařka vždy vysvětlila a pomohla mi, byla to pohoda. Pár měsíců před porodem jsem pak kontaktovala dulu. Měla jsem zájem si prohlédnout nemocnici, chtěla jsem absolvovat předporodní kurz, ale to byl covid a vše tohle odpadlo, nemohla jsem na nic a já jsem měla potřebu si s někým promluvit, kdo o tom něco ví, a tak jsem kontaktovala dulu a ptala jsem se jí na porodnice v místě mého bydliště.*“V daném případě byla dula skutečně primárním zdrojem informací, neboť respondentka si ji k porodu nezamýšlela vzít jako doprovod.

Jak už naznačuje výpověď Aničky, řada žen využívala jako dominantní zdroj informací internet, a to ať už v rovině specializovaných webů a diskusních fór, tak v rámci skupin na sociální síti Facebook, které byly určeny pro těhotné ženy, některé dokonce pro ženy, jejichž termín byl v příslušném, skupinou definovaném termínu, což jim umožnilo čerpat a recipročně sdílet informace se skupinou těhotných žen, které nejbližší odpovídaly jejich vlastní situaci a stavu. Populární jsou také profily porodních asistentek na sociální síti Facebook a Instagram, kde jsou však získávány informace obecného rázu, zatímco skupiny slouží pro vyhledávání či přímé položení otázky k tématu, které ženu aktuálně zajímá, případně pro budování komunity žen na bázi společného sdílení a svépomocné komunity, obdobně jako fungují svépomocné skupiny zaměřené na specifická témata, jako je například kojení, které se sdružují zpravidla v rámci existujících organizací pro těhotné ženy a maminky, resp. rodiny. Nutno podotknout,

že všechny tyto kanály fungují v rovině svépomoci, přičemž je nutno zdůraznit potřebu komparace, ověření informací a rozvinutého kritického myšlení v rovině práce se získanými informacemi, které si v řadě případů mohou protiřečit a pro ženu může být náročné se v množství informací zorientovat. V rámci sociálních sítí je jistou bariérou pro sdílení a aktivní pokládání dotazů v online prostoru i cyberhate ve smyslu negativních reakcí na nevědomost tazatelky, což je ženami vnímáno nejen negativně, ale také jako faktor, který je odrazuje od aktivního sdílení a stávají se tak spíše pasivním příjemci a pozorovatelkami rozvíjejících se diskuzí ve skupinách a na specializovaných fórech. Na druhou stranu v případě online komunit a zdrojů informací ženy oceňují zpravidla klid domova v případě vyhledávání a možnost získat detailnější informace založené na vlastní zkušenosti dominantně jiné ženy, která se o ně rozhodla podělit.

Radka: *„Informace jsem si hledala většinou přes internet, protože u lékaře byly prohlídky dost rychlé. Takže většinou to byl ten internet, kde jsem si vše zjišťovala.“*

Kamila: *„Na co jsem se nezeptala, to jsem nevěděla. To bylo překvapivé, protože já moc nevěděla, na co se mám ptát. Já většinou tedy googlovala a potom jsem se doptala. Lékařka mi sice říkala, ať na internet nekoukám, ale mě nenapadlo se na vše zeptat. Lékařka je moc hodná, ale sestru má takovou nepřijemnou, co nic ne vysvětlí, ta mě štvála.“*

Také literatura určená pro přípravu na těhotenství a porod je oblíbenou pomůckou pro získávání relevantních a praktických informací ze strany těhotné ženy.

Miloslava: *„Já jsem v osmém a devátém týdnu špinila, tak mi dali na rizikový. Sledovali mě a nic vážného to nebylo, ale nikdo mi k tomu nic pořádně neřekl. Řekli, že někdy se to stává. Pak mi zjistili hematom na děloze. Já si načítala knihy od pana Pařízka, nebo třeba hypnoporod, abych tušila ten průběh, co to je. To mě bavilo a ráda na to vzpomínám, tedy na to období, když jsem měla čas se věnovat sama sobě. Na kontrolách mi jinak lékař vše hezky vysvětlil, říkal mi i co si můžu nechat dovyšetřit dobrovolně.“*

Důvěra v lékaře je velmi proměnlivá. Ženy, které si aktivně zjišťují informace mají tendenci žádat širší spektrum informací a detailní vysvětlení i po lékaři a ošetřujícím personálu. Vedle toho ženy, které si aktivně informace nezjišťují a očekávají spíše jejich pasivní příjem často disponují silnou důvěrou v lékaře a ošetřující personál, řídí se pokyny a doporučením a čteně se nedoptávají ani na detaily, čteně z důvodu důvěry, ale také z důvodu studu z neznalosti, případně předchozí negativní zkušenosti v rovině komunikace.

Renata: *„Já se přiznám, že na předporodní kurzy jsem nechodila. Já nejsem taková pečlivá, že bych to chtěla mít pintlich. Já do toho spíš skáču po hlavě. Celoživotně mívám dobrý tlak a před porodami mi vyskočil a pochopila jsem, že doktoři potřebují vyloučit nějaký závažnější onemocnění, tak si mě nechali v porodnici asi dva týdny před plánovaným porodem, kde jsem prošla všechna patra. Nakonec jsem šla na vyvolávání a už netuším, co mi dali, jestli injekci*

nebo prášek... Detailně mi to nevysvětlili, ale víceméně jsem jim věřila a pochopila jsem, že pokud už to dítě má horší plodovou vodu.... Prostě jsem věřila a detailně jsem to neřešila.“

Důvěra ve zdravotnický personál je dána buď intuitivně, stejně jako nedůvěra. Nedůvěra zpravidla pramení z předchozí zkušenosti či sdíleného stereotypu na základě zjednodušení a subjektivní interpretace zkušenosti někoho z vlastního sociálního okruhu. Zodpovědnost je zdravotnickému personálu přenechávána ovšem také v okamžicích krizí, například ve smyslu nutnosti operačního zákroku v rovině akutního řešení problému.

Nina: „Já jsem to hned věděla, že jsem těhotná a byli jsme šťastný. Myslela jsem si, jak to bylo jednoduchý. Pak jsem se ale jednou probudila a bylo mi zle, měla jsem bolesti. Byl tehdy covid a doktor nechtěl, abych za ním jela. Řekl mi, že musím na první pomoc a tam to bylo jako za války. Měli tam pokojík, tam jsem přišla a všichni mi říkali, že jsem těhotná. To jsem jim říkala, že vím. Nakonec zjistili, že vaječník se začal škrtit a hned ten den jsem musela mít operaci, a to bylo hrozný na psychiku. Byla jsem jak uzlíček nervů. Trvalo jim zjistit, co mi je a mysleli si, že jsem dramatická. Ten přístup byl zvláštní. Všichni nervózní a s maskami. Nakonec tam ani nebylo místo, my byli v pokojíku na uklízení věcí. Prostě příběh, který by mi nikdo nevěřil. Po operaci zjistili, že pupeční šňůra nebyla připevněná, kam měla, takže jsem měla rizikový těhotenství. Celé to začalo v devět ráno a v jedenáct v noci jsem pak měla operaci a bylo mi to celkem jedno, co se mnou pak dělali. Já myslela že umřu, ta bolest byla nesnesitelná. A byla jsem tam kvůli covidu sama. Doktoři mi museli říct to nejhorší, takže mi řekli, že pravděpodobně to miminko umře. Oni měli změnu doktorů a kdyby neměli, tak já tu operaci nechci, já jsem nechtěla o něj přijít, nedokázala jsem si to představit. Potom byla změna doktorů a přišla úžasná doktorka a řekla, že se bojím, že to ví, ale že to můžou udělat tak, aby šli kolem něho, a to mě přesvědčilo. A měla pravdu.“

Obecně jsou ženy velmi citlivé na informace o potenciálním ohrožení dítěte, aniž by tyto informace byly navázány na pojmenování konkrétních rizik a dále rozvedeny. Příliš obecná informace je pak pro ně dominantně traumatizující.

Přestože však některé ženy důvěřují zdravotnickému personálu a jsou spíše pasivním příjemcem informací ze strany tohoto personálu, dokážou si v případě určité úrovně zdravotní gramotnosti samostatně vyhodnotit informace a dále je konzultují s příslušnými odborníky, kteří jim poskytují dodatečný náhled na věc. Závěrečné rozhodnutí je pak rozhodnutím ženy založeným na dosavadní znalosti a nových informací z několika zdrojů.

Jitka: „Přípravu jsem nechávala dost v rukou zdravotnického personálu. Chodila jsem na kontroly, prohlídky. Ale byla jsem tak trochu i za rebelku, protože jsem si odmítla nechat píchat inzulin, když mi řekli, že mám těhotenskou cukrovku. Nelíbilo se mi, že se často stává, že vznikne rezistence a já řekla, že budu striktně dodržovat doporučený režim diety, ale nikde jsem pak už neměla problém s cukrem. Jedla jsem opravdu podle tabulek, bylo to hrozně monotónní, protože já jsem normálně zvyklá jít barvitě, ale ovládla jsem se. Díky té dietě, kterou jsem

konzultovala s nutriční specialstkou, protože jsem fakt nechtěla několik měsíců jíst tu samou snídani. Nutriční specialtka mi upravila jídelníček a mohla jsem si to trochu prostřídat. To byla pro mě taková největší příprava a jsem ráda, že jsem měla tu odvahu říct ‚ne‘. Koukali na mě tehdy jako na matku, co zabíjí svoje dítě, tak mi to přišlo. Pak ale, když viděli ty výsledky, tak už to bylo dobré. Já jim řekla, že umím držet režim a že jsem na tohle rozumná máma a chráním své dítě. Takže nediskutovali. Ale v první chvíli jsem viděla, že si mysleli, že mají pravdu.“

Z vyprávění žen je nicméně patrné, že příprava na porod zpravidla probíhá v rovině fyzické přípravy a fyzického zdraví. Již méně věnují ženy pozornost psychické pohodě v průběhu těhotenství. To se jeví jako velmi problematický aspekt. Stále více je diskutováno, že se u některých žen po porodu rozvíjí posttraumatická stresová porucha, přičemž stávající výzkum naznačuje, že u žen je pravděpodobnost vzniku postnatální postraumatické stresové poruchy vyšší, pokud jsou přítomny určité faktory, jako je vysoká úzkostnost, již existující strach z porodu (tokofobie), přítomnost dalších tělesných a/nebo duševních zdravotních problémů během těhotenství, předchozí traumatický zážitek z porodu a sexuální zneužívání dětí v anamnéze (Leeds & Hargreaves, 2008). Ženy také v rané poporodní fázi postihuje postnatální deprese. Ta nejenže ovlivňuje ženu, ale může mít škodlivý vliv i na její dítě, což vede například k poruchám chování (Wrate et al., 1985), kognitivním obtížím (Murray, 1992) a problémům s připoutáním. Zatímco původně byla poporodní deprese považována za důsledek biologických změn po porodu, nyní se uznává, že jsou to převážně psychosociální faktory, které zvyšují riziko vzniku poporodní deprese (Boyce & Hickey, 2005). I z toho důvodu se zdá jako vhodné věnovat pozornost vedle přípravy v rovině fyziologické i přípravě a prohlubování zdravotní gramotnosti v rovině psychosociální péče a sebek péče.

Eliška: „Když se na to teď zpětně dívám, tak mě nenapadlo se připravovat po psychické stránce. V prvním trimestru jsem se přestěhovala z Prahy sem, sžívali jsme se s mužem a s jeho dcerkou a nějak jsem se zaměřovala hodně na to, jak se sžít s nevlastní dcerkou, ale asi jsem se věnovala tomu břišku aspoň, mluvila jsem na něj hodně a cvičila jsem, chodila jsem na předporodní cvičení, fyzickou stránku jsem cvičila.“

Stejně tak do značné míry ženy zanedbávají přípravu na poporodní období, především tedy období šestinedělí, a to jak v rovině fyziologických změn a procesů, případných komplikací a potřebné sebek péče, tak v rovině gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Ta zahrnuje schopnost rozpoznat a rozlišit poruchy a příznaky duševního zdraví, znalost toho, jak a kde hledat informace týkající se poruch duševního zdraví, a kognice, které ovlivňují schopnost rozpoznat příznaky a vyhledat vhodnou pomoc, stejně jako kompetence, které zlepšují dušení zdraví a schopnost sebeřízení. Bohužel dostupné studie naznačují, že gramotnost v oblasti duševního zdraví je obecně nízká (Swami et al., 2020).

Ida: „Během prvního těhotenství jsem se soustředila především na přípravu k porodu, zjišťovala jsem informace, cvičila jógu, četla pozitivní porodní příběhy. Co bude ale po porodu, na to jsem se moc nepřipravovala, nějak mě to ani nenapadlo. Jediné co, tak jsem se ještě před narozením

první dcery zúčastnila kurzu kojení a nošení v šátku. První porod byl velmi, velmi dlouhý.. dceru jsem i přes to všechno porodila spontánně, což mně posílilo. Poté nastal klid, řekla bych klid před bouří. Nastaly časy, kdy se dítě nechce přisát k prsu, pláče a vy nevíte proč a co s ním. Potíte se a pláčete s ním. Prostě nevíte, co se to s vámi stalo.“

Zde je tak jednoznačně potenciál pro další rozvoj a edukaci v rovině posilování zdravotní gramotnosti těhotných žen a matek pro období těhotenství, pro porod a období šestinedělí. Je zcela evidentní, že perinatální období je obdobím zvýšené zranitelnosti vůči problémům s duševním zdravím, avšak jen malá část žen vyhledá pomoc. Nízká gramotnost v oblasti duševního zdraví je hlavní překážkou při vyhledávání pomoci v případě problémů s duševním zdravím (Daehn et al., 2022). Znalost a připravenost na takto citlivé a náročné období, které je zároveň krásné, pomůže ženě posílit její mechanismy zvládnání a zároveň posílí její sebevědomí v rovině aktivního řešení problémů a vyhledání pomoci v případě potřeby.

Závěr

Zdravotní gramotnost má přímý dopad na těhotenství z pohledu matky i dítěte. Perinatální zdravotní gramotnost je budována dominantně v období prvního těhotenství ženy, a to s využitím různých zdrojů, ať už zdrojů personálních, tak i knižních a online. Zdá se, že dominantně dostupné zdroje nabízejí a zároveň těhotné ženy reflektují zdravotní gramotnost v oblasti fyziologického zdraví, péče a sebepéče, stejně tak se zdravotní gramotnost vztahuje významněji na péči v období těhotenství a porodu samotného. Značný deficit je spatřován v rovině perinatální zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví, a to nejen v průběhu těhotenství a v období porodu, ale především v období šestinedělí a návazném období raného rodičovství. Ze strany zdravotnického personálu se pak jeví jako vhodná trpělivá komunikace a aktivní pobídky směřované k ženám, a to v rovině dodatečných informací a důsledného vysvětlování informací, stejně jako ujištění se, zda žena informace pochopila a rozumí, co z nich pro ni vyplývá, tedy kontinuální ověřování úrovně zdravotní gramotnosti těhotných žen, stejně jako její budování a posilování skrze poskytování relevantních komplexních informací, neboť na straně žen bývá četně přítomna autoritativní bariéra pro komunikaci a aktivní požadavek na informace či doplnění informací spojený s pocitem studu pramenícím z nevědomosti, strach z autority v rovině lékaře či nelékařského profesionála, případně z negativní komunikační zkušenosti se zdravotnickým personálem v minulosti ženy nebo jí blízké osoby.

Seznam bibliografických údajů

Arnold, C. L., Davis, T. C., Berkel, H. J., Jackson, R. H., Nandy, I., & London, S., 2001. Smoking Status, Reading Level, and Knowledge of Tobacco Effects among Low-Income Pregnant Women. In: *Preventive Medicine*. Vol. 32, N. 4, p. 313–320. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0815>

- Boyce, P., & Hickey, A., 2005. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 40, N. 8, p. 605–612. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0931-0>
- Daehn, D., Rudolf, S., Pawils, S., Renneberg, B., 2022. Perinatal mental health literacy: Knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public – a systematic review. BMC In: *Pregnancy and Childbirth*. Vol. 22, N. 1, p. 574. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04865-y>
- Darwin, Z., Walsh, J., 2017. The Maternal-Fetal Relationship: Conceptualisation, Measurement and Application in Practice (L. C. Edozien & P. M. S. O'Brien, Ed.; s. 245–254). <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/58516/>
- Ferreira, M., Neto, S., Amaral, O., Duarte, J., 2017. Health Literacy And Pregnancy Surveillance. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences, Health and Health Psychology-icH&Hpsy 2017. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2017.09.10>
- Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R. H., Maindal, H. T., 2016. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: A population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. In: *BMJ Open*. Vol. 6, N. 1, e009627. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009627>
- Hom, J. M., Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Vann, W. F., 2012. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. In: *The Journal of the American Dental Association*. Vol. 143, N. 9, p. 972–980. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2012.0322>
- Cho, R. N., Plunkett, B. A., Wolf, M. S., Simon, C. E., Grobman, W. A., 2007. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. In: *Prenatal Diagnosis*. Vol. 27, N. 5, p. 463–467. <https://doi.org/10.1002/pd.1712>
- Leeds, L., Hargreaves, I., 2008. The psychological consequences of childbirth. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 26, N. 2, p. 108–122. <https://doi.org/10.1080/02646830701688299>
- Meldgaard, M., Gamborg, M., Terkildsen Maindal, H., 2022. Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. In: *Sexual & Reproductive Healthcare*. Vol. 34, 100796. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100796>
- Murray, L., 1992. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 33, N. 3, p. 543–561. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>
- Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., Stock, S., 2021. Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review. In: *IJERPH*. Vol. 18, N. 7, p. 1–18.

Olander, E. K., Smith, D. M., Darwin, Z., 2018. Health behaviour and pregnancy: A time for change. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 36, N. 1, p. 1–3. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1408965>

Shieh, C., Mays, R., McDaniel, A., Yu, J., 2009. Health Literacy and Its Association With the Use of Information Sources and With Barriers to Information Seeking in Clinic-Based Pregnant Women. In: *Health Care for Women International*. Vol. 30, N. 11, p. 971–988. <https://doi.org/10.1080/07399330903052152>

Swami, V., Barron, D., Smith, L., Furnham, A., 2020. Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. In: *Journal of Mental Health*. Vol. 29, N. 2, p. 217–224. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608932>

Van den Bergh, B., Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mother–foetus relationship. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 27, N. 2, p. 114–126. <https://doi.org/10.1080/02646830802007480>

Wrate, R. M., Rooney, A. C., Thomas, P. F., Cox, J. L., 1985. Postnatal Depression and Child Development: A three-year follow-up study. In: *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 146, N. 6, p. 622–627. <https://doi.org/10.1192/bjp.146.6.622>

Zibellini, J., Muscat, D. M., Kizirian, N., Gordon, A., 2021. Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. In: *Women and Birth*. Vol. 34, N. 2, p. 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.010>

Kontakní adresa autora

Mgr. Ing. Alena Lochmannová, Ph.D., MBA
Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Husova 11
30100 Plzeň
Česká republika
lochmann@fzs.zcu.cz

INFORMAČNO-KOMUNIKAČNÉ TECHNOLOGIE V PODPORE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN SUPPORT OF HEALTH LITERACY

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Informačno-komunikačné technológie (IKT) nachádzajú uplatnenie pri mnohých činnostiach ľudí. Osobitné postavenie v kontexte využívania IKT má internet, ktorý je stále viac dostupným komplexným zdrojom informácií pre odborníkov aj pre laikov. IKT môžu efektívne využívať zdravotnícki pracovníci aj v podpore zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti. Zdravotná gramotnosť je charakterizovaná ako schopnosť získať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví. Príspevok poukazuje na viaceré možnosti využitia IKT v podpore zdravotnej gramotnosti – internetové stránky, inštruktážne videá, infografiky, podcasty, odborné blogy a diskusie, online poradne a konzultácie, mobilné aplikácie pre zdravie a Games for Health. Obsahuje aj negatívne aspekty využívania IKT.

Kľúčové slová: Informačno-komunikačné technológie (IKT). Internet. Zdravotná gramotnosť. Podpora.

Summary

Information and communication technologies (ICT) find application in many human activities. The Internet has a special position in the context of the use of ICT, which is an increasingly accessible comprehensive source of information for both experts and laymen. ICT can be effectively used by healthcare professionals also in supporting the health literacy of the lay public. Health literacy is characterized as the ability to acquire, read, understand and use health information so that a person can make correct decisions about his health. The paper points to several possibilities of using ICT in the promotion of health literacy - websites, instructional videos, infographics, podcasts, professional blogs and discussions, online counseling and consultations, mobile applications for health and Games for Health. It also contains negative aspects of using ICT.

Keywords: Information and communication technologies (ICT). The Internet. Health literacy. Support.

Podpora: Príspevok je súčasťou projektu KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospelaj populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo*

Úvod

Pre obdobie posledných rokov je typická expanzia využívania informačno-komunikačných technológií (IKT) pri rôznych činnostiach ľudí všetkých vekových kategórií. Ľudia čím ďalej, tým viac disponujú digitálnou, resp. počítačovou gramotnosťou, ktorá predstavuje osvojenie si

základných schopností práce s počítačom a jeho variabilnými aplikáciami (Kolář a kol., 2012). Velšic (2020) v správe o digitálnej gramotnosti na Slovensku z roku 2020 uvádza, že podiel digitálne gramotných, teda takých, ktorí majú aspoň elementárne skúsenosti s ovládaním počítačov, notebookov, tabletov alebo smartfónov, stúpol v porovnaní s rokom 2013 o 4 percentuálne body – zo 79 % na 83 %. Najvýznamnejší je nárast podielu respondentov, ktorí deklarujú, že majú skúsenosti s prácou na prenosnom počítači, tablete či smartfóne a rôznymi typmi e-služieb a komunikačných technológií. Okrem aktivít vzdelávacieho, pracovného či voľnočasového charakteru je možné tieto moderné technológie efektívne využiť aj v podpore zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti v kontexte intervencií zdravotníckych pracovníkov. Odhaduje sa, že až 40 % predčasných úmrtí je spôsobených preventabilnými príčinami, ktoré možno ovplyvniť zmenou správania jednotlivca. Správanie, do ktorého patrí aj životný štýl, životospráva, fyzická aktivita či stravovacie návyky, má pritom podstatne väčší vplyv na zdravotný stav a jeho vývoj než zdravotná starostlivosť. Zlepšenie zdravotného stavu populácie preto závisí vo veľkej miere od ovplyvnenia behaviorálnych aspektov zdravia. Viac než tretina (35 %) celkového zaťaženia chorobami v Slovenskej republike sa v roku 2015 dala pripísať rizikovým faktorom správania. Správanie jednotlivca zohráva pri vzniku týchto ochorení kľúčovú úlohu. Ide o civilizačné ochorenia, ktorých výskyt sa zvyšuje so stúpajúcou mierou blahobytu a s predlžovaním strednej dĺžky života. Zodpovednosť za vlastné zdravie sa týka každého jednotlivca (Návrh národných priorít implementácie Agendy 2030, 2018). Aj v týchto súvislostiach je determinácia zdravotnej gramotnosti populácie veľmi významná.

IKT (v anglickom jazyku information and communication(s) technology alebo menej často information and communication(s) technologies – ICT) zahrnujú všetky technológie, nástroje a postupy umožňujúce komunikáciu a prácu s informáciami – hardvérové (servery, počítače, komunikačné a sieťové zariadenia, kamera, myš a podobne) a softwarové (operačný systém, textové editory, grafické programy, sieťové protokoly a podobne) prostriedky na zber, prenos, ukladanie, spracovanie a distribúciu dát (Průcha, Veteška 2014). S využívaním IKT úzko súvisí internet, ktorý je definovaný ako celosvetový systém navzájom prepojených počítačových sietí umožňujúci výmenu dát (komunikáciu). Ide o modernú formu počítačovej komunikácie (Kolář a kol. 2012). De Wet et al. (2016) uvádzajú, že svet sa v posledných desaťročiach výrazne zmenil, pričom väčšina týchto zmien bola determinovaná infiltráciou technológií do spoločnosti. Ľudia využívajú IKT nielen v súvislosti so svojim pracovným zaradením, ale aj pri každodenných domácich prácach. V súčasnosti existuje pracovná kultúra 24 hodín denne, 7 dní v týždni, a to predovšetkým vďaka prepojenosti poskytovanej prostredníctvom IKT.

Ľudia všetkých vekových kategórií disponujú IKT a pri výskyte akýchkoľvek zdravotných problémov či záujme o ďalšie informácie týkajúce sa zdravia a prevencie využívajú virtuálny priestor internetu viac ako osobnú konzultáciu s odborníkmi či návštevu lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia. Toto je typické predovšetkým pre dospelých. Vyhľadávanie informácií o zdraví na internete môže mať pozitívne stránky, ale významné sú aj jeho negatívne aspekty, ktoré môžu determinovať zdravie človeka a správanie sa vo vzťahu k svojmu zdraviu

(Magerčiaková, 2022). Zdravie človeka je možné chápať ako určitý okamžitý stav, ale aj ako prebiehajúci proces, ktorý má svoju dynamiku (Hegyí, Ochaba, 2013). So zdravím úzko súvisí zdravotná gramotnosť, ktorá je charakterizovaná ako schopnosť získavať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví (Akčný plán rozvoje zdravotníckej gramotnosti, 2014). IKT môžu efektívne využívať zdravotnícki pracovníci aj v podpore zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti.

Osobitné postavenie v kontexte využívania IKT má internet, ktorý je stále viac dostupným komplexným zdrojom informácií pre odborníkov aj pre laikov (Magerčiaková, 2022). Veľkú úlohu môže zohrať na poli primárnej prevencie tým, že ponúka možnosti ovplyvňovania zdravotného správania obyvateľstva. V rámci sekundárnej prevencie umožňuje pacientom viac vnímať a porozumieť svojim zdravotným problémom (Bendová, Kaňuch, 2011). *„Internet je najväčšia celosvetová sieť, ktorá spája tisíce serverov (počítače stále pripojené na internet) a milióny počítačov využívajúcich informácie uložené na serveroch. Poskytuje obrovské množstvo informácií prakticky zo všetkých oblastí a umožňuje komunikáciu s celým svetom“* (Britvík, 2003, s. 65). Zásľuhou IKT sú dnes informácie dostupné 24 hodín denne pre všetkých, ktorí majú prístup na internet. Sloboda publikovania na internete prináša aj riziko dezinformácií, pretože dnes môže publikovať ktokoľvek a kdekoľvek. Problémom sa stáva kvalita a validita informácií sprístupňovaných na internete. Nebezpečným dôsledkom môže byť vlastný prístup pacienta k diagnostike, liečbe, či k prístupu v starostlivosti o vlastné zdravie v oblasti prevencie (Bendová, Kaňuch, 2011). Internet však ponúka nesmiernu úsporu času, dramaticky ruší vzdialenosti, oslobodzuje individuálneho užívateľa a vytvára slobodný aktívny priestor na celosvetovú diskusiu a výmenu informácií o akejkoľvek téme (Meško a kol., 2005).

Medzi internetové stránky využiteľné v podpore zdravotnej gramotnosti z hľadiska ich obsahu je možné zaradiť internetové stránky jednotlivých zdravotníckych zariadení (nemocnice, ambulancie, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti), zdravotných poisťovní, zariadení sociálnych služieb a iné. Na webových sídlach je možné zverejňovať textové dokumenty (letáky, brožúry) či inštruktážne videá – predovšetkým v záložke „Informácie pre pacientov“ alebo „Informácie pre verejnosť“. Na internetovej stránke sa môžu nachádzať aj informácie o podujatiach so zameraním na zdravie, ako napríklad rôzne skriningové programy, aktivity pri príležitosti rôznych svetových, európskych alebo národných dní zdravia a podobne. Z ďalších internetových stránok je možné využiť na podporu zdravotnej gramotnosti tieto internetové stránky:

- npz.sk
- health.gov.sk
- uvzsr.sk
- lekar.sk
- slovenskypacient.sk
- zdravoteka.sk
- zdravie.sk
- solen.sk
- stromzdravia.sk
- lpr.sk
- forumprevencie.sk
- europacoln.sk
- dusevnezdravie.sk
- zdravepsia.sk
- zdravestravovanie.sk
- zivotosprava.sk
- zdravieastyl.sk
- istres.sk

Inštruktážne videá sprístupňované na internete a využívané v edukačnej činnosti zdravotníckych pracovníkov, prípadne odporúčané ako ďalší informačný zdroj pre zdravých aj chorých ľudí môžu byť zamerané na rôzne oblasti, a to stravovanie, pohybová aktivita a cvičenie, dentálna hygiena, ošetrovanie jednotlivých typov stómií, ošetrovanie chronických rán, enterálna výživa, prevencia a ošetrovanie dekubitov a ďalšie.

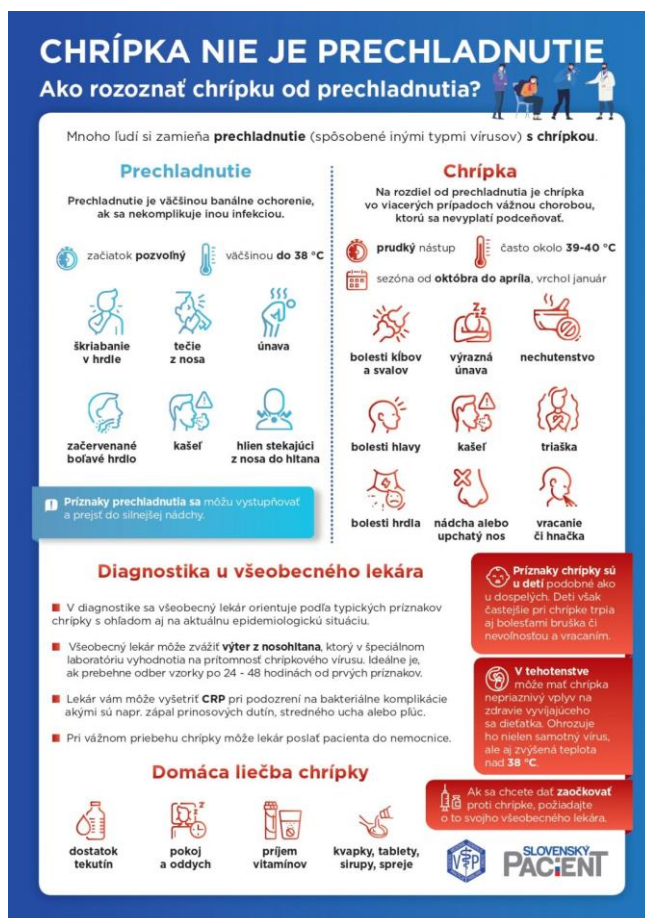
Trendom posledných rokov je infografika ako forma vizuálnej komunikácie, prostredníctvom ktorej dôležité dáta a analýzy nadobúdajú podobu ľahko chápaného grafického obsahu. Ide vizuálne spracovaný text s využitím relevantných informácií, geometrických tvarov, ilustrácií, štatistických údajov či grafov. Farby sú významným faktorom, ktorý ovplyvňuje nielen dizajn celého dokumentu, ale aj emócie ľudí (cieľových skupín). Infografika je efektívny spôsob ako interpretovať dáta stručne a zrozumiteľne, pričom prostredníctvom tejto metódy sa z rôznorodých faktov a roztrúsených štatistík vytvára koherentný a pre čitateľa prehľadný celok. Chaotický alebo monotónny obsah tak nadobúda pútavý a nápaditý vzhľad hodný pozornosti (Infografika, 2023). Príklady niektorých infografík využiteľných v podpore zdravotnej gramotnosti rôznych cieľových skupín ľudí sú uvedené na nasledujúcich obrázkoch.



Obr. 1 Infografika o rizikových faktoroch a príznakoch kolorektálneho karcinómu (zdroj: <https://ssvpl.sk/kategoria/infografika/>)



Obrázok 2 Infografika o diagnostike obezity (zdroj: <https://ssvpl.sk/kategoria/infografika/>)



Obr. 3 Infografika o chripke (zdroj: <https://ssvpl.sk/kategoria/infografika/>)



Obr. 4 Infografika o nakupovaní počas pandémie COVID-19 (zdroj: [https://www.mpo.cz/assets/cz/rozcestnik/pro-media/tiskove-zpravy/2020/4/ COVID -19--- Jak-se-chovat-pri-nakup_u_3.pdf](https://www.mpo.cz/assets/cz/rozcestnik/pro-media/tiskove-zpravy/2020/4/COVID-19---Jak-se-chovat-pri-nakup_u_3.pdf))

Ďalšou modernou možnosťou využitia IKT v determinácii zdravotnej gramotnosti sú podcasty predstavujúce zvukové záznamy, ktoré autor alebo vydavateľ podcastu umiestňuje na internet v podobe súborov, najčastejšie vo formáte MP3, a odkazuje sa na ne na webových stránkach. Podcasty možno počúvať priamo z webovej stránky ako stream, avšak zmyslom podcastingu je počúvanie záznamov vtedy, keď to používateľovi vyhovuje. Možné je aj počúvanie bez pripojenia na internet, čo vyžaduje uloženie (stiahnutie) záznamu do zariadenia, akým je počítač, tablet, mobilný telefón, prehrávač a podobne. Podcasty často bývajú pravidelné relácie, ktoré vychádzajú denne alebo raz za týždeň či mesiac, preto má zmysel prihlásiť sa na ich odber (anglicky subscribe alebo follow), a nastaviť sťahovanie vybraných záznamov (napríklad relácií rádiostaníc) pomocou softvéru alebo aplikácií (Apple podcasty, Google Podcasty, RSS, SoundCloud, Spotify, Podbeam, TuneIn a ďalšie) do zariadenia. Väčšina podcastov je dnes dostupná bezplatne a za posledné roky pribudlo množstvo českých a slovenských podcastov (Podcasting, 2023). V súčasnosti dostupné podcasty týkajúce sa zdravia, a teda s vplyvom na podporu zdravotnej gramotnosti sú napríklad:

- <https://podmaz.sk/podcast/vseobecne-o-zdravi>,

- <https://www.audiolibrix.com/sk/Podcast/Category/32/zdravie>,
- <https://talk.youradio.cz/kategorie/zdravi>,
- <https://www.podcastzdravie.sk/>,
- <https://ceskepodcasty.cz/zebricky/zdravi-fitness>.

Súčasťou internetu sú aj odborné blogy a diskusie, ktoré môžu mať tiež vplyv na rozvoj zdravotnej gramotnosti populácie (alebo jej časti. V súčasnosti môžu byť využité:

- <https://www.zdravyblog.sk/>,
- <https://uzdravtelo.sk/blog/>,
- <https://www.unilabs.sk/blogy>,
- <https://dusevnezdravie.sk/project/verejne-diskusie-ligy-za-dusevne-zdravie/>,
- <https://m.facebook.com/talkieozdravi/posts/193671595563593/>.

Čoraz väčšej obľube sa tešia aj online poradne a konzultácie, ktoré ľudia využívajú doslova zo svojho prirodzeného prostredia, a to bez toho, aby museli za účelom konzultácie s odborníkom alebo poradenstva cestovať. Príklady niektorých online konzultácií alebo poradní sú nasledovné:

- <https://www.virtualnaklinika.sk/> (konzultácia s lekárom),
- <https://www.ineurolog.sk/online-neurologicka-poradna-konzultacie/> (online neurologická poradňa),
- <https://vasaokidoki.sk/> (online pediatrická poradňa),
- <https://mojra.sk/psychologicka-poradna/konzultace-balicky/90-minut-konzultacie-s-psychologom> (psychologická konzultácia).

Prostredníctvom IKT vstupujú do života ľudí aj mobilné aplikácie. Intervencie založené na mobilných aplikáciách môžu byť užitočné pre vylepšenie rôznych riešení s cieľom zlepšiť správanie podporujúce zdravie, vrátane stravovania a fyzickej aktivity, s dopadom aj na úroveň zdravotnej gramotnosti. Mobilné aplikácie umožňujú sledovanie zdravotného stavu a zmeny správania, a tiež poskytujú spätnú väzbu alebo informácie týkajúce sa zdravia. Programy aplikácií môžu byť efektívnejšie, keď obsahujú zábavné alebo vizualizačné funkcie (Lee et al., 2018). Najčastejšie využívané aplikácie u respondentov v rámci prieskumu realizovaného v roku 2021 predstavovali Krokomer, Zdravie Krokomer, Huawei Health, Samsung Health, Výpočet kalórií, Zdravie, Endomondo, Avon Smart, Tlakomer, Spánok, Denná aktivita, Pitný režim, Sledovanie pulzu, Menštruačný kalendár, Strava, 30 dní fit, Kalorické tabuľky, Stretching, Nike Run (Magerčiaková, 2022). Altamimi, Skinner (2018) uvádzajú, že pri podpore fyzickej aktivity ľudí sa čoraz viac využívajú IKT. Technológie sebamonitorovania fyzickej aktivity (Physical Activity Self-Monitoring Technologies – PMTs) sú populárnym príkladom takýchto technológií. Nové technológie na sledovanie aktivity, ako napríklad náramky, ktoré sledujú každodennú činnosť, poskytujú technologické riešenie na podporu aktívneho životného štýlu. Zjednodušene je možné konštatovať, že mobilné aplikácie pre zdravie sa najčastejšie využívajú na sledovanie pohybovej aktivity, stravovania, pitného režimu, spánku, odpočinku, monitor

srdcovej frekvencie, menštruačný kalendár, motiváciu k fyzickej, resp. športovej aktivite, pripomienku účasti na preventívnej prehliadke alebo skriningovom vyšetrení a iné.

V zahraničnej literatúre sa objavuje pojem Games for Health v súvislosti s počítačovými hrami. Digitálny variant hier sa rozrástol a predstavuje ešte silnejšie možnosti pre veľké skupiny, ktoré ich môžu zdieľať. Hry (aj počítačové) sa hrali v rôznych formách a v každej dobe, pričom je nutné poukazovať na negatívny vplyv nadlimitného hrania počítačových hier na zdravie človeka. V poslednom období sme svedkami expanzie informácií o vplyve hier, hravej interakcie a herných technológií na zdravie, zdravotnú starostlivosť a zdravotnú politiku. Počítačové hry v korigovanom režime je možné využívať aj na podporu zdravotnej gramotnosti, najmä u cieľových skupín detí a mladých ľudí, ale aj ďalších, a to pri splnení podmienky určitej úrovne digitálnej gramotnosti. Môže ísť o hry s rôznym zameraním:

- prevencia obezity, onkologických ochorení, HIV infekcie, Alzheimerovej demencie a podobne,
- rehabilitácia, nácvik sebaobslužných činností,
- dentálna hygiena,
- selfmanažment a selfmonitoring,
- vytváranie bezpečného prostredia a ďalšie oblasti (Schouten et al., 2013).

V súvislosti s narastajúcim využívaním IKT je nevyhnutné poukazovať aj na ich negatívne aspekty, medzi ktoré patria predovšetkým:

- vplyv na fyzické a psychické zdravie pri nadlimitnom používaní IKT (znížená fyzická aktivita a následné zdravotné problémy či somatické zmeny, príznaky závislosti od internetu),
- neoverené informácie zverejnené na internete,
- riziko nepochopenia informácií získaných na internete,
- riziko poškodenia zdravia z dôvodu nesprávnej implementácie získaných informácií do životného štýlu,
- vplyv reklamy (tzv. vyskakovacie okná),
- výrazný vplyv youtuberov a influencerov (Bosamia, 2013; Magerčiaková, 2022; The positive and negative impacts of ICT, 2012).

Záver

Komputerizácia spoločnosti znamená vybavovanie populácie informačnými technológiami, osvojovanie si počítačovej gramotnosti, prevod verejnoprávnej agendy do počítačových databáz, ich sprístupňovanie prostredníctvom internetu a využívanie nových IKT vo všetkých oblastiach života spoločnosti, ktoré prináša efektívnejšie a rýchlejšie zabezpečovanie tradičných funkcií a aktivít, ale aj nové aktivity, ktoré sú možné iba s novou technikou (Sak, 2007). IKT ako prostriedok na získavanie informácií v oblasti zdravia by mal byť centrom pozornosti tak zdravotníckych pracovníkov, ako aj správcov jednotlivých webových portálov prezentujúcich obsah zameraný na oblasť zdravia človeka. Súčasne so snahou o digitalizáciu

spoločnosti a rozvoj digitálnych zručností ľudí musí byť prioritizovaná aj zodpovednosť za úroveň informácií zverejňovaných na internete. Nie je však postačujúce iba poskytovať vedecky zdôvodnené informácie, ale aj motivovať a pozitívne posilňovať vhodné správanie ľudí v oblasti zdravia a organizovať edukačné aktivity, ktorých cieľom je formovanie správnych návykov, postojov a uplatňovanie postupov na úpravu životného štýlu ľudí tak, aby boli podporované správne vzorce správania a optimálna kvalita života (Neeraja, 2011). Paradoxom súčasnej doby je skutočnosť, že aj napriek expanzii a dostupnosti rôznych informácií týkajúcich sa zdravia a prevencie, špičkovým diagnostickým a terapeutickým postupom či bezplatným preventívnym prehliadkam, veľa ľudí zomiera na ochorenia, ktorým je možné predchádzať alebo ich včas diagnostikovať. Aj tieto skutočnosti poukazujú na nutnosť využívania IKT na podporu zdravotnej gramotnosti, ktorá predstavuje mieru, do akej má jednotlivec schopnosť získavať, komunikovať, spracovávať a chápať základné zdravotné informácie a služby na prijímanie vhodných zdravotných rozhodnutí (Bastable, 2023).

Zoznam bibliografických odkazov

Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti (AP č. 12). 2014. [online]. In: Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Pracovní skupina č. 12. Praha: MZ ČR, 2014. [cit. 2023-10-13]. Dostupné na internete: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/akcni-plan-c-12-rozvoj-zdravotni-gramotnosti>

BASTABLE, S. B. 2023. *Nurse as Educator. Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 725 p. ISBN 978-1-284-22927-1.

BENDOVIÁ, J., KAŇUCH, J. 2011. *Všeobecné preventívne a vyhľadávacie postupy pri nádorových ochoreniach v primárnej starostlivosti. Odporúčený diagnostický postup pre všeobecných praktických lekárov*. [online]. Bratislava: Slovenská lekárska spoločnosť, Spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Slovenská onkologická spoločnosť, Liga proti rakovine. [cit. 2023-10-12]. Dostupné na internete: <https://ssvpl.sk/wp-content/uploads/2019/08/Onkoprevencia-2011.pdf>

BOSAMIA, M. 2013. Positive and Negative Impacts of Information and Communication Technology in our Everyday Life. [online]. [cit. 2023-10-20]. In: *International Conference On "Disciplinary and Interdisciplinary Approaches to Knowledge Creation in Higher Education"*. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/325570282_Positive_and_Negative_Impacts_of_Information_and_Communication_Technology_in_our_Everyday_Life

BRITVÍK, M. 2003. *Hardvér, Microsoft Windows 98, Internet, Microsoft World 2000, Microsoft Excel 2000*. Dolný Kubín: PROFEKO. 150 s. ISBN 80-967815-3-7.

DE WET, W., KOEKEMOER, E., NEL, J. A. 2016. Exploring the impact of information and communication technology on employees' work and personal lives. In: *SA Journal of Industrial*

Psychology [online]. Vol. 42, N.1, a1330. [cit. 2023-10-13]. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.4102/sajip.v42i1.1330>

HEGYI, L., OCHABA, R. 2013. *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Bratislava: Herba, 2013, 96 s. ISBN 978-80-89631-14-8.

Infografika. 2023. [online]. [cit. 2023-10-20]. Dostupné na internete: <https://kisk.phil.muni.cz/kreativita/temata/vizualizace-a-presentace-informaci/infografika>

KOLÁŘ, Z., RAUDENSKÁ, V., RYMEŠOVÁ, J., ŠIKULOVÁ, R., VALIŠOVÁ, A. 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.

LEE, M., LEE, H., KIM, Y., KIM, J., CHO, M., JANG, J., JANG, H. 2018. Mobile App-Based Health Promotion Programs: A Systematic Review of the Literature. In: *Int J Environ Res Public Health* [online]. 2018 Dec 13; Vol. 15, N. 12, p. 2838. [cit. 2023-10-13]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30551555/>

MAGERČIAKOVÁ, M. 2022. *Edukácia v profesii zdravotníckeho pracovníka*. Ružomberok: Verbum. 187 s. ISBN 978-80-561-0949-6.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2022. *Internet – zdroj informácií o zdraví pre dospelú populáciu*. In: Prohuman [elektronický zdroj] : vedecko-odborný internetový časopis. Roč. 14 (2022), online, s. 1 - 9. ISSN 1338-1415.

MEŠKO, D. a kol. 2005. *Medinfo 1*. Martin: Osveta. 152 s. ISBN 80-8063-197-2.

Návrh národných priorít implementácie Agendy 2030. 2018. [online]. [cit. 2023-10-20]. Dostupné na internete: <https://mirri.gov.sk/wp-content/uploads/2018/10/N%C3%A1vrh-n%C3%A1rodn%C3%BDch-prior%C3%ADt-implement%C3%A1cie-Agendy-2030.pdf>

NEERAJA, KP. 2011. *Textbook of Communication and Education Technology for Nurses*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. 723 p. ISBN 978-93-5025-350-2.

Podcasting. 2023. [online]. [cit. 2023-10-20]. Dostupné na internete: <https://sk.wikipedia.org/wiki/Podcasting>

PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. 2014. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.

SAK, P., MAREŠ, J., NOVÁ, H., RICHTER, V., SAKOVÁ, K., SKALKOVÁ, J. 2007. *Člověk a vzdělání v informační společnosti. Vzdělávání a život v komputerovaném světě*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-230-0.

SCHOUTEN, B., FEDTKE, S., BEKKER, T., SCHIVJEN, A. G. 2013. *Games for Health*. Wiesbaden: Springer Vieweg. 308 p. ISBN 978-3-658-02896-1.

The positive and negative impacts of ICT. 2012. [online]. [cit. 2023-10-20]. Dostupné na internete: <https://ajahana.wordpress.com/2012/06/27/the-positive-and-negative-impacts-of-ict-5/>

VELŠIČ, M. 2020. *Digitálna gramotnosť na Slovensku 2020*. [online]. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky, 2020, 17 s. ISBN 978–80–89345–81-6. [cit. 2023-10-12]. Dostupné na internete: <https://www.ivo.sk/8652/sk/aktuality/digitalna-gramotnost-na-slovensku-20>

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

mariana.magerciakova@ku.sk

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ V KONTEXTE STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV A LEGISLATÍVNYCH NORIEM V SLOVENSKEJ REPUBLIKE A ČESKEJ REPUBLIKE

HEALTH LITERACY IN THE CONTEXT OF STRATEGIC DOCUMENTS AND LEGISLATIVE STANDARDS IN THE SLOVAK REPUBLIC AND THE CZECH REPUBLIC

Mariana Magerčiaková ¹, Anna Krátká ²

¹ Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

² Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

Súhrn

Zdravotná gramotnosť je dôležitá pre každého človeka v akomkoľvek stave zdravia. Je to schopnosť orientovať sa v informáciách o zdraví a zdravotnej starostlivosti, to znamená informácie vyhľadať, porozumieť im, vyhodnotiť ich a na ich základe sa rozhodnúť v prospech vlastného zdravia. Zručnosti v oblasti zdravotnej gramotnosti sú potrebné na orientáciu v systéme zdravotnej starostlivosti a ide v podstate o funkčné zručnosti, čo znamená, že slúžia na špecifický účel a umožňujú pacientom fungovať v každodennom živote. V tomto kontexte je nevyhnutné, aby sa problematike zdravotnej gramotnosti venovala dostatočná pozornosť nielen na medzinárodnej, ale aj na národnej úrovni. V príspevku prinášame prehľad aktuálnych strategických dokumentov a legislatívnych noriem súvisiacich s podporou zdravotnej gramotnosti v podmienkach Slovenskej republiky a Českej republiky.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Strategické dokumenty. Legislatívne normy. Slovenská republika. Česká republika.

Summary

Health literacy is important for every person in any state of health. It is the ability to navigate information about health and health care, that is, to search for information, understand it, evaluate it and, based on it, make a decision in favor of one's own health. Health literacy skills are needed to navigate the health care system and are essentially functional skills, meaning they serve a specific purpose and enable patients to function in their daily lives. In this context, it is essential that the issue of health literacy be given sufficient attention not only at the international, but also at the national level. In this contribution, we provide an overview of current strategic documents and legislative standards related to the promotion of health literacy in the conditions of the Slovak Republic and the Czech Republic.

Key words: Health literacy. Strategic documents. Legislative standards. Slovak republic. Czech Republic.

Podpora: Príspevok je súčasťou projektu KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeljej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo*

Úvod

Zdravie sa týka každého človeka a je cennou hodnotou, ktorá ovplyvňuje kvalitu života (WHO, 2019). Intervenčné aktivity sú preto zamerané na posilnenie zdravia a zvýšenie zdravotnej

gramotnosti širokej verejnosti, a to nielen na bežnú populáciu, ale aj na vybrané populačné skupiny. Uvedomujeme si, že zdravotná gramotnosť je tiež cestou k zvyšovaniu compliance a zodpovednosti každého jednotlivca v starostlivosti o vlastné zdravie, a práve tu majú svoju nezastupiteľnú úlohu zdravotnícki pracovníci, ktorí sa môžu na zvýšení gramotnosti populácie významne podieľať.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje zdravotnú gramotnosť ako „*súbor kognitívnych a sociálnych schopností určujúcich motiváciu a spôsobilosť jednotlivcov k tomu, aby si dokázali získať prístup k informáciám, porozumeli im a využívali ich spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobré zdravie*“ (NZIP, 2023). Zdravotná gramotnosť je dôležitá pre každého človeka v akomkoľvek stave zdravia. Je to schopnosť orientovať sa v informáciách o zdraví a zdravotnej starostlivosti, to znamená informácie vyhľadať, porozumieť im, vyhodnotiť ich a na ich základe sa rozhodnúť v prospech vlastného zdravia. V súčasnosti, keď do všetkých oblastí ľudského života vstúpili informačno-komunikačné technológie, je veľmi aktuálna aj digitálna zdravotná gramotnosť, ktorá je definovaná ako schopnosť hľadať, nájsť, pochopiť a zhodnotiť zdravotné informácie z elektronických zdrojov a aplikovať poznatky do prevencie a riešenia zdravotných problémov (EuroHealthNet, 2019). Ako uvádzajú Mayer, Villaire (2007) zručnosti v oblasti zdravotnej gramotnosti sú potrebné na orientáciu v systéme zdravotnej starostlivosti a ide v podstate o funkčné zručnosti, čo znamená, že slúžia na špecifický účel a umožňujú pacientom fungovať v každodennom živote. V tomto kontexte je nevyhnutné, aby sa problematike zdravotnej gramotnosti venovala dostatočná pozornosť nielen nemedzinárodnej, ale aj na národnej úrovni. V nasledujúcej časti príspevku prinášame prehľad aktuálnych strategických dokumentov a legislatívnych noriem v súvislosti s podporou zdravotnej gramotnosti v podmienkach Slovenskej republiky a Českej republiky.

Zdravotná gramotnosť v dokumentoch Slovenskej republiky

Jedným zo strategických dokumentov je Strategický rámec v oblasti starostlivosti o zdravie pre roky 2014 až 2030, ktorý schválila vláda SR 18. decembra 2013. Ide o základný dokument, ktorý určuje smerovanie zdravotnej politiky v strednodobom aj dlhodobom horizonte. Primárnym motivačným faktorom jeho vytvorenia je snaha realizovať opatrenia na zvýšenie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov. Vláda SR 28. júna 2022 schválila Aktualizáciu Strategického rámca starostlivosti o zdravie na roky 2014 – 2030. Aktualizácia primárne vychádza zo Strategického rámca schváleného vládou v roku 2013, aktualizuje ukazovatele a opatrenia o také, ktoré boli medzitým schválené vládou v iných strategických dokumentoch (Plán obnovy a odolnosti, operačný Program Slovensko 2021 - 2027 a Vízia a stratégia rozvoja Slovensko do roku 2030) a zavádza systém pravidelného monitorovania stanovených opatrení a cieľov vo forme každoročne vydávaných monitorovacích správ. Rezort zdravotníctva schválením Aktualizácie a pravidelným vypracúvaním ročných monitorovacích správ, ktoré sú v nej definované, získa účinný nástroj na základe ktorého bude môcť kvalifikovanejšie tvoriť svoje dlhodobé strategické smerovanie.

Tento druh informácií bude obzvlášť užitočným východiskovým materiálom pri formulovaní priorit na nasledujúci rok, pri rozpočtových rokovaniach s MF SR, aj pri realizácii mílnikov zadefinovaných v Pláne obnovy a odolnosti (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2023). V aktuálne platnom strategickom dokumente sú uvedené štyri prioritné oblasti, pričom v troch z nich je uvedená aj zdravotná gramotnosť. Ide o prioritné oblasti 1, 2 a 4:

Prioritná oblasť 1: Investícia do vlastného zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti občanov za zdravie. Podpora dobrého zdravotného stavu občanov počas celého životného cyklu vedie k zvýšeniu predpokladanej dĺžky života a k dlhovekosti, ktoré môžu prinášať ekonomické, spoločenské a individuálne prínosy. Prebiehajúca demografická transformácia si vyžaduje vybudovať efektívnu stratégiu zdravej životosprávy, ktorej prioritou budú nové prístupy k podpore zdravia a prevencie vzniku spoločensky závažných ochorení. Podporovanie zdravia by sa malo začínať už počas tehotenstva a ranného detstva, neskôr počas vyššieho veku človeka, čím sa dostávame k naplneniu cieľa aktívneho starnutia a k zvýšeniu dlhovekosti. Zdravé a aktívne starnutie populácie je politickou prioritou a významnou výskumnou prioritou. Programy podpory zdravia založené na princípoch zapojenia ľudí do aktivít posilňujúcich ich mentálne a fyzické kapacity predstavujú individuálny a spoločenský prínos (vytváranie lepších podmienok pre zdravý spôsob života, **zlepšenie zdravotnej gramotnosti**, podpora samostatnosti a pod.). Zaisnenie dostatku a finančnej dostupnosti zdravých potravín a výživy v priebehu života je jedným z nástrojov v boji s epidémiou obezity, rastom kardiovaskulárnych ochorení a diabetu. Ďalším významným spôsobom na zachovanie vitality je pestovanie povedomia a realizácia primeraných pravidelných pohybových aktivít v jednotlivých obdobiach života v súlade s európskymi politikami v oblasti predchádzania a prevencie pred spoločensky závažnými ochoreniami nefarmakologickými intervenciami.

Prioritná oblasť 2: Riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení. Strategické zameranie sa na zdravý spôsob života tak mladej ako staršej populácie je dôležitým prvkom v nastavení perspektívy znižovania chorobnosti obyvateľstva. Na programy tohto charakteru môže prispievať široká škála zainteresovaných strán. Pre úspešnosť však bude nevyhnutná koordinácia všetkých rezortov vlády SR. Výsledkami tohto programu by mali byť činnosti od legislatívneho charakteru až po rozvoj rôznych grantových schém, ktoré budú výsostne zamerané na plnenie špecifických programových cieľov. Spektrum opatrení by sa malo pohybovať od propagačných aktivít až po konkrétne zdravotnícke opatrenia, týkať by sa malo aj zmien v zdravotnom poistení. Dôležitý bude **rozvoj zdravotnej gramotnosti** u mladej populácie až po integráciu úsilia pri tvorbe duševného a telesného zdravia, ako aj výchovy k zodpovednému rodičovstvu. U seniorov bude veľmi dôležité zapájanie sa do iniciatív zameraných na aktívne a zdravé starnutie, ktoré bude prispievať k zdravšiemu a kvalitnejšie strávenému životu ľudí v dôchodcovských kategóriách a k ich dlhodobej samostatnosti.

Prioritná oblasť 4: Vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí. Schopnosť flexibilne reagovať a odolávať negatívnym vplyvom sú kľúčovými faktormi ochrany a podpory zdravia a prinášajú úspech na individuálnej, ako aj komunitnej úrovni. Šance ľudí na zdravie úzko súvisia s podmienkami, v ktorých sa narodili, v ktorých vyrastali, pracovali a starli. Je nevyhnutné systematické posudzovanie účinkov na zdravie, ktoré má na človeka rýchlo sa meniace prostredie – špeciálne súvisiace s technológiami, prácou, sociálnymi podmienkami, nedostatkom pravidelných pohybových aktivít, stravovacími zvyklosťami, výrobou energie a urbanizáciou – a malo by vyústiť do aktivít na zabezpečenie pozitívneho prínosu pre zdravie. Zdravé komunity reagujú proaktívne na nové alebo nepriaznivé situácie, sú pripravené na ekonomické, sociálne a environmentálne zmeny a lepšie sa vyrovnávajú s krízami a ťažkosťami. Program WHO „Zdravé mestá a komunity“ poskytuje rozsiahle príklady ako vybudovať zdravú komunitu - zapojením najmä miestnych ľudí a s orientovaním komunity na zdravotnícke témy. Ďalšie siete prinášajú podobné skúsenosti – ako napríklad propagovanie aktívneho prístupu k podpore a rozvoju zdravia na školách a pracoviskách. Rozširovanie interdisciplinárnej a medzirezortnej spolupráce v oblasti zdravia podporuje efektivitu verejného zdravotníctva. Zahŕňa: snahy o úplné zavedenie multilaterálnych environmentálnych dohôd a odporúčaní Európskeho procesu životného prostredia a zdravia; rýchle rozširovanie vedeckých poznatkov; hodnotenie vplyvov politík na zdravie v rôznych odvetviach (najmä v oblasti zdravia a životného prostredia); zabezpečovanie kontinuálneho rozvoja a prispôsobovania služieb potrebám v oblasti životného prostredia a zdravia; a podporu environmentálne zodpovednejšieho správania sa rezortu zdravotníctva. Prudký ekonomický rozvoj v poslednom storočí priniesol množstvo nežiaducich efektov v podobe znehodnoteného životného prostredia, ktoré dnes prostredníctvom rozličných faktorov ovplyvňuje a poškodzuje zdravie ľudí. Na základe štatistík WHO je v Slovenskej republike približne 16 % úmrtí spôsobených environmentálnymi rizikovými faktormi. Nevhodné životné podmienky v podobe primárneho alebo sekundárneho znečistenia zložiek životného prostredia chemickými či fyzikálnymi faktormi, negatívnymi prírodnými alebo umelými javmi, predstavujú riziko pre zdravie človeka pri dlhodobej i krátkodobej expozícii. Slovenská republika aktívne sleduje európske trendy uplatňované v oblasti intervencie a prevencie pred nepriaznivými vplyvmi faktorov prostredia, ktoré sa postupne odzrkadľujú aj v činnosti orgánov verejného zdravotníctva. Tieto sa, najmä v poslednom desaťročí, zapájajú do riešenia nových, celoeurópskych úloh zameriavajúcich sa na vývoj nových metodík zisťovania a hodnotenia faktorov prostredia a budovania personálnych i technických kapacít potrebných pre tieto činnosti. Aktuálnou prioritou je uplatňovanie a ďalšie rozvíjanie týchto kapacít v praxi pri zbere údajov o záťaži obyvateľov faktormi prostredia, budovaní nových indikátorov životného prostredia a zdravia a informovaní verejnosti v snahe zabezpečiť maximálnu úroveň prevencie v oblasti environmentálnych rizík. Vytváranie zdravých komunít a podporného prostredia je úzko späté aj s oblasťou ochrany zdravia zamestnancov pri práci. Lepšia informovanosť verejnosti o možných rizikách spojených s vykonávaním práce, ako aj spôsoboch ochrany pred škodlivými vplyvmi faktorov práce a pracovného prostredia zvyšuje

zároveň aj možnosti aktívnej účasti zamestnanca pri ochrane vlastného zdravia. 11 Osobitnou komunitou, ktorá vyžaduje z hľadiska zdravia osobitý prístup, sú marginalizované skupiny, najmä rómska populácia. 5 Rozdiel v očakávanej dĺžke dožitia pri narodení medzi celou populáciou a marginalizovanými rómskymi komunitami je 7 rokov.⁶ Popri sociopolitickom kontexte, podmienky ovplyvňujúce zdravie vo vylúčených rómskych osídleniach na Slovensku sú na komunitnej úrovni najmä:⁷ nezdravé správanie súvisiace so zdravím (nezdravá strava; viac závislostí; nezdravé niektoré sexuálne a reprodukčné praktiky; nízka úroveň osobnej hygieny; málo zdravého pohybu; nízka úroveň prevencie; súvisiace sociálne normy), vysoká psychická záťaž (vysoká miera dlhodobého stresu; nízke niektoré miery vnímanej spokojnosti a kontroly; nízke niektoré miery sociálnej opory), zlé materiálne podmienky (viac škodlivín v domácnostiach; viac škodlivín v prostredí) nízka dostupnosť a kvalita služieb zdravotnej starostlivosti geografická nedostupnosť; neprimeranosť služieb; diskriminácia v rámci služieb starostlivosti; problémy s navigáciou zdravotníckymi službami; nízka zdravotná gramotnosť; sociálne a finančné bariéry v prístupe k službám a nízka úroveň spoločenského postavenia a príležitostí (nízke vzdelanie; vysoká nezamestnanosť; nízke príjmy a životná úroveň; priama etnická diskriminácia; fyzické vylúčenie; sociálne vylúčenie; sebvylučovacie a diskriminačné sociálne normy; internalizovaný rasizmus) (Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, 2022).

Ďalším strategickým dokumentom v SR, ktorý sa týka zdravotnej gramotnosti je Aktualizácia Národného programu podpory zdravia pre roky 2021–2030 schválená vládou SR Uznesením č. 44/2022 zo dňa 19.1.2022. Národný program podpory zdravia (NPPZ) vychádza z politiky Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), je pravidelne vyhodnocovaný a schvaľovaný uznesením vlády SR. NPPZ sa opiera o Konceptiu štátnej politiky zdravia SR a tiež má na zreteli Programové vyhlásenie vlády, v ktorom sa chápe zdravie ako základné ľudské právo, kde zdravie každého občana je predpokladom pre zdravie rodiny, komunity a krajiny.

Hlavným cieľom novej aktualizácie NPPZ pre roky 2021–2030 je zlepšovať zdravotný stav obyvateľov SR prostredníctvom zvyšovania úrovne zdravotného uvedomenia a podpory zdravia. Ďalším cieľom je dlhodobo zlepšiť úroveň zdravého životného štýlu obyvateľov SR založeného na prevencii a minimalizácii rizík a udržať vykonávanie preventívnych opatrení z hľadiska výskytu infekčných ochorení v minimálne rovnakom rozsahu ako sa vykonávajú v súčasnosti. Podľa programu EU4Health 2021–2027 je jedným zo štyroch hlavných cieľov zlepšiť a podporiť zdravie v Únii prevenciou chorôb a podporou zdravia. Aktualizovaný program je zameraný na ovplyvňovanie determinantov zdravia, znižovanie rizikových faktorov u obyvateľov a na zvyšovanie zainteresovanosti jednotlivých zložiek spoločnosti. Delí sa na dve časti:

1. Preventívne opatrenia, zamerané na znižovanie výskytu chronických neinfekčných ochorení. Zameriavajú sa na výživu/stravovanie, fyzickú aktivitu, tabak, alkohol a drogy, na podporu duševného zdravia, pracovné a životné podmienky.

2. Preventívne opatrenia zamerané na znižovanie výskytu infekčných ochorení.

V schválenom materiáli je zosumarizovaný súčasný stav chronických neinfekčných a infekčných ochorení, sú uvedené a stanovené konkrétne aktivity zamerané na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Prostredníctvom multirezortnej spolupráce ide o integrovaný program, ktorého hlavným cieľom je zlepšovať zdravotný stav obyvateľov SR. Informácia o priebežnom plnení úloh schváleného NPPZ sa bude predkladať vláde SR najbližšie v roku 2026. Správa o plnení úloh NPPZ sa predloží na rokovanie vlády SR v roku 2031 (Aktualizácia Národného programu podpory zdravia pre roky 2021–2030, 2021).

V Aktualizácii NPPZ pre roky 2021 - 2030 je zdravotná gramotnosť uvedená na piatich miestach dokumentu v rámci preventívnych opatrení (pozri Tabuľka 1 a Tabuľka 2).

Tab. 1 Preventívne opatrenia zamerané primárne na podporu zdravého životného štýlu

| Ministerstvo | Vstupy | Aktivity | Cieľová skupina | Výstupy | Dopady | Výsledky |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | Zamestnanci Úradu verejného zdravotníctva a SR a partneri | Edukačné a informačné aktivity vedúce k zmene stravovacích návykov | Pracovníci sektoru obchodu a služieb, spotrebiteľská verejnosť | Počet edukovaných pracovníkov, počet vydaných multimediálnych materiálov, počet edukačných seminárov | Zvýšené zdravotné uvedomenie, Zvýšená zdravotná gramotnosť v oblasti stravovania a stravovacích návykov | Znížený výskyt obezity a nadváhy |
| Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky (MIRRI) | Zamestnanci MIRRI (príp. čiastočné financovanie v budúcom Akčnom pláne digitálnej transformácie SR na roky 2023 až 2026) | Vytvorenie multisektorovej pracovnej skupiny (so zastúpením verejného, akademického, súkromného a tretieho sektora) s cieľom identifikovať aktivity a opatrenia na propagáciu primeraného, | Môže ísť o širokú verejnosť alebo, v zmysle dohody pracovnej skupiny, len o určenie špecifických zložiek spoločnosti, ako sú napr. deti, staršie osoby, znevýhodnené sociálne skupiny, atď. Dosah by | Počet identifikovaných a uskutočnených aktivít, napr. školení, diskusií, mediálnych výstupov, oslovení na sociálnych platformách Počet oslovených jednotlivcov Počet spolupracujúcich subjektov z akademickej a súkromnej sféry ako aj | Zvýšená digitálna zdravotná gramotnosť Posilnenie primeraného využívania digitálnych technológií Prevenia negatívnych sociálno-patologických javov Zdravý životný štýl | Znížené nerovnosti v oblasti zdravia Zníženie výskytu duševných chorôb a porúch Zvýšenie sebavedomia a seberealizácie jednotlivca Zlepšenie kognitívnych funkcií a sociálnych interakcií jednotlivcov a |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| | | bezpečného a zodpovedného využívania digitálnych technológií | mal byť celospoločenský v rámci celého územia SR | tretieho sektora | | spoločenstiev |
| Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky | Zamestnanci PRO (priamo riadených organizácií) | Aktualizácia a štátnych vzdelávacích programov (ŠVP) pre odbory vzdelávania a stredných škôl | Žiaci stredných škôl | Aktualizované ŠVP pre jednotlivé druhy stredných škôl (vymedzenie nových kompetencií a aktualizácia súčasných kompetencií zameraných na podporu a rozvoj zdravého životného štýlu, zdravú výživu a ochranu zdravia) | Zvýšená zdravotná gramotnosť , vedomosti, postoje o životnom štýle, zdravom spôsobe života | Zlepšenie kvality života, zníženie chorobnosti |
| Ministerstvo práce, soc. vecí a rodiny Slovenskej republiky | Zamestnanci, čas, materiál (podľa povahy aktivity) | Zapojenie detí, ktoré sú umiestnené v centre pre deti a rodiny, do komunitných preventívnych aktivít (prednášky, športové aktivity, pohybové aktivity pre obyvateľov obce, športové hry, atď.) | Deti v centrách pre deti a rodiny | Počet absolvovaných aktivít, ktoré boli organizované miestnou komunitou - ktorých sa zúčastnili deti umiestnené v centrách pre deti a rodiny | Zlepšenie zdravotnej gramotnosti detí, zapojenie detí z centier do života komunity formou účasti na preventívno-zdravotných aktivitách | Zlepšená kvalita života detí |

(zdroj: Aktualizácia Národného programu podpory zdravia pre roky 2021–2030, 2021)

Tab. 2 Preventívne opatrenia zamerané na prevenciu výskytu infekčných ochorení

| Ministerstvo | Vstupy | Aktivity | Cieľová skupina | Výstupy | Dopady | Výsledky |
|--------------|--------|----------|-----------------|---------|--------|----------|
|--------------|--------|----------|-----------------|---------|--------|----------|

| | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|------------------------|---|---|
| Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | Úrad verejného zdravotníctva SR, 36 Regionálnych úradov verejného zdravotníctva | Edukačné aktivity zamerané na význam očkovania prostredníctvom Európskeho imunizačného týždňa | Laická a odborná verejnosť | Počet prednášok/besied | Zvýšená gramotnosť (vedomosti a postoje) vo vzťahu k očkovaniu | Znížená chorobnosť a úmrtnosť na očkovaním preventabilné ochorenia u detí |
|---|---|---|----------------------------|------------------------|---|---|

(zdroj: Aktualizácia Národného programu podpory zdravia pre roky 2021–2030, 2021)

Za zaujímavé zistenie môžeme považovať skutočnosť, že v Aktualizácii Národného programu podpory zdravia v Slovenskej republike z roku 2011 sa pojem zdravotná gramotnosť nenachádza. Ide teda o oblasť, ktorá sa v našich podmienkach stáva čoraz aktuálnejšou predovšetkým v posledných rokoch.

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ÚVZ SR) má na svojom webovom portáli zverejnené nasledovné aktivity v časti Národné programy a projekty – Podpora zdravia: 9.2 Prieskum zdravotnej gramotnosti obyvateľov SR:

Prieskum zdravotnej gramotnosti v Slovenskej republike vyplýva z účasti Úradu verejného zdravotníctva SR v medzinárodnej sieti Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), ktorá vznikla pod záštitou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) so zámerom zlepšovať úroveň zdravotnej gramotnosti vo svete. Prieskum využíva jednotnú, medzinárodne vytvorenú metodiku na monitorovanie stavu kognitívnych a sociálnych zručností, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k informáciám, porozumieť im a využívať ich spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobré zdravie. Slovenská republika realizovala prvý prieskum zdravotnej gramotnosti HLS19 v roku 2020.

Cieľ: Cieľom prieskumu je popísať a vyhodnocovať úroveň zdravotnej gramotnosti u obyvateľov SR, a zároveň vytvoriť databázu kvalitných medzinárodne porovnateľných údajov slúžiacich pre prípravu empirických podkladov k príprave intervencií.

Gestor, spoluriešitelia: ÚVZ SR, všetky RÚVZ v SR (regionálne úrady verejného zdravotníctva v SR)

Obdobie realizácie: od roku 2019

Plnenie a výsledky:

- Slovenská databáza údajov o zdravotnej gramotnosti obyvateľov SR,
- Medzinárodná správa „*International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021*“

(HLS19) of M-POHL“ (https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inlinefiles/HLS19_International%20Report%20%28002%29_0.pdf, https://mpohl.net/sites/m-pohl.net/files/inlinefiles/Annex%20of%20the%20HLS19%20International%20Report_0.pdf). Správa prispieva k naplneniu cieľov Agendy 2030 pre trvalo udržateľný rozvoj, a to najmä cieľ 3 „Dobré zdravie a pohoda“ a cieľ 10 „Sociálna nerovnosť“.

Cieľ: Priebežné plnenie cieľa (Úrad verejného zdravotníctva SR, 2023).

V SR bol v rokoch 2015 – 2022 realizovaný projekt INHEAL: Inovácie v zdravotnej gramotnosti, ktorý bol spolufinancovaný vládami Českej republiky, Maďarska, Slovenska a Poľska prostredníctvom Vyšehradských grantov Medzinárodného Vyšehradského fondu. Poslaním fondu je presadzovať myšlienky udržateľnej regionálnej spolupráce v strednej Európe (Inheal, 2023).

Legislatívne normy SR súvisiace s oblasťou edukácie v profesii zdravotníckych pracovníkov je možné vnímať tiež v kontexte podpory zdravotnej gramotnosti. V zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý nadobudol účinnosť 1. januára 2005, sa v § 6, ods. 1 Poučenie a informovaný súhlas sa uvádza, že *„ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie“):*

a) osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,

b) zákonného zástupcu, opatrovníka alebo osobu, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti (ďalej len „zákonný zástupca“), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas“) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas“.

Podľa § 6, ods. 2 *„ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť“.*

Ďalšie právne predpisy SR vo vzťahu k edukácii zdravých aj chorých ľudí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú:

- Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom,

- Vyhláška MZ SR č. 151/2018 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov.

Zdravotná gramotnosť v dokumentoch Českej republiky

V Českej republike (ČR) je problematika zdravotnej gramotnosti v popredí záujmu a objavuje sa v mnohých strategických dokumentoch Ministerstva zdravotníctva ČR. Základnou osnovou zdravotnej politiky Európskeho regiónu WHO sa stal program Zdravie 2030 – Strategický rámec rozvoja starostlivosti o zdravie v Českej republike do roku 2030 (ďalej len Strategický rámec zdravia 2030) a jeho implementačné plány, ktorý nadväzuje na Strategický rámec Česká republika 2030 prijatý vládou ČR a na program „Zdravie 2020: Národná stratégia ochrany a podpory zdravia a prevencia chorôb“. V rámci stratégie „Zdravie 2020“ boli rozlíšené témy horizontálne a vertikálne (Pozri Tabuľka 3).

Tab. 3 Témy pre rozvoj aktivít v rámci Národnej stratégie Zdravie 2020

| Horizontálne témy | Vertikálne témy |
|--|---|
| 1. Dostatočná pohybová aktivita populácie | 12. Zdravotná gramotnosť |
| 2. Správna výživa a stravovacie návyky populácie | 13. Znižovanie nerovností v zdraví |
| 3. Zvládanie stresu a duševné zdravie | 14. Evidence-based prístupy |
| 4. Obmedzenie zdravotne rizikového správania | 15. Podpora zdravia počas celého života |
| 5. Znižovanie zdravotných rizík zo životného a pracovného prostredia | 16. Ekonomika zdravia |
| 6. Zvládanie infekčných ochorení, najmä novo a znovu sa objavujúcich infekcií, infekcií spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, opatrenia proti antimikrobiálnej rezistencii a vakcinačné programy | |
| 7. Skriningové programy, ich sledovanie a vyhodnocovanie ich efektivity, identifikácia nových možností | |
| 8. Zlepšenie dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti, vrátane následnej a dlhodobé | |
| 9. Zaistenie kvality a bezpečia poskytovaných zdravotníckych služieb | |
| 10. Celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov | |
| 11. Elektronizácia zdravotníctva | |

(zdroj: Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2014)

Strategický rámec zdravia 2030 bol schválený vládou ČR 13. júla 2020, implementačné plány 11. januára 2021 (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2021).

Strategický rámec zdravia 2030 je sústredený do troch strategických cieľov: 1. Ochrana a zlepšenie zdravia obyvateľov, 2. Optimalizácia zdravotníckeho systému a 3. podpora vedy a výskumu. Súčasťou strategických cieľov sú špecifické ciele, ktoré budú realizované prostredníctvom implementačných plánov. Implementačné plány: 1. Reforma primárnej starostlivosti, 2. Prevencia chorôb, podpora a ochrana zdravia; zvyšovanie zdravotnej gramotnosti, 3. Implementácia modelov integrovanej starostlivosti, integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti, reforma starostlivosti o duševné zdravie, 4. Personálna stabilizácia rezortu zdravotníctva, 5. Digitalizácia zdravotníctva, 6. Optimalizácia systému úhrad v zdravotníctve.

Špecifický cieľ Prevencia chorôb, podpora a ochrana zdravia; zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je súčasťou Implementačného plánu 1.2 Strategického rámca zdravia 2030 a vychádza z vykonaných národných štatistických vyšetrení, medzinárodných porovnaní, ale je tiež ovplyvnený riešením pandémie Covid-19 (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2020, s. 29).

V ČR pribúda osôb, ktoré sa nachádzajú v nepriaznivom zdravotnom stave. Hlavným faktorom je starnutie populácie, ale veľký podiel na tomto stave má nezdravý životný štýl, vplyv behaviorálnych rizikových faktorov (nesprávne stravovacie návyky, nedostatok pohybovej aktivity, zvýšená konzumácia alkoholu, užívanie tabaku alebo iných návykových látok) a environmentálne faktory zdravia, napr. znečistenie životného prostredia, ale aj chronické neinfekčné ochorenia, napr. respiračné, kardiovaskulárne a metabolické ochorenia, vývojové a reprodukčné poruchy alebo nádorové ochorenia.

Z analýz a zistení vyplýva, že situácia v zdravotnej gramotnosti a miera zapájania občanov do preventívnych programov, teda ochrana zdravia a prevencia ochorení, sú oblasťami, ktoré je nutné v ČR výrazne posilniť. Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je zamerané na tvorbu programov, ktoré by viedli k zvýšeniu zdravotnej gramotnosti celej populácie. V rámci programov je naplánovaný rad aktivít aj v spolupráci s ambulantnými lekármi a všeobecnými sestrami, počíta sa tiež s realizáciou pravidelného monitoringu apod. (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2020).

Prijatím Strategického rámca Česká republika 2030 určila vláda ČR základný zastrešujúci cieľ pre oblasť zdravotníctva, ktorým je „Zdravie všetkých skupín obyvateľov sa zlepšuje“. Tento cieľ by sa mal dosiahnuť prostredníctvom špecifických cieľov: 1. Zvyšuje sa dĺžka života v zdraví u všetkých skupín obyvateľov ČR; 2. Znižujú sa vplyvy spôsobujúce nerovnosti v oblasti zdravia; 3. Systém verejného zdravotníctva je stabilný a súčasne sa rozvíja zodpovedajúca profesijná štruktúra. Vekový priemer lekárskeho personálu sa znižuje a zlepšuje sa ohodnotenie všetkých pracovníkov v zdravotníctve; 4. Zdravý životný štýl je podporovaný prostredníctvom vyšších verejných výdavkov s dôrazom na primárnu prevenciu chorôb a podporu zdravia v priebehu celého života; 5. Znižuje sa konzumácia návykových látok i záťaž obyvateľov zdravotne rizikovými látkami a hlukom prostredníctvom lepšej kvality životného prostredia. Príslušné limity škodlivých látok a hluku nie sú prekračované (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2020).

V Strategickom rámci Zdravia 2030 bolo určených osem čiastkových cieľov, ich prehľad je v tabuľke 4.

Tab. 4 Základný prehľad čiastkových cieľov Stratégického rámca 2030

| |
|---|
| 1.2.1 Prevencia vzniku a šírenia infekčných ochorení a nastavenie podporných informačných opatrenia pre systém manažmentu krízových situácií. |
| 1.2.2 Ochrana zdravia obyvateľov SR v kontexte environmentálnych rizík (chemické látky, nadmerná hluková záťaž, prejavy zmeny klímy apod.). |
| 1.2.3 Prevencia užívania návykových látok, realizácia skríningu, skorej diagnostiky a krátke intervencie v oblasti závislostného správania. |
| 1.2.4 Tvorba Národného programu zvyšovania úrovne zdravotnej gramotnosti, realizácia čiastkových programov a monitoring zdravotnej gramotnosti. |
| 1.2.5 Vybudovanie a rozvoj centier prevencie v zdravotníckych zariadeniach. |
| 1.2.6 Vybudovanie a rozvoj Národného zdravotníckeho informačného portálu. |
| 1.2.7 Posilňovanie skorého záchytu chorôb a rizikových faktorov vo všetkých segmentoch starostlivosti a zavádzanie nových programov skorého záchytu. |
| 1.2.8 Rozvoj inštitucionálneho zázemia pre optimalizáciu sekundárnej prevencie a zvyšovania kvality existujúcich populačných skriningových programov. |

(zdroj: Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2021, s. 10-11)

V roku 2016 vznikol Ústav pre zdravotnú gramotnosť, z. ú. (ÚZG), pričom ide o neziskovú organizáciu. Účelom ústavu je podpora zvyšovania a rozvoja zdravotnej gramotnosti obyvateľov ČR. Ústav pripravuje strategické dokumenty týkajúce sa rozvoja zdravotnej gramotnosti a tiež organizuje výskumy v rôznych populačných skupinách, odborné konferencie, semináre a školenia. Ďalej spolupracuje s orgánmi štátnej správy, odbornými inštitúciami, neziskovými organizáciami a príslušnými medzinárodnými organizáciami (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2020).

V roku 2017 sa uskutočnila Prvá národná konferencia o zdravotnej gramotnosti a vzišiel podnet na vytvorenie Aliancie pre zdravotnú gramotnosť, ktorá v súčasnej dobe združuje viac ako dve desiatky subjektov. Ide o lekárov, zdravotnícke zariadenia, učiteľov, školské zariadenia, výskumných pracovníkov, pracovníkov médií a verejnej správy, pacientov a všetkých, ktorí si uvedomujú hodnotu zdravia. Koordinátorom je Ústav pre zdravotnú gramotnosť, z. ú., ktorý poskytuje základné informácie prostredníctvom svojej internetovej stránky (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2020).

V ČR je realizovaných niekoľko projektov v rámci spolupráce s krajinami tzv. Visegrád - „INHEAL: Innovation in Health Literacy“. Projekt je spolufinancovaný vládami Českej republiky, Maďarska, Poľska a Slovenska prostredníctvom vyšehradských grantov z Medzinárodného vyšehradského fondu. Poslaním fondu je presadzovať myšlienky udržateľnej regionálnej spolupráce v strednej Európe.

Zdravotná gramotnosť sa odráža aj v legislatívnych normách, napr. vo Vyhláške č. 55/2011 Zb. O činnostiach zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov, v aktuálnom znení,

uvádza v § 3, písmeno g) motivuje a edukuje jednotlivcov, rodiny a skupiny osôb na prijatie zdravého životného štýlu a na starostlivosť o seba.

Tiež zákon č. 372/2011 Zb. o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania spomína preventívnu starostlivosť odsek (2), písmeno a) preventívnej starostlivosti, ktorej účelom je včasné vyhľadávanie faktorov, ktoré sú v príčinnej súvislosti so vznikom choroby alebo zhoršením zdravotného stavu, a vykonávanie opatrení smerujúcich k odstraňovaniu alebo minimalizácii vplyvu týchto faktorov a predchádzanie ich vzniku. S tým súvisí posilňovanie zdravotnej gramotnosti obyvateľstva.

Záver

Oblasť zdravotnej gramotnosti je vo výraznejšej miere implementovaná v strategických dokumentoch ČR ako v podmienkach SR. Výhodou našich západných susedov je aj činnosť Ústavu pre zdravotnú gramotnosť a vytvorenie Aliancie pre zdravotnú gramotnosť. ČR mala v rokoch 2015 – 2020 implementovaný akčný plán zameraný na rozvoj zdravotnej gramotnosti. Podpora a rozvoj zdravotnej gramotnosti, osobitne aj digitálnej zdravotnej gramotnosti vo všetkých vekových kategóriách ľudí je nevyhnutnosťou. Táto oblasť vyžaduje multidisciplinárnu kooperáciu nielen rôznych kategórií zdravotníckych pracovníkov, ale aj zástupcov mimo zdravotníckeho systému. Mnohé vyspelé krajiny si túto skutočnosť uvedomujú a realizujú príslušné opatrenia – od výskumu zdravotnej gramotnosti po implementáciu efektívnych intervencií pracovníkov v rezorte zdravotníctva. Zlepšenie zdravotnej gramotnosti populácie má nesporne pozitívny efekt na úsporu nákladov spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, prevenciu ochorení a úrazov, ako aj invalidizácie a zníženej kvality života vplyvom rôznych nevyliciteľných alebo chronických chorôb či poúrazových stavov.

Zoznam bibliografických odkazov

Aktualizácia Národného programu podpory zdravia, 2022. [online]. [cit. 23.11.2023]. Dostupné na internete.

Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, 2022. [online]. [cit. 20.11.2023]. Dostupné na internete: [Aktualizacia-strategicky-ramec-starostlivosti-o-zdravie-2014-2030.pdf](#)

Česko (2022). *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Verze 5. [online] [cit. 16.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Česko (2023). *Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Verze 29. [online] [cit. 16.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

EuroHealthNet. 2019. *Digital health literacy: how new skills can help improve health, equity and sustainability* [online]. [cit. 20.11.2023]. Dostupné na internete: https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/documents/2019/190909_PolicyPrecis_DigitalHealthLiteracy.pdf

INHEAL: *Inovácie v zdravotnej gramotnosti*. 2023. [online]. [cit. 25.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.inhealvisegrad.eu/docs/MedicalScan%20-%20Dec%202023%20SK%20-%20NewsLetter%20Part%201.pdf>

MAYER, G. G., VILLAIRE, M. 2007. *Health Literacy in Primary Care. A Clinician's Guide*. New York: Springer Publishing Company. 294 p. ISBN 978-082610229-4.

Ministerstvo zdravotníctví ČR (2014). *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online] [cit. 16.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.mzcr.cz/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-2/>

Ministerstvo zdravotníctví ČR (2020). *Zdraví 2030*. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Praha: Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2019. [online] [cit. 05.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.mzcr.cz/category/programy-a-strategie/zdravi-2030/>

Ministerstvo zdravotníctví ČR (2021). *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Implementační plán č. 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti*. Praha: Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2019. [online] [cit. 16.11.2023]. Dostupné na internete: [https://www.mzcr.cz/finalni-dokument-strategickeho-ramce-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-a-jeho-
implementacni-plan](https://www.mzcr.cz/finalni-dokument-strategickeho-ramce-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-a-jeho-implementacni-plan)

Ministerstvo zdravotníctví ČR (2023). *Zpráva o průběhu realizace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 (Zdraví 2030)*, 2023. [online] [cit. 05.11.2023]. Dostupné na internete: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/08/Zprava-o-prubehu-realizace-Zdravi-2030_po-VPR_pro-eKLEP.pdf

NZIP Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotníctví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 16.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.nzip.cz/clanek/226-zdravotni-gramotnost>

Strategický rámec v oblasti starostlivosti o zdravie pre roky 2014 až 2030, 2013. [online]. [cit. 23.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.enviroportal.sk/zdravie-a-zp/strategicky-ramec-v-oblasti-starostlivosti-o-zdravie>

Úrad verejného zdravotníctva SR, 2023. *Podpora zdravia*. [online]. [cit. 23.11.2023]. Dostupné na internete: <https://www.uvzs.sk/web/uvz/podpora-zdravia>

Ústav pro zdravotní gramotnost (2020). *Zdravotní gramotnost. Solidní fakta*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2020. [online] [cit. 15.11.2023]. Dostupné na internete: https://www.uzg.cz/wp-content/uploads/2022/08/ZG_brozura-10_2020_final.pdf

Vyhláška MZ SR č. 151/2018 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov

Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa autorov

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
mariana.magerciakova@ku.sk

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.
Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Štefánikova 5670
760 01 Zlín
Česká republika
kratka@utb.cz

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ V OŠETROVATEĽSTVE

HEALTH LITERACY IN NURSING

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Zdravotná gramotnosť predstavuje vo všeobecnosti prepojenie zdravia a informácií. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri podpore zdravotnej gramotnosti pacientov, pretože pôsobia v mnohých oblastiach zdravotnej starostlivosti a v rôznych zdravotníckych zariadeniach. V zmysle platnej koncepcie odboru ošetrovateľstvo patrí medzi hlavné činnosti a náplň ošetrovateľstva vychovávať osobu, rodinu a komunitu k zdraviu, zdravému životnému štýlu a podporovať ich aktívne zapojenie do zvládnutia choroby. Príspevok obsahuje charakteristiku zdravotnej gramotnosti, jej model a úrovne. Jeho zameranie je orientované predovšetkým na intervencie sestier využiteľné v podpore zdravotnej gramotnosti laikov. Ide o edukačné aktivity, využívanie informačno-komunikačných technológií, odborné výkony pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, participáciu na celonárodných a/alebo lokálnych programoch a stratégiách, kooperácia so záujmovými a svojpomocnými združeniami zdravých a chorých ľudí a účasť na mediálnych aktivitách.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Ošetrovateľstvo. Sestra. Intervencia. Vzdelávanie.

Summary

Health literacy generally represents the connection between health and information. Nurses play a key role in promoting the health literacy of patients because they work in many areas of health care and in different health facilities. According to the valid concept of the field of nursing, the main activities and content of nursing include educating the person, family and community towards health, a healthy lifestyle and supporting their active involvement in managing the disease. The contribution contains the characteristics of health literacy, its model and levels. Its focus is primarily on the interventions of nurses that can be used to support the health literacy of lay people. These are educational activities, the use of information and communication technologies, professional performance in the provision of nursing care, participation in national and/or local programs and strategies, cooperation with interest and self-help associations of healthy and sick people, and participation in media activities.

Key words: Health literacy. Nursing. Sister. Intervention. Education.

Podpora: Príspevok je súčasťou projektu KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospelej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo*

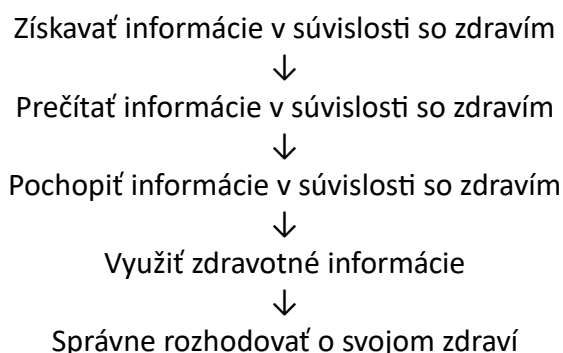
Úvod

Zdravotná gramotnosť je schopnosť získavať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví (Akčný plán rozvoje zdravotní gramotnosti, 2014). Vo všeobecnosti ide o prepojenie zdravia a informácií. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri podpore zdravotnej gramotnosti pacientov, pretože pôsobia v mnohých oblastiach zdravotnej starostlivosti a v rôznych zdravotníckych zariadeniach (Parnell, 2015). Ošetrovateľstvo je neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti a zahŕňa autonómnu starostlivosť o osobu, rodinu a komunitu v zdraví a v chorobe. Zahŕňa podporu zdravia, prevenciu chorôb, starostlivosť o chorých, o osoby so zdravotným postihnutím a zomierajúcich. Medzi hlavné činnosti a náplň ošetrovateľstva patrí vychovávať osobu, rodinu a komunitu k zdraviu, zdravému životnému štýlu a podporovať ich aktívne zapojenie do zvládnutia choroby a čo najrýchlejšie získanie nezávislosti a sebestačnosti (Konceptcia zdravotnej starostlivosti v odbore Ošetrovateľstvo, 2023). V podpore zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti môžu sestry uplatňovať rôzne intervencie, a to predovšetkým edukačné aktivity, vrátane využívania informačno-komunikačných technológií (IKT). Sestry môžu prispievať k rozvoju zdravotnej gramotnosti aj prostredníctvom odborných výkonov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Efektívne, aj keď v súčasnosti v nízkej miere využívané možnosti na zlepšovanie zdravotnej gramotnosti, sú aj participácia na celonárodných a/alebo lokálnych programoch so zameraním na prevenciu rôznych ochorení a podporu zdravotnej gramotnosti, kooperácia so záujmovými a svojpomocnými združeniami pacientov a/alebo ich podporných osôb a účasť na propagačných a mediálnych aktivitách či kampaniach

Zdravotná gramotnosť je o tom, ako jasne komunikovať informácie o zdraví a správne im rozumieť. Zdravotná gramotnosť je dôležitá vo všetkých bodoch v rámci kontinuity starostlivosti o zdravie – od pohody a zdravia, cez prevenciu a detekciu chorôb až po diagnostiku a rozhodovanie, ako aj liečbu a starostlivosť o seba (Osborne, 2018). V užšom chápaní zdravotnej gramotnosti sa kladie dôraz na zdravotnícke informácie, pochopenie príbalových letákov, schopnosti osobnej účasti na liečbe, schopnosti starostlivosti o rodinných príslušníkov, základné informácie o zdravom životnom štýle. V širšom chápaní ide o dostupnosť všetkých informácií, ktoré súvisia so zdravím a môžu priaznivo ovplyvniť zdravie, posilnenie schopnosti ľudí orientovať sa v životných situáciách a rozhodovať sa tak, aby to viedlo k ochrane a posilneniu zdravia (Holčík, 2010). Človek s adekvátnou zdravotnou gramotnosťou vie čítať formuláre pre informovaný súhlas, lekárske etikety, predpisy a ostatné medicínske informácie, rozumie písaným a hovoreným informáciám prijatým od zdravotníckych pracovníkov a dodržiava nevyhnutné procedúry a nariadenia, ako je medikácia a stanovený liečebný režim. Ide o prepojenie zdravia a informácií. Zdravotná gramotnosť je kľúčovým výsledkom činnosti výchovy k zdraviu, ktorá by mala byť v širšom poňatí podpory zdravia (DeYoung, 2009). Praktický význam zdravotnej gramotnosti odkazuje na stupeň schopnosti jednotlivcov získavať, spracúvať a pochopiť základné zdravotné informácie a služby, potrebné na správne rozhodnutia týkajúce sa starostlivosti o zdravie.

Zdravotná gramotnosť stavia na myšlienke, že aj zdravie a gramotnosť sú rozhodujúce zdroje pre každodenný život (WHO, 2009). Nedostatočná zdravotná gramotnosť je asociovaná s množstvom nežiaducich zdravotných následkov, vrátane rastúceho počtu hospitalizácií, akútnych návštev lekára či potreby pohotovostnej služby, predĺženej doby hospitalizácie a rekonvalescencie. Logicky s tým súvisia aj zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť (Weiss, Palmer, 2004).

Na zdravotnú gramotnosť môžeme z hľadiska jej lepšieho pochopenia nahliadať aj prostredníctvom schematickeho znázornenia:



Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vydala tzv. Model zdravotnej gramotnosti, ktorý približuje jej súčasti v rámci zdravotnej starostlivosti, prevencie ochorení a podpory zdravia.

Tab. 1 Model zdravotnej gramotnosti

| Zdravotná gramotnosť | Dostupnosť zdravotných informácií | Porozumenie zdravotne relevantným informáciám | Vyhodnotenie zdravotne relevantných informácií | Aplikácia (využitie) zdravotne relevantných informácií |
|--------------------------------|---|--|--|--|
| Zdravotná starostlivosť | Schopnosť získať informácie o medicínskych témach | Schopnosť porozumieť medicínskym informáciám a pochopiť ich zmysel | Schopnosť interpretovať a vyhodnotiť medicínske informácie | Schopnosť robiť poučené rozhodnutia v rámci medicínskych problémov |
| Prevencia ochorení | Schopnosť získať informácie o rizikových faktoroch (RF) | Schopnosť porozumieť informáciám o RF a pochopiť ich zmysel | Schopnosť interpretovať a vyhodnotiť informácie o RF | Schopnosť posúdiť relevantnosť informácií o RF |

| | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|
| Podpora zdravia | Schopnosť získavať nové zdravotne relevantné informácie | Schopnosť porozumieť zdravotne relevantným informáciám a pochopiť ich zmysel | Schopnosť interpretovať a vyhodnotiť zdravotne relevantné informácie | Schopnosť zaujať poučený názor na zdravotné otázky |
|------------------------|---|--|--|--|

(zdroj: Kučera, 2015; WHO, 2013)

Nutbeamov model zdravotnej gramotnosti rozdeľuje zdravotnú gramotnosť na tri úrovne:

- **Funkčná zdravotná gramotnosť** – spočíva v poskytovaní informácií o zdravotných rizikách a o tom, ako sa orientovať v zdravotníckom systéme. Cieľom je rozšíriť a prehĺbiť vedomosti ľudí o zdravotných rizikových faktoroch a viesť ich k ochote prijímať predpísané opatrenia. Takýto prístup nevyžaduje obojstrannú komunikáciu, neposilňuje samostatnosť osôb ani nerozvíja ich schopnosť riešiť neštandardné zdravotné problémy. V niektorých prípadoch je však tento postup účinný a napomáha zlepšeniu zdravia tak jednotlivcov, ako aj celej populácie (napr. účasť na očkovaní, dodržiavanie harmonogramu preventívnych prehliadok). Typickými nástrojmi zdravotníckych pracovníkov v tejto oblasti sú napr. informačné letáky, brožúry a zdravotná výchova pacientov.
- **Interaktívna (komunikačná) zdravotná gramotnosť** – jej zámerom je rozvoj schopností občanov konať samostatne, najmä posilniť ich motiváciu a zodpovednosť pri rešpektovaní pokynov. Nejde však len o poslušnosť a snahu vyhovieť všetkým dobre mieneným radám zdravotníckych pracovníkov, ale o rozvoj samostatnosti pri rozhodovaní, o upevňovanie vnútornej motivácie v snahe prispieť ku zlepšeniu zdravia. Patria sem niektoré zdravotno-výchovné programy orientované na konkrétne problémy niektorých populačných skupín, napr. svojpomocné skupiny pacientov. Zdravotnícki pracovníci nepôsobia ako dominantní učitelia, ale skôr ako konzultanti poukazujúci na možnosť voľby a na očakávané prínosy aj riziká jednotlivých aktivít.
- **Kritická zdravotná gramotnosť** – rozvíja u jednotlivcov také schopnosti, ktoré sa týkajú ich individuálneho správania, ako aj sociálne a politicky orientovaných činností, ktorých zmyslom je podieľať sa na vytváraní zdravotne priaznivého sociálneho prostredia. Obsahom zdravotnej výchovy je v tomto kontexte poskytovanie informácií a rozvíjanie komunikácie o zdraví. Dôležité je tiež rozvíjanie schopnosti navrhnuť a posúdiť organizačnú a politickú realizateľnosť opatrení, ktoré by mali mať vplyv na sociálne, ekonomické a ďalšie determinanty zdravia a životného prostredia (Holčík, 2010).

Osobitne významné postavenie v podpore zdravotnej gramotnosti majú sestry, ktoré predstavujú početnú skupinu zdravotníckych pracovníkov, a ich vplyv v oblasti zdravotnej

gramotnosti môže byť silný a výrazne pozitívny (Bártlová a kol., 2018). Sestry môžu v rámci zdravotnej starostlivosti minimalizovať nedostatky na úrovni zdravotnej gramotnosti pri realizácii edukačnej intervencie tým, že ju najskôr identifikujú validnými nástrojmi a diagnostickým rozhovorom, následne prispôbia obsah a metódy sprostredkovania zdravotných informácií (t. j. informácií v prospech zdravia) (Dickens, Piano, 2013).

Vnímanie sestier v kontexte zdravotnej gramotnosti je podporované viacerými faktormi:

- pôsobia vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení,
- majú najbližší a najčastejší kontakt s pacientom (aj zdravým človekom) pri poskytovaní zdravotnej/ošetrovateľskej starostlivosti,
- môžu determinovať zdravotnú gramotnosť ľudí každej vekovej kategórie (od detí po seniorov),
- realizujú intervencie využiteľné na zlepšovanie zdravotnej gramotnosti,
- môžu byť významným vzorom pre pacientov,
- často ovplyvňujú nielen pacientov, ale aj ich podporné osoby.

Sestry ako najpočetnejšia kategória zdravotníckych pracovníkov môžu participovať na podpore porozumenia informáciám týkajúcim sa zdravia v rôznych prostrediach:

- zdravotnícke zariadenia každého typu (ambulancie, lôžkové oddelenia nemocníc, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti),
- zariadenia sociálnych služieb,
- vzdelávacie inštitúcie (materské, základné a stredné školy) – aj v pozícii školského zdravotníckeho pracovníka,
- firmy, podniky a organizácie,
- záujmové združenia, komunity,
- domáce alebo prirodzené prostredie pacientov,
- podporné skupiny pacientov a ich rodinných príslušníkov.

Podpora zdravotnej gramotnosti prostredníctvom **edukačných aktivít** sa zameriava na získavanie vedomostí a zručností, zmenu postojov k svojmu zdraviu, ale aj motiváciu k účasti na preventívnych prehliadkach a zmene životného štýlu (vrátane odporúčania ďalších informačných zdrojov). Pri edukácii zdravých aj chorých ľudí v zdravotníckych zariadeniach je nevyhnutná kooperácia členov multidisciplinárneho tímu (v zmysle kompetencií príslušnej kategórie zdravotníckeho pracovníka), ako aj kooperácia s podpornými osobami pacienta (najmä u detí a seniorov), a niekedy je vhodná alebo dokonca žiaduca aj kooperácia s nezdravotníckymi pracovníkmi (napr. učitelia, vychovávatelia, opatrovatelia a podobne). V edukácii je možné využiť rôzne metódy a prostriedky (metódy hovoreného slova, tlačeného slova a názorných prostriedkov). V prípade využitia písomných edukačných materiálov je nutné u edukanta posúdiť schopnosť čítať a chápať písaný text (spätná väzba). Ako uvádzajú Ayyaswami et al. (2017) edukačné materiály v tlačenej podobe (brožúry, letáky, články,

informačné bulletiny a iné textové alebo obrazové dokumenty) sa vo veľkej miere používajú v oblasti výchovy k zdraviu a podpory zdravotnej gramotnosti. Pre lepšiu dostupnosť a efektívne využitie je možné písomné edukačné materiály zverejniť v elektronickej podobe na internetovom portáli konkrétneho zdravotníckeho zariadenia – ambulancia, nemocnica, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (Magerčiaková, 2022). Ako vhodné komponenty edukačnej intervencie pre pacientov s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou, ale i v snahe zvyšovať zdravotnú gramotnosť sa ukazujú byť posúdenie a zjednodušenie textových edukačných materiálov, použitie reflexných farieb na označenie dôležitej časti, zjednodušenie slov a skrátenie viet, ilustrácie, personalizácia textu (doplniť informáciami, ktoré sú aktuálne pre konkrétneho pacienta, text v druhej osobe). Hlavným ťažiskom však naďalej zostáva ústne podaná informácia so zaradením kontroly spätnej väzby. Takéto formy správnej reinterpretácie informácie pacientom môžu preukázať skutočnú úroveň porozumenia obsahu informácií a prispieť k nižšiemu výskytu pochybení z nevedomosti a zvýšeniu compliance pacienta (Dingová, Jakubcová, 2011). Zlepšením prístupu a rozvojom porozumenia informáciám týkajúcim sa zdravia pacienti získajú schopnosť zachovávať si životný štýl, ktorý prispieva k maximalizácii ich zdravia (Magerčiaková, 2022). Stewart (2020) upozorňuje, že zdravotná gramotnosť sa musí posunúť od orientácie na chorobu k orientácii na pacienta. Je potrebné klásť dôraz na formulovanie informácií špecifických pre konkrétneho pacienta: edukátori si musia zvážiť, kto je edukant, kde a v akom stave zdravia sa v tomto konkrétnom čase nachádza. Každý pacient potrebuje poučenie, ktoré je dôležité plánovať a realizovať na základe aktuálnej fyzickej a psychickej situácie edukanta.

Pri edukácii je v našich podmienkach opomínaná problematika gramotnosti pacientov a ich schopnosť čítať edukačné materiály. Zdravotnícki pracovníci očakávajú, že pacient je gramotný. Zdravotnícki pracovníci často vnímajú gramotnosť zjednodušene iba ako schopnosť čítať, písať a počítat. Avšak s týmto pôvodným pojmom sa začali spájať ďalšie schopnosti. V prvom rade je dôležité správne porozumieť súčasnému chápaniu pojmu, pretože problematická úroveň gramotnosti pacienta môže výrazným spôsobom ovplyvniť to, či bude edukácia úspešná. Zvolená edukačná stratégia totiž nemusí byť vyhovujúca, pokiaľ má pacient problémy s gramotnosťou. Situáciu komplikuje aj fakt, že pacienti často problémy s gramotnosťou „skrývajú“ (Mandysová, 2016).

V súčasnosti je možné využívať v podpore zdravotnej gramotnosti aj **informačno-komunikačné technológie**, a osobitne internet. Pacienti alebo ich podporné osoby si môžu prostredníctvom internetu vyhľadať rôzne informácie, tak z oblasti primárnej prevencie, ale aj zaujímavé stránky týkajúce sa rôznych ochorení. Okrem textových dokumentov môžu byť pre účely edukácie zdravých aj chorých ľudí v súčasnosti využívané tiež inštruktážne videá, odborné blogy či diskusie, infografiky, podcasty alebo mobilné aplikácie. Výrazný vplyv na správanie ľudí v oblasti zdravia majú aj tzv. youtuberi a influenceri. Najmodernejšie súčasti IKT umožňujú sledovanie zdravotného stavu a zmeny správania ľudí, a tiež poskytujú spätnú väzbu alebo informácie týkajúce sa zdravia (Magerčiaková, 2022). Dopyt verejnosti po informáciách

na internete je evidentne daný jeho súčasťou dostupnosťou, kedy nie je problém prostredníctvom počítača či mobilného zariadenia vyhľadať napríklad aj v čakárni ambulancie potrebné informácie. Vyhľadané informácie však ľudia nie vždy konzultujú s lekárom alebo iným zdravotníckym pracovníkom, čo v spojitosti s nízkou zdravotnou gramotnosťou prináša značné riziká, osobitne v prípade akútnych zdravotných problémov (Pleskot, Rusová, 2018).

Sestry môžu podporovať zdravotnú gramotnosť aj **pri poskytovaní každého odborného ošetrovateľského výkonu**. Ošetrovateľstvo sa v zmysle koncepcie odboru podieľa na prevencii, diagnostike, liečbe, rehabilitácii a edukácii pacienta. Každý odborný výkon u pacientov s rôznym zdravotným stavom vytvára sestram príležitosť na determináciu zdravotnej gramotnosti konkrétneho pacienta. Niekedy je nevyhnutná kooperácia s podpornými osobami pacienta a sestry tak determinujú aj zdravotnú gramotnosť príslušníkov sociálneho zázemia pacienta. Sestry tiež participujú na preventívnych prehliadkach a aj počas nich je možná detekcia úrovne zdravotnej gramotnosti a možnosti jej podpory, vyhľadávanie rizikových faktorov a skrining ochorení, usmerňovanie osoby v oblasti ochrany a podpory zdravia či determinácia rozhodovania v kontexte zdravia s prioritnou orientáciou na prevenciu. Nemenej dôležitý je aj osobný príklad každej sestry, jej správanie a konanie vo vzťahu k vlastnému zdraviu. Sestry prispievajú aj k úprave prostredia a prevádzky zdravotníckych zariadení, ktoré tiež môžu determinovať zdravotnú gramotnosť pacienta. K vytváraniu optimálneho prostredia zdravotníckeho zariadenia patrí aj správanie zamestnancov, úroveň komunikácie, vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi, ich hodnoty, vzťah pracovníkov k rodinným príslušníkom pacienta, organizačná kultúra oddelenia, záujem o vnútorné prežívanie pacienta, možnosť pacienta spolurozhodovať v priebehu svojej hospitalizácie, vzbudzovanie pocitu nádeje a optimizmu u pacienta, motivácia pacienta k túžbe po uzdravení a podobne (Magerčiaková, 2011). Ako uvádza Bastable (2023) pacient, ktorý nerozumie pokynom týkajúcim sa zdravotnej starostlivosti, nedostane kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Problémy klinického manažmentu pri efektívnej starostlivosti o pacientov s nízkou zdravotnou gramotnosťou budú mať pravdepodobne za následok značné náklady pre zdravotnícky systém.

Sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov môžu participovať aj na **celonárodných a/alebo lokálnych programoch a stratégiách**, prostredníctvom ktorých sa podporuje nielen prevencia rôznych typov ochorení a ich včasné vyhľadávanie, ale môžu mať aj výrazný vplyv na zlepšovanie zdravotnej gramotnosti laickej verejnosti. Ide o rôzne strategické dokumenty (napr. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030) alebo populačné skriningové programy (napr. Národný onkologický program Slovenskej republiky).

Podpora zdravotnej gramotnosti je možná aj prostredníctvom **kooperácie s klubmi, záujmovými a svojpomocnými združeniami zdravých aj chorých ľudí**, resp. ich rodinných príslušníkov (podporných osôb). Sestry môžu v týchto skupinách participovať na aktivitách v oblasti výchovy k zdraviu (prednášky, workshopy). Môže ísť o združenia s rôznym zameraním,

ako napr. kluby dôchodcov, klub Venuša, Ilco klub, klub psoriatickov, klub celiatikov a ďalšie. Význam klubov a svojpomocných skupín spočíva najmä v tom, že združujú ľudí s rovnakým zdravotným postihnutím, resp. zdravotným problémom, prípadne príbuzných takýchto ľudí, a informácie o týchto skupinách môže sestra, prípadne aj iný zdravotnícky pracovník využívať v psychosociálnej podpore pacienta. Členstvo v takomto združení môže sestra odporučiť v rámci edukácie pacienta, pričom zdôrazňuje ich význam najmä:

- vo výmene informácií a skúseností medzi jeho členmi,
- vzájomnom riešení problémov a povzbudzovaní sa,
- organizovaní spoločných záujmových, resp. voľnočasových aktivít (napr. výlety),
- vzájomnej pomoci členov alebo odborníkov z konkrétnej oblasti (napr. odborná prednáška), inštrukcie týkajúce sa vyhľadania odbornej pomoci,
- vydávaní informačných materiálov alebo časopisov z konkrétnej oblasti v spolupráci s odborníkmi,
- sledovaní najnovších poznatkov v oblasti ich ochorenia alebo postihnutia, legislatívy týkajúcej sa starostlivosti o postihnutých ľudí, prípadne ďalšie (Magerčiaková, 2022).

V súčasnosti sa sestry angažujú aj vo verejnom živote alebo zastávajú významné manažérske či iné funkcie. V tomto kontexte sú významnou súčasťou podpory zdravotnej gramotnosti laikov **mediálne aktivity**. Každá sestra však môže participovať na rôznych mediálnych kampaniach, verejných zbierkach a ďalších aktivitách, ktorých vedľajším efektom je aj rozvoj zdravotnej gramotnosti širokej časti populácie, a sú (alebo môžu byť) súčasťou rôznych národných, európskych alebo medzinárodných dňoch venovaných zdraviu alebo s ním súvisiacich, ako napríklad:

- Deň narcisov – verejná finančná zbierka organizovaná Ligou proti rakovine,
- Svetový deň boja proti rakovine (4. február),
- Svetový deň zdravia (7. apríl),
- Svetový deň bezpečnosti a zdravia pri práci (28. apríl),
- Európsky deň melanómu (9. máj),
- Svetový deň – Pohybom ku zdraviu (10. máj),
- Medzinárodný deň sestier (12. máj),
- Svetový deň bez tabaku (31. máj)
- Svetový deň životného prostredia (5. jún),
- Svetový deň ústneho zdravia (12. september),
- Svetový deň duševného zdravia (10. október),
- Svetový deň potravy (16. október) a ďalšie.

Realizácia intervencií na efektívnu podporu zdravotnej gramotnosti vyžaduje isté predpoklady sestier, medzi ktoré je možné zaradiť:

- osobný príklad a vzor zdravého spôsobu života,

- komunikačné a edukačné zručnosti,
- schopnosť adaptovať svoje činnosti individuálnym potrebám a predpokladom pacienta a jeho podporných osôb (kultúrne rozdiely a iné),
- schopnosť posúdiť zdravotnú gramotnosť pacienta (vhodný hodnotiaci nástroj),
- schopnosť využívať moderné informačno-komunikačné technológie,
- ochota venovať sa podpore zdravotnej gramotnosti,
- vzdelávanie v oblasti podpory zdravotnej gramotnosti (kvalifikačné aj postkvalifikačné, resp. sústavné vzdelávanie).

Záver

Zdravotná gramotnosť sa v 21. storočí stala prioritou. Je životne dôležitá pre schopnosť ľudí riadiť svoje zdravie a orientovať sa v zdravotníckom systéme (Sørensen, 2019). V rámci kvalifikačného a sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov absentuje príprava zameraná na zmierňovanie dôsledkov obmedzenej zdravotnej gramotnosti u rizikových pacientov (Andrews, 2015). Okrem implementácie problematiky zdravotnej gramotnosti do vzdelávania sestier a iných kategórií zdravotníckych pracovníkov (vrátane študentov zdravotníckych študijných programov) je nevyhnutné dôslednejšie riešiť túto oblasť aj v strategických dokumentoch a legislatívnych normách na národnej úrovni. V ošetrovateľskej praxi je nevyhnutné klásť dôraz na podporu zdravotnej gramotnosti tak chorých, ako aj zdravých ľudí, aby prevzali zodpovednosť za svoje zdravie a uplatňovali zdravie podporujúce správanie a konanie, prostredníctvom ktorého je možné zlepšiť prevenciu ochorení a úrazov, ako aj ich komplikácií, či diagnostiku ochorení v čo najvčasnejšom štádiu. Na zlepšovanie podpory zdravotnej gramotnosti je nutné koncipovať guidelines pre sestry a efektívnejšie využívať aj informačno-komunikačné technológie.

Zoznam bibliografických odkazov

AGARWALL, N. et al. 2017. *The Evolution of Health Literacy. Empowering Patients through Improved Education*. New York: Nova Science Publishers. 115 p. ISBN 978-1-53610-602-2.

Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti (AP č. 12). 2014. [online]. In: *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Pracovní skupina č. 12. Praha: MZ ČR, 2014. [cit. 2023-10-23]. Dostupné na internete: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/akcni-plan-c-12-rozvoj-zdravotni-gramotnosti>

ANDREWS, M. 2015. *Health Literacy Competencies For Health Professionals. A Delphi Study*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing. 226 p. ISBN 978-3-659-81130-2.

BASTABLE, S. B. 2023. *Nurse as Educator. Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 725 p. ISBN 978-1-284-22927-1.

BÁRTLOVÁ, S. a kol. 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.

DEYOUNG, S. 2009. *Teaching Strategies for Nurse Educators*. New Jersey: Pearson Education. 132 p. ISBN 0-13-179026-9.

DICKENS, C., PIANO, M. R. 2013. Health literacy and nursing: an update. In *The American Journal of Nursing*. Vol. 113, N. 6, p. 52–57.

DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T. 2011. Zdravotná gramotnosť – nový pojem pre ošetrovateľskú prax. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* Vol. 1, No. 1, pp. 34–41.

HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore ošetrovateľstvo. Číslo: S09209-2023-OOIZP Dňa: 23.01.2023. In: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, Čiastka 7 – 11, roč. 71 z 2. marca 2023.

KUČERA, Z. 2015. *Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření*. [online]. [cit. 2023-10-23]. Dostupné na internete: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf

MAGERČIAKOVÁ, M. 2022. *Edukácia v profesii zdravotníckeho pracovníka*. Ružomberok: Verbum. 187 s. ISBN 978-80-561-0949-6.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2011. *Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov*. Ružomberok: Verbum. 124 s. ISBN 978-80-8084-808-8.

MANDYSOVÁ, P. 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovateľství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

OKAN, O. et al. 2019. *International Handbook of Health Literacy. Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press. 740 p. ISBN 978-1-4473-4451-3.

OSBORNE, H. 2018. *Health Literacy From A to Z*. New York: Aviva Publishing. 256 p. ISBN 978-1-947937-13-0.

PARNELL, T. A. 2015. *Health Literacy in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. 302 p. ISBN 978-0-8261-6172-7.

PLESKOT, O., RUSOVÁ, J. 2018. Internet – hrozba, nebo naděje české zdravotní gramotnosti? In: *Kontakt*. Roč. 20, č. 4. e424-e431. DOI: 10.1016/j.kontakt.2018.10.001

STEWART, M. N. 2020. *The Art and Science of Patient Education for Health Literacy*. St. Louis, Missouri: Elsevier. 241 p. ISBN 978-0-323-60908-1.

WEISS, B.D., PALMER, R. 2004. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. In *J Am Board Fam Pract*, 2004, Vol. 17, No. 1, pp. 44–47.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. *Health literacy The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization. p. 86. ISBN 978 92 890 00154.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009. *Background Note: Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy*. ECOSOC, 2009.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., MPH, MBA

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

mariana.magerciakova@ku.sk

HODNOTENIE AKTIVITY A SAMOSTATNOSTI V AKTIVITÁCH DENNÉHO ŽIVOTA U SENIOROV

ASSESSMENT OF ACTIVITY AND INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIFE IN SENIORS

Mária Novyzedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Cieľom príspevku bolo poukázať na problematiku hodnotenia sebaopatery a aktivít každodenného života seniora. Hlavnou metódu bola naratívna prehľadová štúdia. Využívali sme domáce a zahraničné publikácie. Ošetrovateľstvo používa koncept aktivít denného života (activities daily living, ADL) ako súčasť funkčného stavu vo vzťahu ku konkrétnym životným podmienkam seniora. Odborná literatúra v ošetrovateľstve prezentuje rôzne modifikované verzie testov Activity of Daily Living (ADL, IADL, FIM/FAM), výkonové testy, dotazníky funkčného hodnotenia pacienta. Pojmy funkčný stav a funkčné hodnotenie sú v odbornej literatúre zadefinované pre potreby klinickej praxe aj v geriatrii. Cieľom a výsledkom ošetrovateľskej starostlivosti je efektívne fungovanie pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery.

Kľúčové slová: Sebaopatera. Deficit sebaopatery. Hodnotiace nástroje. Posúdenie. Senior.

Summary

The aim of the contribution was to highlight the issue of evaluating self-care and activities of daily life of a senior citizen. The main method was a narrative review study. We used domestic and foreign publications. Nursing uses the concept of activities of daily living (ADL) as part of the functional status in relation to the specific living conditions of the senior.

Professional literature in nursing presents various modified versions of Activity of Daily Living tests (ADL, IADL, FIM/FAM), performance measures, questionnaires for functional assessment of the patient. The terms functional status and functional assessment are defined in the professional literature for the needs of clinical practice in geriatrics. The goal and result of nursing care is the effective functioning of a patient with a deficit of self-care and self-care.

Keywords: Self-care. Self-care deficit. Assessment tools. Assessment Senior.

Úvod

Problematika starostlivosti o seba sa stala predmetom systematického štúdia a výskumu v sedemdesiatych rokoch minulého storočia a to najmä v kontexte ošetrovateľstva v súvislosti so zdravím. Starostlivosť o seba je nevyhnutná pre účinnosť, úspech a plnenie profesijných a osobných cieľov. Pomáha identifikovať a zvládať výzvy každodenného života, byť si vedomý svojich nedostatkov, dosiahnuť rovnováhu v živote. Odborná literatúra ponúka pomerne dostatok zistení v oblasti starostlivosti o seba práve v oblasti zdravia (Hricová, 2017).

V týchto súvislostiach bola starostlivosť o seba skúmaná v kontexte rôznych ochorení a porúch. Tradične sa skúmala starostlivosť o seba napr. v súvislosti s pacientmi s diabetom, kde sa

opakovane potvrdilo, že práve starostlivosť o seba pomáha týmto pacientom dosahovať vyššiu metabolickú kontrolu (Raaijmakers et al. 2015). Ďalšiu rozsiahlu výskumnú oblasť predstavujú pacienti s kardiovaskulárnymi problémami či niektorými rakovinovými ochoreniami, kde sa starostlivosť o seba, sebaúčinnosť a self-manažment opakovane ukazujú ako veľmi účinné (Brown et al. 2014). V oblasti zdravia sa definície starostlivosti o seba rapídne neodlišujú. Vo väčšine prípadov sa priamo v definícii hovorí, že starostlivosť o seba je vykonávanie aktivít, ktoré sa týkajú zdravia a autori sa zhodujú v tom, že sa týka aktivít, ktoré vykonávajú jednotlivci za účelom podpory svojho zdravia, prevencie ich ochorenia, obmedzenia ochorení a navrátenia zdravia, napríklad dodržaním liečebných postupov (Ráczová 2014).

Metodika

Cieľom štúdie bolo poukázať na problematiku aktivít každodenného života seniora a na riešenie problémov súvisiacich s deficitom sebaopatery v kontexte ošetrovateľstva. Hlavnou metódou bola naratívna prehľadová štúdia. Využívali sme domáce a zahraničné publikácie. Zahraničné publikácie boli zdieľané pomocou elektronických databáz Medline, Google Scholar, PubMed, ScienceDirect. Pri vyhľadávaní sme použili kľúčové slová, ako self – care, care of self, self-care assessment, self –care intervention.

Vlastný text práce

V súčasnosti starostlivosť o seba zahŕňa rôzne oblasti a predstavuje komplex vykonávaných aktivít. Je doplnená o ďalšie zložky, napr. psychologickú a spirituálnu (Rehwaldt et al., 2009). Z hľadiska vykonávaných aktivít sú najčastejšie rozlišované 4 zložky fyzická, psychologická, sociálna a spirituálna (Newell, Nelson Gardell, 2014; Moore et al., 2011). Jej cieľom je udržiavanie fyzickej a psychickej pohody a je vykonávaná z vlastnej iniciatívy jedinca. Godfrey et al. (2010) analyzovala 139 definícií starostlivosti o seba, výstupom bolo sedem hlavných aspektov, ktoré sa najčastejšie objavovali v skúmaných definíciách a týkali sa oblasti zdravia, cieľavedomého vykonávania aktivít, či preventívnych aktivít.

V užšom zmysle slova sa sebaopatera charakterizuje, ako súbor praktických aktivít jednotlivca, pravidelné a zautomatizované vykonávanie každodenných sebaobslužných aktivít (ADL) za účelom udržania života, zdravia a pohody (hygiena, obliekanie, výživa, vyprázdňovanie a pod.). Ak sú schopnosti jednotlivca neadekvátne a nemôžu vyhovieť požiadavkám sebaopatery, vzniká deficit sebaopatery, čiastočný alebo úplný, preto je ošetrovateľská starostlivosť o jednotlivca variabilná, od podnecovania sebaopatrovateľských aktivít, až ku komplexnej náhrade týchto činností (Bóriková, 2010; Gurková, 2009; Bóriková, Tomagová, Žiaková 2014).

Pojmy funkčný stav (functional status) a funkčné hodnotenie (functional assessment) sú v odbornej literatúre zadefinované najmä pre potreby klinickej praxe v geriatrickej a fyzioterapii. Funkčný stav je viacrozmerná veličina a zahŕňa hodnotenie zdravotného stavu (fyzického, psychického aj sociálneho) v kontexte s hodnotením vonkajšieho prostredia, pričom najviac

metód hodnotí najmä fyzickú oblasť, ktorá významne ovplyvňuje celkové schopnosti jednotlivca. Funkčná disabilita sa definuje ako každé obmedzenie alebo nedostatočná schopnosť vykonávať denné aktivity a pracovnú činnosť bežným spôsobom alebo v normálnom rozsahu, akceptovateľnom pre jedinca. Spôsobuje neschopnosť udržať chod domácnosti, obmedzuje činnosti seba opatery, zvyšuje závislosť pacienta od rodiny (inej osoby, pomôcky, prístroja), negatívne mení sociálne roly, vedie ku strate zamestnania (Bóriková, 2010; Németh, Derňárová, Hudáková 2011, Hegyi, 2012; Krajčík 2010).

Ošetrovateľstvo používa koncept aktivít denného života (activities daily living, ADL) ako súčasť funkčného stavu v zmysle vykonávania sebaobslužných aktivít vo vzťahu ku konkrétnym životným podmienkam. Následkom involučných zmien a obmedzení, súvisiacich s chorobami sa často mení schopnosť vykonávať základné aktivity denného života. Rozhodujúcim faktorom je miera obmedzenia pohyblivosti, ktorá spôsobuje čiastočnú alebo úplnú stratu sebestačnosti. Správne a presne zhodnotenie úrovne sebestačnosti je východiskom pri plánovaní ošetrovateľských intervencií. Zásadne je potrebné klasifikovať funkčnú úroveň pacienta tak, aby sa následne podporovala jeho nezávislosť a schopnosť zvládania denných činností (Bóriková, 2010; Gurková, 2009; Németh, Derňárová, Hudáková 2011; Bóriková, Tomagová, Žiaková 2014). Súčasťou starostlivosti je aj posudzovanie úrovne funkčnej kapacity a schopnosti sebaopatery, ktoré môže predpovedať a objektivizovať zmenu zdravotného stavu a prípadné používanie kompenzačných pomôcok.

Stupeň individuálnej funkčnej úrovne sa posúdi pozorovaním jednotlivca pri vykonávaní činností denného života a pomocou meracích techník. V komplexnom hodnotení stavu možno použiť štandardizované meracie nástroje, ktoré kvantifikujú a objektivizujú funkčný potenciál jednotlivých oblastí denného života. Ich úlohou je odhaliť ťažkosti a vytvoriť časový priestor na vykonanie účinných opatrení s cieľom predísť orgánovým, alebo funkčným dekompenzáciám. Na vyhodnotenie činnosti sa používa číselné, resp. slovné vyjadrenie. Súčasťou posudzovania schopnosti sebaopatery by malo byť aj orientačné posúdenie kognitívnych funkcií jednotlivca (Bóriková, 2010; Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Na posúdenie stupňa individuálnej funkčnej úrovne a potreby kompenzačných pomôcok možno využiť aj kódy funkčnej úrovne. Odborná literatúra v ošetrovateľstve prezentuje rôzne modifikované verzie kódov funkčnej úrovne podľa M. Gordonovej. Activity of Daily Living (ADL) verzie testov sú prezentované v ošetrovateľstve, v geriatrickej praxi, v zariadeniach v následnej a dlhodobej starostlivosti, cielene v rehabilitačnej diagnostike alebo pri rozhodovaní o návrhu kompenzačných pomôcok, ošetrovateľskej (Krajčík, 2010; Bóriková, 2010; Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014; Krivošíková, 2011; Hegyi, 2012).

Pri ADL ide o činnosti, ktoré senior vykonáva v rámci starostlivosti o seba a ktoré predpokladajú osobnú samostatnosť a sebestačnosť. Pôvodný test, ktorý hodnotil a kvantifikoval aktivity denného života pod názvom „Index of Independence in Activities of Daily Living - Index závislosti v aktivitách denných činností“ vytvoril v roku 1964 Katz. Ide

o šesťzložkový test, ktorý bol neskôr modifikovaný rôznymi autormi. Alternatívny Barthelovej test ADL zahŕňa 10 položiek: umývanie, obliekanie, používanie toalety, kúpanie, premiestňovanie, udržanie moču/stolice, chôdzu po rovine a po schodoch a prijímanie potravy. Následnosť týchto činností nie je mimovoľná; pacienti zvyčajne strácajú tieto schopnosti v uvedenom poradí a počas rehabilitácie sú opätovne získavané v obrátenom poradí. Pacienti, ktorí nedokážu vykonávať tieto úlohy, zvyčajne vyžadujú pomoc ošetrovateľa počas 12 až 24 hodín denne. Ostatné aktivity denného života zahŕňajú komunikáciu, upratovanie, zrakové schopnosti, chôdzu a používanie horných končatín. Ich samostatné vykonávanie je závislé aj na aktuálnom stave seniora (napr. duševnom) a nielen na jeho schopnosti. Pacientov, ktorí odmietajú vykonávať denné aktivity, považujeme tiež za nespôsobilých vykonávať tieto činnosti, hoci ich funkčný stav by im dovoľoval ich vykonávať. Preto pri každom posudzovaní seniora je potrebné posúdiť aktuálny a maximálny možný výkon, zručnosť pri používaní pomôcok, pri úprave prostredia a pod.. Niektoré testy sa snažia rozlišovať medzi aktuálnym a potencionálnym výkonom napr. „Multi level Assesment Instrument ADL – Viacúrovňový nástroj posúdenia ADL“, iné posudzujú aktuálnu zmenu oproti predchádzajúcim návykom, ako napr. „Sick ness Impact Profile - Profil dopadu chorôb“. V súčasnosti je zámerom konštruovať škály ADL z databázy štandardizovaných údajov – „Minimal Data Set (MDS) - Súbor minimálnych údajov“, kde je test ADL kombinovaný s fyzikálnym vyšetrením. IADL má v svojom obsahu náročnejšie činnosti. Ide o menej zaťažujúce aktivity, potrebné pre samostatnosť denného života, sú komplexnejšie a zahŕňajú osobnú interakciu s pacientovým prostredím (Krajčík, 2010; Bóriková, 2010; Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014; Gurková, 2009; Krivošíková, 2011; Hegyi, 2012; Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Sestra posudzuje a diagnostikuje schopnosti a limitácie jednotlivca, identifikuje a špecifikuje požiadavky sebaopatery. Zisťuje informácie o základnom ochorení (akútne, chronické, príčiny, stupeň), ako pacient prezentuje svoje ťažkosti, čo pociťuje (bolesť, únavu, zmenu funkcie napr. muskuloskeletálneho systému). Berie do úvahy vývinovú a vzdelanostnú úroveň a iné faktory, pridružené zdravotné problémy, stav kognitívnych funkcií, stupeň individuálnej funkčnej úrovne, používanie a potrebu kompenzačných pomôcok, schopnosť identifikovať a vyjadriť potreby, bolesť, atď. V ďalšej oblasti posúdenia sa zameria na údaje, čo bráni jednotlivcovi alebo rodine, zúčastňovať sa liečebného režimu. Pri posudzovaní podporného systému zisťuje, kto ho tvorí a čo pacientovi poskytuje (Krajčík, 2010; Bóriková, 2010; Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014; Krivošíková, 2011; Hegyi, 2012; Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Tab. 1 Nástroje hodnotiace starostlivosť o seba

| Nástroj | Charakteristika nástroja | Psychometrické vlastnosti | Výsledné skóre | Poznámka |
|---------------------------------------|--|--|--|------------------------------|
| Katzov index nezávislosti Katz (1963) | Tvorí ho 6 oblastí bežných denných aktivít: kúpanie, | Rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí | Maximálne hodnotenie škály je 6 bodov. Skóre | nie je vhodný pre použitie v |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, kontinencia, stravovanie | 0,74–0,94; dobrá prediktívna validita | 6 – plná funkciu, 4 – stredne ťažké poškodenie, 2 alebo menej – závažná funkčná porucha | akútnej starostlivosti |
| Barthelovej test – ADL (Mahoney, Barthel, 1958) | Bázu tohto hodnotiaceho nástroje tvorí nasledujúcich 10 oblastí: jedenie a pitie, obliekanie, kúpeľ, osobná hygiena, kontinencia moču, kontinencia stolice, použitie WC, presun z lôžka na stoličku, chôdza po rovine, chôdza po schodoch | Rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,87 – 0,93. dobrá prediktívna validita | Bodové rozmedzie je: 0–40 vysoká závislosť 45–60 závislosť stredného stupňa 65–95 ľahká závislosť 100 nezávislosť 5–10 minút. | 5–10 minút. nejasné rozlíšenie medzi ľahkou a strednou závislosťou |
| Test inštrumentálnych všedných činností IADL (Lawton, Brody, 1969). | Základnú bázu tohto nástroja tvorí 8 oblastí: telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie, domáce práce, práce okolo domu, užívanie liekov, financovanie | Reliabilita – 0,85, signifikantná validita | 0–40 bodov (závislý) 41–75 bodov (čiastočne závislý) 76–80 bodov (nezávislý) | 10–15 minút vhodný pre komunitnú starostlivosť |

(spracované podľa Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014)

V poslednej období v niektorých štátoch EÚ sa začína uplatňovať škály ako Functional Independence Measure and Functional Assessment Measure (FIM/FAM) - Hodnotenie funkčnej nezávislosti a Meranie funkčnej výkonnosti, ktorá by mala byť uvedená v prepúšťacích správach z geriatrických pracovísk. Rovnako by mala konkretizovať, ktoré dlhodobé podpory a služby senior potrebuje, s ktorými zdravotníckymi pomôckami vie zaobchádzať, prípadne je schopný ich používať v domácom prostredí. V ideálnom prevedení FIM/FAM by mali byť zhodnotenú aj bytové podmienky seniora a prípadne upravené na bezbariérové (odstránenie prahov, úprava kúpeľne, úprava toalety, inštalácia madiel, protišmyková úprava podláh a pod.). Niekedy je odporúčaná pomoc vo vlastnom byte k určitým presne vyhradeným činnostiam, ktoré sú v niektorých štátoch finančne hradené sociálnymi inštitúciami. (Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Dotazník funkčného hodnotenia pacienta Functional Activities Questionnaire (FAQ), ide o hodnotiaci nástroj, určený pre pacientov s demenciou. Dotazník má 10 položiek

(vyplňovanie rôznych dokumentov v banke, na úradoch a pod., pamätanie si súčasných udalostí, schopnosť ohriať si vodu, uvariť čaj alebo kávu, zastaviť tečúcu vodu z vodovodu a pod.). Každá z desiatich položiek má štyri možnosti odpovede. Čím vyššie skóre jedinec dosiahne, tým ide o ťažšie postihnutie jeho organizmu.

The Disability Assessment for Dementia (DAD), rovnako ako predchádzajúci test aj tento slúži na hodnotenie disability u pacientov s demenciou. V podstate svojim obsahom kombinuje zložky ADL a IADL testu. U dementných pacientov v prípade miernej poruchy kognitívnych funkcií dochádza len ku spomaleniu vykonávania aktivít denného života. S postupujúcou demenciou vypadávajú najprv zložitejšie činnosti ako je napr. hľadanie telefónneho čísla v zozname, nevedia si zapamätať, čo majú nakúpiť, postupne nedokážu robiť ani jednoduché nákupy, nedokážu obsluhovať domáce spotrebiče a v konečnej fáze dementní pacienti nie sú schopní ani bazálnych denných aktivít.

Podľa zdatnosti uvažujeme pri senioroch o nasledovných kategóriách:

Elitní seniori - táto skupina seniorov si zachováva toleranciu k extrémnym výkonom až do vysokého veku. Najstarší človek, ktorý absolvoval maratónsky beh, mal 90 rokov. Najstarší človek, ktorý vystúpil na Mont Everest, mal 60 rokov. Mnoho seniorov hrá tenis a iné hry dlho po šesťdesiatke. Zdatní seniori - charakterizujú sa dobrou fyzickou aj psychickou kondíciou, pravidelne sa venujú športovým aktivitám, majú často lepšiu výkonnosť ako o niekoľko rokov mladší jedinci so sedavým spôsobom života. Zvládajú aj náročné aktivity bežného života (AADL) (Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Nezávislí (independent) seniori – nemajú problémy so sebestačnosťou pri dodržaní štandardných podmienok, zvládajú inštrumentálne aktivity (IADL), ale nemajú dostatočné funkčné rezervy. Zvyčajne žijú sedavým spôsobom života, majú obmedzený rozsah kĺbových pohybov a nízku svalovú silu. Horšie zvládajú nadštandardné záťaže, vrátane chorôb, operácií, majú dlhšie rekonvalescentné obdobie.

Krehkí (frail) seniori - majú už problémy s inštrumentálnymi aktivitami denného života (IADL), potrebujú už pomoc rodiny alebo ošetrovateľov aspoň v niektorých činnostiach.

Závislí (dependent) seniori - sú to ľudia so závažnou dizabilitou, so závažným funkčným deficitom. Z pohybových aktivít dokážu zvládnuť len pomalé vychádzky, často už neopúšťajú byt, pri ústavnom pobyte väčšinu času strávia v kresle alebo na posteli. Z mentálnych porúch je najčastejšie prítomná stredne ťažká demencia. Ťažko sa adaptujú, ale sú schopní ľahkých rekondičných programov.

Celkom závislí (totally dependent) seniori - sú pripútaní na posteľ, často majú aj ťažký mentálny deficit. Nedokážu zvládnuť ani základné, samoobslužné činnosti. U väčšiny seniorov je rozvinutý imobilizačný syndróm. Vyžadujú permanentnú ošetrovateľskú starostlivosť. Často sú títo pacienti umiestnení v rôznych inštitucionálnych zariadeniach.

Zaradiť seniora do jednej z uvedených skupín (ak to nie je jasné zo základného vyšetrenia) umožňujú záťažové a výkonové testy. Záťažové testy používame u zdatných jedincov. Umožňujú deliť seniorov na elitných, zdatných a nezávislých, tí však nie sú témou našej publikácie (Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Výkonové testy (Performance Measures) sa robia najmä u krehkých a parciálne závislých seniorov. Odrážajú schopnosť organizmu podávať určité výkony vo vzťahu k dizabilite a umožňujú ich objektívne hodnotenie. Niektoré testy sú orientované na telesné schopnosti (physical functioning), iné na mentálne schopnosti (psychic functioning), niektoré z nich sú kombinované (Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Zdravotnícki pracovníci, neformálni opatrovatelia, rodina a priatelia zohrávajú dôležitú úlohu pri podpore sebaopatery u seniorov. Poskytovatelia starostlivosti musia poskytnúť psychickú a fyzickú podporu k motivácii starších ľudí na sebaopatre, aby seniori boli schopní aktualizácie aktivít sebaopatery. Chorí seniori môžu ľahko stratiť motiváciu starostlivosti o seba (Söderhamn, 2013). Schopnosť prijať opatrenia v prípade potreby a robiť správne úsudky naznačuje vyspelosť starostlivosti o seba a o druhých. Zrelí ľudia so štruktúrovanými vzťahmi rozumejú svojim povinnostiam vo svojej sociálnej skupine a prijímajú zodpovednosť, aby v prípade potreby sa dokázali postarať o druhých.

Cieľom a výsledkom ošetrovateľskej starostlivosti je efektívne fungovanie pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery. Pri realizácii denných aktivít sa ošetrovateľstvo zameriava na udržanie, alebo zvyšovanie súčasného stavu sebaopatery a usiluje sa dosiahnuť u jednotlivca čo najvyššiu nezávislosť. Cieľavedomou asistenciou pacientovi s deficitom sa zvyšuje rozsah jeho možností, možnosti existencie a zároveň sa podporuje jeho samostatnosť a nezávislosť pri samoobslužných aktivitách.

Hygiena a obliekanie

V starobe sa menia nároky na hygienu a obliekanie. Starý človek stráca motiváciu pre starostlivosť o svoje telo. Dôvodom je zmena priorit, životných hodnôt, znižovanie telesnej aktivity, osamelosť, izolácia. Starý človek zabúda umyť si zuby, nekúpe, nesprchuje sa, cíti sa slabý, bojí sa poranenia, nemá silu je nesebestačný. Vplyvom zhoršenej funkcie zmyslových orgánov nevidí špinavý odev, necíti zápach. Starý človek i v situácií keď je sebestačný potrebuje v oblasti hygieny a obliekania vždy podporu a pomoc a veľmi taktný prístup.

Osobná hygiena a kúpanie

Pri zabezpečení potreby hygieny/kúpania je nevyhnutné posúdiť individuálnu funkčnú úroveň seniora. Zistiť zvyky, ktoré praktizuje, zvoliť individuálny prístup, vybrať najvhodnejší spôsob kúpania. Zabezpečiť súkromie počas výkonu. Posúdiť a odstrániť bariéry prostredia, ktoré

obmedzujú seniora. Upraviť prostredie bezpečné pre seniora – stolička, opierka, madlá, protišmykové podlahy. Využívať kompenzačné pomôcky na uľahčenie hygieny.

Obmedzený pohyb a znížená svalová sila: pri nácviku hygieny a kúpania sa používajú mycie huby alebo ohnuté kefy s predĺženou rukoväťou na umývanie chrbta, kefy s prísavkami na umývanie chodidla, hrebene a kefy s predĺženou a ohybnou rukoväťou. Na čistenie zubov sa odporúčajú elektrické zubné kefky a na holenie elektrické strojčeky. Pri presunoch do a z vane alebo sprchovacieho kúta sú vhodné madlá upevnené vertikálne i horizontálne, protišmykové podložky a rôzne varianty sedačiek do vane, stoličiek do sprchovacieho kúta.

Pri poruchách koordinácie: pri česaní, holení, umývaní tváre, čistení zubov sú vhodné záťažové manžety na predlaktiach, ktoré zaisťujú stabilitu hornej končatiny. Odporúča sa mydlo v kapsičke, ktoré sa dá pripevniť do vane alebo sprchy, použiť sa môžu aj umývacie rukavice, do ktorých sa vloží mydlo.

Obliekanie

Pri zabezpečení potreby obliekania u seniora sa odporúča zaznamenať stupeň individuálnej funkčnej úrovne. Spolu s rodinou seniora vybrať vhodné oblečenie a obuv. Zabezpečiť súkromie, obmedziť prítomnosť ďalších osôb. Odstrániť bariéry z prostredia. Odev a pomôcky by mal mať senior na dosah ruky, vo svojej blízkosti a usporiadané v poradí v akom ich bude používať. Podporovať samostatnosť a chváliť seniora za úspech. Učiť seniora od najjednoduchších krokov, a postupne prechádzať k zložitejším. Obliekanie sa odporúča vykonávať v sede, na pevnej stoličke, zabrzdennom vozíku. Dodržiava sa všeobecné pravidlo obliekania, ako prvá sa oblieka postihnutá končatina a pri vyzliekaní sa začína so zdravou nepostihnutou končatinou.

U seniorov s obmedzeným rozsahom pohybov je problémom dosiahnuť na predmety a potrebné oblečenie, alebo môže byť problém s predklonom a úklonom. Z týchto dôvodov je preto nevyhnutné používať kompenzačné pomôcky (rôzne podávače, ktoré umožnia prisunúť a natiahnuť časť oblečenia, alebo podávače pomocou ktorých možno pritiahnúť visiace oblečenie zo skrine, zo šatne, alebo dvihnúť ľahšie oblečenie zo zeme. Na obliekanie pančúch a ponožiek existujú rôzne typy navliekačov ponožiek a pančúch. Obliekanie hornej polovice tela by malo byť tiež upravené. Vhodná je voľná mikina, svetre, trička zo strečových materiálov bez zapínania. Oblečenie zo zipsom je vhodné upraviť väčším krúžkom, ktorý uľahčí úchop zipsu a zapínanie. Rovnako aj na zapínanie gombíkov používať zapínač gombíkov. Pre seniora je vhodnejšie používať obuv, ktorá je bez zapínania, alebo má suchý zips.

So seniorom s kognitívnou poruchou, počas obliekania udržiavať jednoduchú komunikáciu – používať otázky na ktoré môže senior dávať odpovede áno/nie, dávať jednoduché pokyny, byť konkrétny, stručný, oslovovať menom, používať rovnaké slová pre rovnaké veci.

Jedenie (príjem jedla a tekutín)

Stravovacie návyky sa u starších ľudí menia vplyvom spomalenia fyzickej aktivity a metabolizmu. Starí ľudia prijímajú menej potravy, množstva a kvality. Na kvalitu výživy majú vplyv aj ekonomické faktory. Prijímanie potravy môže byť narušené i niektorými biologickými zmenami – problémy s chrupom, zmenené chute a vône. Úroveň sebaopatery modifikuje u seniora spôsob uspokojovania potreby výživy.

Na zabezpečenie potreby výživy poskytujeme seniorovi individuálnu pomoc. Zaujímame sa o preferované miesto stolovania, o podnety, ktoré zvyšujú schopnosť samostatného jedenia (sociálne podnety, neverbálne, telesné chyby, úplná závislosť).

Pri kognitívnej poruche sa odporúča upraviť prostredie, ktoré má byť tiché bez rušivých vplyvov, sledovať riziká aspirácie, vyhýbať sa nepotrebné konverzácii. Dodržiavať rovnakú postupnosť počas stravovania, povzbudzovať pacienta na dodržanie čistoty pri jedle, podávať malé súbory, byť pripravený u seniora na prejavy únavy, frustrácie, depresie.

Pri nácviку príjmu jedla je dôležitá poloha seniora. Sestra dbá aby pacient pri jedle sedel vzpriamene s opretými predlaktami na podložke a pohybom v distálnych častiach ruky pre lepšiu stabilizáciu hornej končatiny. Seniori s obmedzeným rozsahom pohybu, s problémami s úchopom a manipuláciou môžu pri nácviку prijímania jedla využívať kombinované príbory nôž s vidličkou, nôž s lyžicou; príbory so zväčšenou, predĺženou alebo zakrivenou rukoväťou. Na trhu sú k dispozícii rôzne varianty upravených lyžičiek s pravým alebo ľavým zakrivenou rukoväťou a rôznym uhlom zatočenia. Nevyhnutné je používať protišmykové podložky a upravené tanierne so šikmým dnom a zvýšeným okrajom, ktoré zabraňujú rozliatiu obsahu. Na pitie sa používajú hrnčeky s ťažším dnom alebo v kombinácii s viečkom alebo slamkou na pitie.

Vyprázdňovanie

Vek vcelku nemá veľký vplyv na väčšinu gastrointestinálnych funkcií u inak zdravých seniorov. Vysvetlením je skutočnosť, že tráviace ústrojenstvo má pomerne veľkú funkčnú a do istej miery aj anatomickú rezervu v neuromuskulárnych štruktúrach. Určitou výnimkou môže byť proximálna pažerák, análny oblasť a panvové dno, pretože kombinácia starnutia a menších lézií (drobné mozgovej ischémia alebo pôrodná trauma) môže vyústiť do klinicky zreteľných problémov ako je zápcha, dysfágia alebo inkontinencia stolice. Úroveň sebaopatery a sebestačnosti chorého v oblasti vyprázdňovania moču a stolice, vychádza z možnosti samostatne sa pohybovať. Človek bez pohybového obmedzenia sa vyprázdňuje na toalete, je schopný sám dôjsť na toaletu, zoblieť a obliecť sa. V dôsledku ochorenia sa človek stáva čiastočne alebo úplne nesebestačným.

Fyziologická poloha pre defekáciu je sede, nohy sa dotýkajú podlahy. Umožniť všetkým pacientom defekáciu v tejto polohe, rovnako ako dostatok súkromia a zodpovedajúce vybavenie WC (madlá, nadstavec na WC, signalizácia, možnosť očisty). U nesebestačných seniorov sa v ergoterapeuti zameriavajú na nácviку sebaobsluhy, predovšetkým samostatné

zvládnutie presunov na WC, vyzliekanie, obliekanie (preferovať čo najjednoduchšie oblečenie) a nácvik hygieny po vyprázdnení. Pri vyprázdňovaní sa snažíme opatrovanému zabezpečiť súkromie (rešpektovať intimitu a dôstojnosť) a poskytnúť mu dostatok času. Pomôžeme mu zaujať vhodnú polohu, ak to nepomôže, použijeme podporné techniky (napr. tečúca voda pri močení). Pravidelný odchod stolice podporujeme stravou bohatou na vlákninu a samozrejme dodržiavaním pitného režimu. Čiastočne pohybliví môžu vykonať potrebu do prenosnej toalety. Snažíme sa ich aktivovať, aby mali záujem vykonávať svoju potrebu mimo posteľ. V priebehu dňa môže byť aj návšteva toalety súčasťou rehabilitácie. Ak to nie je možné, poskytneme im podložnú misu a mužom na močenie močovú fľašu. Podložná misa nám zároveň slúži na hygienickú očistu. Ak je človek pohybovo obmedzený, vylučovanie moču a stolice ho síce neohrozuje, ale situáciu zhoršuje aj zadržiavanie moču a stolice. Preto je potrebné komunikovať so seniorom, zapájať ho a viesť k samostatnosti, podporovať aktívny i pasívny pohyb, do takej miery, ako mu to dovoľí zdravotný stav (Krivošíková, 2011; Kalvach a kol. 2008); Bóriková a kol., 2010; Gurková a kol., 2009; Ackley, Ladwig, 2008; Németh, Derňárová, Hudáková 2011).

Deficit sebaopatery a samota seniora môže vyvolať vznik negatívnych emócií podporujúcich vznik depresívnej nálady. Pre sestru je nevyhnutné správne identifikovať úroveň sebestačnosti a naplánovať efektívne intervencie vedúce k obnove sebaopatery. Predpokladom kvalitnej starostlivosti je aj efektívna terapeutická komunikácia, ktorá má špecifiká vyplývajúce z možnej emočnej a citovej lability seniora. Vo väčšine prípadov však seniori prijímajú záujem o svoju osobu i prostredníctvom rozhovoru pozitívne. Úlohou sestry je rozpoznať nielen somatické problémy, ale aj duševnú nepohodu. Musí mať na pamäti, že aj napriek veľkému úsiliu nie vždy dosiahne u všetkých výrazné pokroky. Cieľom však musí byť snaha udržať seniora v prirodzenom domácom prostredí so zachovaním sebestačnosti, duševnej pohody a primeranej kvality života. Prostredie musí byť prispôsobené potrebám seniora. Zostať v seniorskom veku aktívny, činný alebo činorodý a pritom zdravý, je želaním väčšiny ľudí. Poruchy a poškodenie zdravia seniorov sú často dôsledkami nesprávne životosprávy a nízkej ochrany vlastného zdravia.

Malíková (2011) veľmi jasne definuje aktivizáciu, ktorá zahŕňa tri činnosti:

1. voľnočasové a záujmové aktivity.
2. poskytnutie pomoci pri obnovení alebo udržaní kontaktu s prirodzeným sociálnym prostredím,
3. pomoc pri nácviku a zlepšovaní všetkých schopností (motorických, psychických a sociálnych) klienta.

Za prvoradé zdôrazňuje predchádzanie pasivite a ponúknutie prostredia bohatého na stimuly so zameraním na redukciu deprivácie a spoločenskej izolácie. Všetky metódy a terapeutické prístupy musia byť cielené na zamestnávanie činnosťami, ktoré obohacujú a spríjemňujú každodenný život. Podľa Blahutkovej (2006) je psychomotorika forma pohybovej aktivity

zameraná na prežívanie pohybu, ktorá vedie k poznávaniu vlastného tela, okolitého sveta a k zážitkom pohybových aktivít. Na tento účel sa využívajú jednoduché herné činnosti, činnosti s náradím a náčiním, kontaktné prvky a prvky pohybovej muzikoterapie vrátane rôznych relaxačných techník. Pohybová aktivita (nazýva sa tiež pohybová aktivizácia) vykazuje vysoko priaznivý aspekt v kvalite života seniora a priaznivo ovplyvňuje organizmus a prejavy a dôsledky niektorých chorôb. Fyzická záťaž, podľa Pyšnej a kol. (2009) prospieva organizmu po všetkých stránkach, z biologického hľadiska najmä prospieva metabolizmu, pohyb napomáha tráveniu, chuti do jedla, funkciám pohybového aparátu i srdcovo cievnemu systému. Z hľadiska psychiky pohyb prospieva emóciám, pocitu nezávislosti, pocitu spoločenskej potrebnosti a pocitu dobrého života (well-being). Gracová (2010) zdôrazňuje, že v problematike zdravého starnutia, ktoré je úzko späté so sebestačnosťou, nezávislosťou, predĺžením činného života a znížením potreby medicínskej pomoci majú zdravotnovýchovné aktivity zamerané na pohyb významné postavenie.

Záver

Akceptujúc človeka ako bio-psycho-sociálno-duchovnú bytosť, chceme vyzdvihnúť význam a prepojenosť jednotlivých zložiek. Ak sa človek cíti a je zdravý, pozitívne sa to odrazí na jeho psychike a vzápätí sa táto skutočnosť odrazí i v sociálnych vzťahoch.

Vo všeobecnosti sa považuje za najdôležitejšie kritérium kvality života rôznorodosť potrieb a možnosti ich uspokojovania. Uspokojovanie potrieb ako súčasť kvality života je súčasťou koncepcie a činnosti ošetrovatelstva. Potreby nevyhnutné pre seniorov sú najmä – potreby nezávislosti (autonómie), lásky, spolupatričnosti (vedomie príslušnosti k niektorej skupine) a bezpečia (fyzického, psychického, sociálneho a ekonomického). Sebestačnosť má pre seniora veľký význam vo vzťahu k sebe samému, ako zdroj určitej sebaúcty.

Zoznam bibliografických odkazov

ACKLEY, B.J., LADWIG, G.B. 2006. *Nursing Diagnosis Handbook. A Guide to Planning Care*. 7thed. St. Louis : Mosby. 1353 p. ISBN 0-323-03664-3.

BLAHUTKOVÁ, M. 2006. *Psychomotorika pre každého*. Prešov: MPC. 106 s. ISBN 82-91054-88-6.

BÓRIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In: *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Roč. 1, č.1. s. 24–30. ISSN 1804-2740.

BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2014. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovatelstve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín : Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] 21.1.2014, posledná aktualizácia 22.1.2014 [cit. 2014-01-22]. ISSN 1337-7396. Dostupný na internete: <http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>>

- BROWN, J., C. et al. 2014. Prescription and adherence to lymphedema self-care modalities among women with breast cancer-related lymphedema. *Supportive Care in Cancer*. Vol. 22, N. 1, p. 135- 143. ISSN 0941-4355.
- GRACOVÁ, D. 2010. *Teoretický a sociálny rámec analýzy vzdelávacích potrieb seniorov v oblasti zdravotnej výchovy*. In Prusáková a kol. *Analýza vzdelávacích potrieb dospelých*. Banská Bystrica, UMB PF. s. 219-230. ISBN 978-80-557-0086-1.
- GODFREY, C. M. et al. 2011. Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy, and industry perspective. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. N. 9, p.3-24. ISSN 1744-1609.
- GURKOVÁ a kol. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta. 243s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- HEGYI, L. 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. 176 s. ISBN 978-80-89171- 99-6.
- HRICOVÁ, M. a kol. 2017. *Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií*. Košice: UPJŠ. 148s. ISBN 978-80-8152-571-1.
- KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, a.s. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KRAJČÍK, Š. 2010. *Sebestačnosť a závislosť*. In: Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatría*. Bratislava: Herba. 84–88 s. ISBN 978-80-8917-173-6.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada368s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálnych zariadeniach*. Praha : Grada Publishing, a. s. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MASTERS,K. 2016. Nursing Theories. *Frame work for professional nursing practice*, p. 57-60. Dostupné na internete: http://samples.jbpub.com/9781449691509/81982_CH02_Pass1.pdf
- MOORE, S.E. et al. 2011. Social work students and self-care. A model assignment for teaching. *Journal for Social Work Education*. No 47, p.545-553. ISSN 1470-1227.
- NÉMETH, F. DERŇÁROVÁ, Ľ., HUDÁKOVÁ, A., 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov: Prešovská univerzita. 166 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- NEWELL, J. M., NELSON-GARDELL, D., 2014. A competency-based approach to teaching professional self-care: An ethical consideration for social work educators. *Journal of Social Work Education*. Vol. 50, N. 3, p. 427-439. ISSN 1470-1227.
- PYŠNÁ, J. a kol. 2009. *Kvalita života seniorů a pohyb*. Bratislava: Infopress. 171 s. ISBN 978-80-85402-98-8.
- RAAIJMAKERS, L., G. et al. 2015. Correlates of perceived self-care activities and diabetes control among Dutch type 1 and type 2 diabetics. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 38, N. 3, p. 450-459. ISSN 0160-7715.

RÁCZOVÁ, B., VASKOVÁ, K. 2015. Vykonávanie aktivít v oblasti starostlivosti o seba v priebehu života. *Psychologie a její kontexty*. Vol. 6, N. 1, s.63–78. ISSN 1803-9278.

SÖDERHAMN. 2013. Phenomenological perspectives on self-care in aging. In *Clinical Interventions in Aging*. N. 8, p. 605–608. ISSN 1178-1998.

TOLJAMO, M., HENTINEN, M. 2001. Adherence to self-care and social support. *Journal of clinical nursing*. Vol. 10, N. 5, p. 618-627. ISSN 0962-1067.

Kontaktná adresa autora

Mária Novyzedláková, PhDr., PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
maria.novyzedlakova@ku.sk

NÁSTROJE NA POSUDZOVANIE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI DOSPELÝCH

TOOLS FOR ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY IN ADULTS

Mária Novyzedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Množstvo hodnotiacich nástrojov zdravotnej gramotnosti, ktoré spĺňajú kritériá na nenáročnosť, efektívnosť, čas administrácie a zároveň i validitu je limitované. Cieľom príspevku bolo poskytnúť prehľad o hodnotiacich nástrojoch zdravotnej gramotnosti. Príspevok má charakter naratívnej prehľadovej štúdie. Zo všeobecných nástrojov boli historicky najčastejšie používané nástroje Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM-SF), Test of Functional Health literacy in Adult (TOFHLA, S-TOFHLA) a Newest Vital Sign (NVS). Odborná literatúra uvádza nástroje špecifickej zdravotnej gramotnosti súvisiace s ochorením, ďalej elektronické a nástroje pre špecifickú populáciu. Niektoré nástroje všeobecnej zdravotnej gramotnosti majú viacero verzií používaných v rôznych jazykoch a populáciách. Zaoberanie sa zdravotnou gramotnosťou v klinickej praxi je nevyhnutné pri ochrane zdravia a v prevencii chronických ochorení.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Hodnotiaci nástroj. Zdravotná starostlivosť.

Summary

The number of health literacy assessment tools that meet the criteria for simplicity, efficiency, administration time and at the same time validity is limited. The aim of the paper was to provide an overview of health literacy assessment tools. The contribution has the character of a narrative review study. Of the general instruments, the REALM, TOFHLA and NVS. instruments have historically been the most frequently used. The scientific literature lists specific health literacy tools related to the disease, as well as electronic and tools for a specific population. Some general health literacy tools have multiple versions used in different languages and populations. Dealing with health literacy in clinical practice is essential for health protection and prevention of chronic diseases.

Keywords: Health literacy. Assessment tool. Health care.

Úvod

Zdravotná gramotnosť (ZG) je jedným z prostriedkov ako dosiahnuť optimálne zdravie osôb. Zdravotná gramotnosť je súčasťou výchovy o zdraví, má vplyv na individuálne postavenie osoby k vlastnému zdraviu. Všetci členovia spoločnosti potrebujú prehĺbiť svoje vedomosti o zdraví, čo vpláva na subjektívnu pohodu jednotlivcov, rodín, komunít ako aj spoločnosti. Úroveň vedomosti jednotlivca spoločnosti je závislá na sociálnych, environmentálnych a behaviorálnych determinantov zdravia (Freedman et al., 2009).

Metodika

Cieľom príspevku bolo poskytnúť prehľad o hodnotiacich nástrojoch zdravotnej gramotnosti publikovaných v zahraničných a domácich vedeckých periodikách. Hlavnou metódou bola naratívna prehľadová štúdia. Jednotlivé publikácie boli zdieľané pomocou elektronických databáz CINAHL a Medline, Google Scholar, PubMed, ScienceDirect. Pri vyhľadávaní sme použili kľúčové slová, ako Health literacy, e-Health literacy, Tool, Instrument, Scale, Questionnaire, Measure and Inventory.

Zdravotná gramotnosť je dôležitým faktorom v prevencii chronických ochorení. Medzi chronické ochorenia sú tradične zaradené kardiovaskulárne ochorenia, diabetes, rakovina, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc ako aj duševné ochorenia. Výskyt niektorých chronických ochorení má stúpajúcu tendenciu. Zdravotná gramotnosť zohráva dôležitú úlohu pri dopade týchto ochorení na jednotlivca, zdravotnícke systémy ako aj spoločnosť ako celok.

Diskusie o úlohe zdravotnej gramotnosti zdôrazňujú význam interakcie medzi požiadavkami zdravotných systémov a zručnosťami jednotlivcov (Health literacy connection, 2014; Sørensen et al., 2012). Zvyšovanie úrovne zdravotnej gramotnosti je celoživotný proces. Aby bola populácia zdravotne gramotná potrebuje pomoc pri pochopení dôležitých informácií pre zdravie alebo navigáciu v zdravotníckom systéme (Kickbusch et al., 2013). Zdravotná gramotnosť môže byť ovplyvnená osobnými, sociálnymi ale aj environmentálnymi determinantami, ktoré vplývajú na zdravotníctvo ako aj správanie súvisiace so zdravím (Sørensen a kol., 2013).

Chronické ochorenia si vyžadujú určité vzdelanie pacienta pre dosiahnutie správnej regulácie zdravotného stavu a zabráneniu vzniku nepriaznivých následkov pre zdravie.

Štúdia, ktorá skúmala zdravotnú gramotnosť a kardiovaskulárne ochorenia, zistila, že nízka úroveň zdravotnej gramotnosti predpovedá nesprávne dodržiavanie pokynov užívania liekov, nedostatočného pochopenia zdravotných informácií ako aj písaným informáciám u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením (Aaby et al., 2017; Peters, 2017).

V zákone Národnej rady Slovenskej republiky č.576/2004 Z. z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý okrem iného definuje, „ že ošetrovateľská prax zahŕňa aj výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti (§2, ods.15, bod c).“

V zmysle §1 ods. I f) Vyhlášky č.95 MZ SR z 12. marca 2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie

lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom

„sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, v súlade so štandardmi v ošetrovatelstve a v súlade s lekárskou diagnózou samostatne vzdeláva osobu, rodinu alebo komunitu o zdravom životnom štýle, o režimových opatreniach v súvislosti s ošetrovateľskou starostlivosťou s dôrazom na sebestačnosť osoby“.

Posudzovacou stupnicou v ošetrovatelstve sú ukazovatele, ktoré sa používajú pri hodnotení zmien v zdravotnom stave osoby, pričom zmeny možno merať priamo alebo nepriamo a hodnotenie sa väčšinou vykonáva číselným súčtom (Z. z. 364/2005).

V zmysle § 4 ods. d) Vyhlášky č. 95 MZ SR z 12. marca 2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom *„aplikuje a inovuje hodnotiace škály a nástroje používané v ošetrovateľskej praxi, zabezpečuje merateľnosť a sledovateľnosť kvality ošetrovateľskej starostlivosti“.*

Na identifikáciu v procese posudzovania sú určené aj hodnotiace nástroje (Z. z. 364/2005), ktorých používanie by malo byť prirodzenou súčasťou ošetrovateľskej praxe.

Benefity hodnotiacich nástrojov:

- zvyšujú kvalitu diagnostického procesu,
- zlepšujú efektivitu starostlivosti o pacienta,
- konzistentné dáta sú porovnateľné a prenositeľné medzi inštitúciami,
- zvyšujú autonómiu profesie,
- umožňujú zber pomerne veľkého počtu dát za relatívne krátky čas (Žiaková, Galajda,

Šutarík a kol., 2003), (Bóriková, Žiaková, 2007).

Výber hodnotiacich nástrojov

Pri výbere hodnotiaceho nástroja musíme zohľadniť viacero kritérií a to:

- musí byť validný (validita je základným kritériom vedeckej hodnoty výskumnej metódy a pokladá sa za najlepší ukazovateľ meracieho nástroja,
- musí byť reliabilný (reliabilita vyjadruje stálosť, alebo akúsi zhodu získaných výsledkov,
- musí byť kultúrne senzitívny (rešpektujúci kultúrne špecifiká skúmanej populácie a adaptovaný v procese národnej validizácie),
- štandardizovaný (so zadefinovanými pojmi a je pravidelne recenzovaný klinickými expertmi (Bóriková, Žiaková, 2007).

Hodnotiace nástroje zdravotnej gramotnosti

Problematika zdravotnej gramotnosti je pre výskum náročná, predovšetkým z hľadiska operacionalizácie. Sestry v zahraničí vo väčšej miere využívajú hodnotiace nástroje ZG a zaoberajú sa aj ich modifikáciou a prispôbovaním. Jednotlivé štúdie možno nájsť v databázach, ako napríklad MedLine, Nursing Research, ale aj medzinárodné a profesionálne organizácie sa zaoberajú tvorbou a hodnotením týchto hodnotiacich nástrojov. Konceptné modely sa snažia identifikovať kľúčové faktory zdravotnej gramotnosti a zároveň odhaliť premenné, ktoré vplývajú na úroveň zdravotnej gramotnosti.

Množstvo hodnotiacich nástrojov zdravotnej gramotnosti, ktoré spĺňajú kritériá na nenáročnosť, efektivitu, čas administrácie a zároveň i validitu je limitované (Dingová, Jakubcová, 2011). V minulosti vytvorené nástroje na meranie zdravotnej gramotnosti sú založené na čítaní s porozumením, čo však neposkytuje dostatok informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií a prípadný rozvoj zdravotnej gramotnosti. Líšia sa štýlom riadenia a zameraním na konkrétne aspekty, ako je poznanie a vedenie, matematická gramotnosť, porozumenie a vyslovenie lekárskeho pojmov (Sørensen et al., 2013). Systematický prehľad publikovaný v časopise BMC Public Health sa zaoberal vývojom nástrojov zdravotnej gramotnosti. Štúdia skúmala 17 vyhľadaných hodnotiacich nástrojov zdravotnej gramotnosti vyvinutých od roku 2009. Nástroje sa zaoberali buď objektívnym meraním (priamy test schopností jedinca) alebo subjektívnym meraním (hodnotenie vlastných schopností).

Cieľom iných štandardizovaných nástrojov bolo zabezpečiť dôkladné zhodnotenie úrovne zdravotnej gramotnosti, ako aj preskúmať vzťahy s determinantami zdravia, zdravotnými návykmi, zdravotným stavom a využívaním zdravotných služieb. Medzi tieto nástroje patria napr.: National Assessment of Adult Literacy survey (NAAL), Critical Health Competence Test (CHC), Swiss Health Literacy Survey, Health Literacy Management Scale (HeLMS) (Sørensen et al., 2013).

Osborne et al. (2013) poukazujú na to, že žiadny z vyššie uvedených nástrojov nedokáže úplne zachytiť relevantné aspekty zdravotnej gramotnosti. V tejto intencii definovali nasledovné nedostatky:

- niektoré modely sa neopierajú alebo opierajú iba čiastočne o paradigmu zdravotnej gramotnosti,
- sú zamerané len na to, či osoba pozná konkrétne slová súvisiace so zdravím namiesto toho, aby bola zisťovaná skutočnosť poznania ich významu,
- chýba pochopenie kultúrnych odlišností medzi jednotlivými krajinami, x sú málo objektívne k určitým populáciám,
- sú ťažšie uplatniteľné pri hodnotení podpory zdravia, intervencií a politik pre rozvoj zdravotnej gramotnosti,

- nevyhodnocujú komunikačné zručnosti; autori tiež poukazujú na nutnosť posúdenia komplexnej miery zdravotnej gramotnosti, ktorá by mala odrážať atribúty: x vybudovanie teórie a koncepcného rámca zdravotnej gramotnosti,
- určenie jej multidimenzionálneho obsahu,
- vypracovanie metodiky, ktorá by reálne odrážala úroveň zdravotnej gramotnosti.

Pre meranie ZG je potrebné vyvinúť platný univerzálny hodnotiaci nástroj, ktorý zhodnotí úroveň ZG spoľahlivo. Je vhodné spomenúť, že v texte sa vyskytuje koeficient Cronbach alfa od hodnoty 0,90 a vyššie vyjadruje excelentnú spoľahlivosť nástroja. Hodnota 0,50 a nižšia vykazuje neprijateľnú spoľahlivosť. Hodnotiace nástroje vykazujú index validity (CVI), ktorého hodnota musí byť nad 0,80, aby hodnotiaci nástroj dosiahol náležitú platnosť (Polit, Beck, 2006; Tavakol, Dennick, 2011).

Tavousi et al. (2022) vo svojej systematickej prehľadovej štúdií analyzovali biomedicínske časopisy od roku 1993 do 2021 spolu 361 prác, v ktorých boli ako uvádzajú 162 pôvodné originálne nástroje ZG a 199 preklady originálnych nástrojov ZG. Pôvodné nástroje zoradili do štyroch kategórií, ktoré uvádzame v nasledujúcich častiach príspevku.

1. kategória - nástroje všeobecnej ZG

Na meranie všeobecnej zdravotnej gramotnosti bolo publikovaných 39 nástrojov. Zo všeobecných nástrojov boli historicky najčastejšie používané nástroje Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM-SF), Test of Functional Health literacy in Adult (TOFHLA, S-TOFHLA) a Newest Vital Sign (NVS). Nedávno však boli zavedené dva dobre vyvinuté nástroje: The Health Literacy Questionnaire (HLQ) a Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). HLS-EU-Q a jeho novšie verzie boli často používané v európskych a ázijských prostrediach. Pre tieto nástroje boli zaznamenané celkovo presné psychometrické vlastnosti (Tavousi et al., 2022).

Tab 1 Nástroje všeobecnej zdravotnej gramotnosti

| Autor, rok | Názov | Počet položiek | Reliabilita | |
|-------------------------|---|----------------|---------------------|--------------------|
| | | | Vnútná konzistencia | vonkajšia |
| Davis et al.,1993, USA | Rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM) | 66 | Cronbach α = | Test retest = 0.99 |
| Parker et al.,1995, USA | Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) | 57 | Cronbach α = | |

| | | | | |
|---|--|--------|---------------------------------|------------------|
| Baker et al., 1999, USA | Short form of the Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) | | Cronbach α = | |
| Weiss et al. 2005, USA | Newest Vital Sign (NVS) American adults | 6 | Cronbach α = | |
| Lee et al., 2006, USA | Short Assessment of Health Literacy for Spanishspeaking Adults (SAHLSA50) | 50 | Cronbach α = 0.92 | Test-rest = 0.86 |
| Morris et al., 2006 | Single Item Literacy Screener (SILS) | 1 | | |
| Zikmund Fisher et al. 2007, USA | Subjective Numeracy Scale (SNS) | 8 | | |
| Chew et al. 2008 (American adult patients) | 3 health literacy screening questions | 3 | | |
| Osborne et al. 2013 Australian general population | Health Literacy Questionnaire (HLQ) | 47 | Cronbach α = 0.86–0.90 | |
| Sorensen et al. 2013 English/Bulgarian/Dutch/German/Greek/Polish / Spanish/Irish/ Austrian adults | Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) | 47 | Cronbach α = 0.51–0.91 | |
| Farin et al. 2013 German patient adults | Health Education Literacy of Patients (HELP questionnaire) | 18 | Cronbach α = 0.88–0.95 | |
| Pelikan et al. 2014 English/Bulgarian/Dutch/German/Greek/Polish /Spanish/Irish/ Austrian adults | Short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16, Q6) | 16 & 6 | Cronbach α = 0.80 pre Q6 | |

Existujúce nástroje na meranie zdravotnej gramotnosti sú založené na čítaní s porozumením, čo však neposkytuje dostatok informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií a prípadný

rozvoj zdravotnej gramotnosti. Nástroje sa líšia štýlom riadenia a zameraním na konkrétne aspekty, ako je poznanie a schopnosť vysloviť lekárske pojmy, matematická gramotnosť a porozumenie (Sørensen a kol., 2012).

2. kategória - nástroje špecifickej zdravotnej gramotnosti

V publikácií Tavousi et al. (2022) bolo uvádzaných bolo 90 nástrojov špecifických pre daný stav (choroba a súvislosti s chorobou). Najčastejšie boli zamerané na meranie zdravotnej gramotnosti pre :

- chronické neprenosné ochorenia, najmä kardiovaskulárne ochorenia a diabetes mellitus.
- infekčné choroby (ako HIV, HPV, tuberkulóza, cholera a špecifické pre infekčné choroby), tieto nástroje boli tiež dobre preskúmané a overené v príslušných štúdiách z hľadiska validity a reliability.
- nástroje so špeciálnym zameraním na posúdenie zdravotnej gramotnosti v oblasti orálneho/dentálneho zdravia a duševného zdravia.

Tab 2 Nástroje špecifickej zdravotnej gramotnosti

| Autor, rok | Názov | Ochorenie | Reliabilita | |
|---|--|-------------------|--|----------------------------------|
| Huizinga et al. 2008 English patients | Diabetes Numeracy Test (DNT43, 15) | DM 2. typu | KR-20 = 0.95 & 0.90 | |
| Dumenci et al. 2014 (American English speaking adults) | Cancer Health Literacy Test (CHLT-30), (CHLT-6) | Malígne ochorenia | Cronbach α = 0.88 | Test-retest = 0.90 (for CHLT-30) |
| Londono et al. 2014 (Italian speaking patient's region of Switzerland) | Tool for asthma patients in the Italian speaking | Astma bronchiale | | ICC = 0.97 |
| Tique et al. 2017 Portuguese speaking patients | HIV Literacy Test (HIV-LT) | HIV infekcia | KR-20 = 0.87 | |
| Huang et al. 2020 Taiwanese adults patients | Health Literacy battery for three phases of Stroke (HL-3S) | Pacienti po CMP | Rasch reliability coefficients = 0.86 and 0.87 | |

| | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------|
| Jones et al. 2014 Health Indigenous Australians adults | Health Literacy in Dentistry scale (HeLD-29) | Orálne zdravie | Cronbach α | ICC = 0.65 |
| Mafutha et al., 2017 South African adult patients. | Hypertension Health Literacy Assessment Tool (HHLAT), 11 položiek | Vysoký krvný tlak | | |
| Khazaei et al. 2018, Iranian adults | Heart Health Literacy Scale (HHLS), 26 položiek | Heart health literacy | Cronbach α = 0.88 | Test-retest = 0.81 |
| Rajabi et al. 2020, Iranian patient | Health literacy questionnaire on the most important domains of Non Communicable Diseases (NCDs) | Kardiovaskulárne choroby, DM, nádory | Cronbach α = 0.93 | |
| Kim et al. 2012 Korean American elder | High Blood Pressure focused Health Literacy Scale (HBP-HLS) | Vysoký krvný tlak | KR-20 = 0.98 | |

3. kategória - nástroje ZG pre špecifickú populáciu

Množstvo nástrojov zdravotnej gramotnosti (n = 22) bolo podľa Tavousi et al. (2022) navrhnutých pre konkrétnu alebo špecifickú demografickú populáciu. Zameranie nástrojov ZG bolo:

- podľa veku (adolescenti, dospelí/starší dospelí a starší ľudia)
- národnosti (kórejská, taiwanská, anglická, španielska, americká, švajčiarska, austrálska, nemecká, čínska, iránska a fínska).

4. kategória - elektronické nástroje ZG

Tavousi et al. (2022) vo svojej štúdií uvádza 11 publikovaných elektronických nástrojov zdravotnej gramotnosti. Najčastejšie sa v rôznych štúdiách používal nástroj vyvinutý Norman et al. (2006) The e-Health Literacy Scale (eHEALS), Cronbach α = 0.88 Test retest = 0.40– 0.68

Významný prostriedok pre zvýšenie zdravotnej gramotnosti v tomto období je internet ako zdroj informácií súvisiacich so zdravím, ale aj zistenie do akej miery mladý človek využíva internet pre zber zdravotníckych informácií. On-line nástroje majú potenciál, pri ktorom sa zvyšuje dostupnosť zdravotných informácií aj v zaostalých krajinách. V súčasnosti Organizácia Health on the Net Foundation, The Health Literacy Tool Shed zverejňuje zoznamy webových stránok z oblasti zdravotnej gramotnosti, ktoré považuje za platné a spoľahlivé. Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti u mladých je vo všeobecnosti, ale tiež o vlastnom záujme vyhľadávania

a nadobúdania nových poznatkov z oblasti zdravia (Abel et al., 2015). Získavanie informácií z oblasti zdravia je možné aj zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, kedy práve tento spôsob získavania informácií, zohráva kľúčovú úlohu v úrovni zdravotnej gramotnosti.

Verzie prekladov originálnych nástrojov

V publikácii Tavousi et al. (2022) existovalo množstvo nástrojov, ktoré sa prekladali a overovali v iných krajinách s rôznym demografickým zložením (n = 199).

Tab. 3 Originálne nástroje ZG a existujúci preklad a validizovaná verzia (1993–2021)

| Autor, rok | Original instrument [abbreviation] | Translations |
|----------------------|---|---|
| Davis et al.1993 | Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) | UK ; Korean American ; Arabic; |
| Parker et al.1995 | Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) | Serbian; Danish; American; Albanian; |
| Weiss et al. 2005 | Newest Vital Sign (NVS) | American ; Brazilian Portuguese; Italian; Taiwanese; Brazilian; UK ; Dutch ; Turkish; Arabic; |
| Osborne et al. 2013 | Health Literacy Questionnaire (HLQ) | Danish ; Slovak ; Norwegian; Ghanaian; German ; Australian ; Chinese; Urdu; Norwegian; Yoruba ; Brazilian ; Brazilian Portuguese; French ; American; |
| Sorensen et al. 2013 | European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q-47) | Albanian; Turkish; Indonesian/Kazakh/ Malay/Myanmar/Burmese/Mandarin/Vietnamese; Taiwanese; Norwegian; Japanese; Vietnamese |

Niektoré nástroje všeobecnej zdravotnej gramotnosti majú viacero verzií používaných v rôznych jazykoch a populáciách. V publikovaných štúdiách podľa Tavousi et al. (2022) napríklad existovalo 16 verzií REALM, 15 verzií pre NVS , 6 verzií pre TOFHLA, 13 verzií pre S-TOFHLA a 19 verzií pre HLQ. Medzi nástroje všeobecnej zdravotnej gramotnosti patrí HLS-EU-Q, ktorý skúma zdravotnú gramotnosť v troch oblastiach (zdravotná starostlivosť, prevencia zdravia a podpora zdravia), má potenciál univerzálneho využitia.

Diskusia

V minulosti vytvorené nástroje na meranie zdravotnej gramotnosti sú založené na čítaní s porozumením, to však neposkytuje dostatok informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií a prípadný rozvoj zdravotnej gramotnosti.

Nástroje sa líšia štýlom riadenia a zameraním na konkrétne aspekty, ako je poznanie a schopnosť, matematická gramotnosť, porozumenie a vyslovenie lekárskeho pojmov. Niektoré nástroje boli vyvinuté ako skriningové a slúžia na identifikovanie ľudí s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti. Príkladmi tohto nástroja sú Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM-SF, REALM-VS, REALD-99, REALM-Teen, REAL-G), Testy funkčnej zdravotnej gramotnosti (TOFHLA, S-TOFHLA) a Newest Vital Sign (NVS). Tieto nástroje sú najčastejšie používané v klinickej praxi (Sørensen et al., 2012).

Na základe systematického prehľadu (Elbashir et al., 2019) S-TOFHLA a REALM boli najčastejšie používané nástroje na hodnotenie zdravotnej gramotnosti populácie s kardiovaskulárnym ochorením.

Krajiny Európskej Únie (EU) nadviazali na trend výskumu zdravotnej gramotnosti a vytvorili vlastnú štúdiu. Prieskum zdravotnej gramotnosti v EU (Health Literacy Survey in EU, HLS-EU), sa snaží porovnať úroveň zdravotnej gramotnosti medzi zúčastnenými krajinami a skúmať jej súvislosti s vybranými faktormi sociálneho prostredia a zdravotníckou starostlivosťou. Táto štúdia ukázala, že jedným z najpoužívanejších nástrojov na medzinárodnej úrovni je European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q) (Sorensen, 2013). Rovnako aj štúdia Elbashir et al. (2019) dokumentuje Health Literacy Survey (HLS) ako najčastejšie používaný nástroj.

Žiadny z týchto nástrojov však nedokáže úplne zachytiť silné a slabé stránky a popísať profil zdravotnej gramotnosti respondenta, nedostatky a zmerať úroveň zdravotnej gramotnosti. Práve kvôli týmto obmedzeniam existujúcich meracích nástrojov bol vyvinutý Dotazník zdravotnej gramotnosti (Health literacy questionnaire, HLQ) (Osborne et al., 2013).

Na Slovensku bolo prezentovaných viacero hodnotiacich nástrojov a metód merania zdravotnej gramotnosti, no len niektoré boli použité aj na meranie zdravotnej gramotnosti u dospelých. V rokoch 2014-2015 bola pripravená a použitá slovenská verzia Dotazníka zdravotnej gramotnosti – Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Osborne et al., 2013) (Kolarčík, Čepová, Madarasová, Gecková, 2017). Čepová (2018) svojím výskumom poukazuje na nízku úroveň zdravotnej gramotnosti v schopnosti vyhľadávania zdravotníckych informácií u chronických pacientov na Slovensku, čo môže byť spôsobené aj tým že väčšia časť chronických pacientov je vo vyššom veku. Predpokladá, že respondenti vo vyššom veku nemajú dostatočne zručnosti a znalosti k tomu aby mohli pristupovať k moderným zdrojom informácií o zdraví. Príkladom moderných zdrojov informácií uvádzame internet, kde pacienti vo vyššom veku nemajú dostatočné zručnosti v oblasti ovládania moderných zariadení potrebných na daný prístup.

Človek s nižšou zdravotnou gramotnosťou podceňuje starostlivosť o svoje zdravie aj možnosti prevencie. Jedinec so zdravotnými problémami prichádza do zdravotníckeho zariadenia v neskorých štádiách ochorenia, kedy liečba už nie je dostatočne účinná. Pre zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je dôležitý podiel verejnej správy vo všetkých rezortoch a účasť

všetkých komponentov spoločnosti, všetkých inštitúcií a organizácií, sociálnych skupín, rodín a jednotlivcov (McCormack, McCance, 2017).

Zvyšovanie ZG v klinickej praxi u jedincov spočíva najmä v efektívnej komunikácii, ktorá je medzi nimi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zvyšovanie úrovne zdravotnej gramotnosti týmto spôsobom nie je zatiaľ veľmi efektívne (Wynia, Osborn, 2010). Jedným z dôvodov neefektívnosti je komunikácia zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a získanie si dôvery pacienta. Tu zohráva významnú úlohu sestra.

Sestra má ideálnu pozíciu k hodnoteniu a dokumentovaniu zdravotnej gramotnosti pacientov. V zdravotníckych zariadeniach sestra v primárnej starostlivosti minimalizuje nedostatky zdravotnej gramotnosti pacientov aj tým, že napr. pri realizácii edukačnej intervencie ju najprv identifikuje validizovaným nástrojom a prispôbobi obsah a metódu sprostredkovania zdravotných informácií (Dingová, Jakubcová, 2011). Dobrá znalosť sestier o problematike zdravotnej gramotnosti, pozitívne ovplyvňuje výsledky poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

Zdravotnícki pracovníci majú skúsenosti s pacientmi, ktorí nerozumejú dôležitým zdravotným informáciám. Zlepšením prístupu a rozvojom porozumenia informáciám súvisiacim so zdravím pacienti získajú schopnosť zachovávať si životný štýl, ktorý prispieva k maximalizácii ich zdravia. V podpore zdravotnej gramotnosti u chorých aj zdravých ľudí je nevyhnutné využívať vhodné edukačné stratégie. Plánovaniu a realizácii edukácie by však malo predchádzať posudzovanie z hľadiska edukácie, ktorého súčasťou je aj posúdenie gramotnosti pacienta, vrátane zdravotnej gramotnosti (Magerčiaková, 2022). Zvýšením zdravotnej gramotnosti dochádza k zníženiu výskytu chronických ochorení. So zvyšovaním úrovne ZG dochádza súčasne k zvýšeniu podielu občanov na starostlivosti o svoje vlastné zdravie, a to prostredníctvom spôsobilosti, ktorými realizuje účinné preventívne opatrenia intervenujúce do každodenného životného štýlu. Zdravotná gramotnosť nie je len osobnou záležitosťou človeka, ale je tiež prínosná pre celú spoločnosť. Významnú úlohu tu práve môžu zastávať sestry, ich vzdelanie a výkon v povolání. Pre efektívne posudzovanie a pracovanie so zdravotnou gramotnosťou jedincov je potrebné, aby sestry už v čase prípravy na svoje povolanie boli s touto problematikou dostatočne oboznámené.

Zoznam bibliografických odkazov

ABEL, T.; MCQUEEN, D. 2020. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot. Int.* 2020.

AABY, A. a kol. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*. Vol. 24, N. 7, p. 1880-1888.

BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. s. 13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.

ČEPOVÁ, E. et al. 2017. *Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve*. Zdravotníctvo a sociálna práca: medzinárodný vedecký časopis Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave a Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Bratislava. Roč. 12, č. 1, s. 24-32. ISSN 1336-9326.

DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T. 2011. Health Literacy – New Concept for Nursing Practice. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. Vol. 1, n. 1, p. 34–41.

DOYLE, G. – CAFFERKEY, K. – FULLAM, 2012. The European Health Literacy Survey: Results from Ireland. *Dissertation or Thesis*, University College Dublin: Dissertation. Dublin. University College Dublin. 64 p.

ELBASHIR, M., et al. 2019. Measurement of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Vol 15, n. 12, p. 1395-1405. doi: 10.1016/j.sapharm.2019.01.008. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30709731.

FREEDMAN a kol. 2009. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. Roč. 36, č. 5, s. 446-451

HEALTH LITERACY CONNECTION. 2014. What influences health literacy 2014. [online] Dostupné na internete: <http://www.healthliteracyconnection.ca/influences.aspx>

KICKBUSCH, I., PELIKAN, J., APFEL, F. 2013. Health literacy The solid facts. In *World Health Organisation*. P. 7 – 24, ISBN 978 92 890 00154

KOLARČIK P, ČEPOVA E, MADARASOVÁ GECKOVÁ A. 2017. Structural properties and psychometric improvements of the health literacy questionnaire in a Slovakia. *Int J Public Health*. N. 62, p. 591–604. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0945-x> PMID: 28258403

MAGERČIAKOVÁ, M. 2022. *Edukácia v profesii zdravotníckeho pracovníka*. Ružomberok: Verbum. 187 s. ISBN 978-80-561-0949-6.

McCORMACK, B., McCANCE, T. 2017. *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

NORMAN, C.,D, SKINNER, H.,A. 2006. eHEALS: the eHealth literacy scale. *J Med Internet Res*. Vol. 8, n. 4, e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27> PMID: 17213046

OSBORNE, R.H a kol. 2013. The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 13. n.1, p. 1-17.

PETERS, R.J.G.2017. Health literacy skills and the benefits of cardiovascular disease prevention. *Netherlands Heart Journal*. Vol. 25, n. 7-8, p. 407-408.

POLIT, D.F., BECK, CH., T. 2006. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* [online]. Vol. 29, n. 5, p. 489-497 [cit. 2017-04-26]. DOI: 10.1002/nur.20147. ISSN 0160-6891. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.20147>

SØRENSEN, K. et al. 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. Vol. 12, p. 80.

SØRENSEN, K. 2013. Health literacy: a neglected European public health disparity. Dissertation. Maastricht University. Maastricht. 262 p.

SØRENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S. et al. 2013. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*. Vol. 13, n. 1, p. 948.

ČEPOVÁ, E. 2018. Konceptualizácia a meranie zdravotnej gramotnosti a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. Dizertačná práca. Košice: UPJŠ LF. 103s.

TAVOUSHI, M., MOHAMMADI, S., SADIGHI, J., ZAREI, F., KERMANI, R., M., ROSTAMI, R. et al. 2022. Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLoS ONE* 17(7): e0271524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>

VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR č. 95/2018 Z. z. ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom

WYNIA, M.K, OSBORN, C.Y. 2010. Health literacy and communication quality in health care organizations. *J Health Commun*. 2010, Vol. 15 Suppl 2(Suppl 2):102-15. doi: 10.1080/10810730.2010.499981. PMID: 20845197; PMCID: PMC3086818.

Zákon 576/2004 Z.Z. zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

ŽIAKOVÁ, K., Peter GALAJDA, P. ŠUTARÍK, Ľ. 2003. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve: vysokoškolské skriptá*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK. 261 s. ISBN 80-88866-28-6.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
maria.novysedlakova@ku.sk

APLIKÁCIA PRVKOV FYZIOTERAPEUTICKEJ A OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI V LIEČBE GERIATRICKÉHO PACIENTA

APPLICATION OF ELEMENTS OF PHYSIOTHERAPY AND NURSING CARE IN THE TREATMENT OF GERIATRIC PATIENTS

Katarína Repová, Libor Čief

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie

Súhrn

V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti je nevyhnutná spolupráca multidisciplinárneho tímu, aby bola zabezpečená čo najvyššia kvalita liečebného procesu. Starostlivosť o geriatrického pacienta zahŕňa nepretržitú lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť, ako aj rehabilitačnú liečbu s cieľom obnoviť a zachovať pohybové funkcie pacienta. Významným prvkom zdravotnej starostlivosti je spolupráca sestry a fyzioterapeuta, ktorí sa spoločne zapájajú do liečebného procesu, zabezpečujú intervenciu u pacienta a zároveň sledujú a hodnotia efekt aplikovanej liečby.

V príspevku prezentujeme oblasti a techniky rehabilitácie, pri ktorých sestra a fyzioterapeut spolupracujú. Venujeme sa aj jednotlivým metódam ošetrovateľskej rehabilitácie a ich využitiu v starostlivosti o geriatrického pacienta.

Kľúčové slová: Fyzioterapia. Ošetrovateľstvo. Liečba geriatrického pacienta. Spolupráca sestry-fyzioterapeut.

Summary

In the provision of health care, the cooperation of a multidisciplinary team is essential in order to ensure the highest possible quality of the treatment process. Health care of the geriatric patient includes continuous medical and nursing care as well as rehabilitation treatment to restore and preserve the patient's motor functions. An important element of health care is the cooperation of a nurse and a physiotherapist, who are jointly involved in the treatment process, provide intervention for the patient, and at the same time monitor and evaluate the effect of the applied treatment.

In the article, we present the areas and techniques of rehabilitation in which the nurse and the physiotherapist work together. We also deal with individual methods of nursing rehabilitation and their use in the care of geriatric patients.

Keywords: Physiotherapy. Nursing. Treatment of the geriatric patient. Nurse-physiotherapist cooperation.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Katarína Repová
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok

OSAMELOŠŤ A JEJ VPLYV NA FYZICKÉ I PSYCHICKÉ ZDRAVIE U SENIOROV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

LONELINESS AND ITS EFFECT ON THE PHYSICAL AND MENTAL HEALTH OF SENIORS IN THE HOME ENVIRONMENT

Lenka Štefáková, Filip Gerec

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Súhrn

Osamelosť u seniorov je závažným problémom, ktorý má výrazné dôsledky na ich fyzické a psychické zdravie. Preto sme sa i príspevku snažili poskytnúť komplexný pohľad na tento problém a zhodnotiť možnosti riešenia osamelosti z pohľadu sociálnej práce. Prezentované informácie vychádzajú z existujúcich výskumov a štúdií na túto tému a zdôrazňujú vplyv osamelosti na kvalitu života seniorov. Uvádzame i možnosti, ako moderné technológie a činnosť organizácií pre seniorov môžu pomôcť zmierniť osamelosť a zlepšiť sociálne spojenie seniorov. Rovnako sa venujeme rôznym intervenciám a prístupom, ktoré môžu byť účinné pri boji proti osamelosti.

Kľúčové slová: Domáce prostredie. Inteligentná domáca asistentka. Osamelosť. Senior.

Summary

Loneliness in seniors is a serious problem that has significant consequences for their physical and psychological health. That's why we tried to provide a comprehensive view of this problem and evaluate the possibilities of solving loneliness from the point of view of social work. The information presented is based on existing research and studies on this topic and emphasizes the impact of loneliness on the quality of life of seniors. We also present the possibilities of how modern technologies and the activities of organizations for seniors can help alleviate loneliness and improve the social connection of seniors. We also look at different interventions and approaches that can be effective in combating loneliness.

Keywords: Home environment. An intelligent home assistant. Loneliness. Senior.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

Pedagogická fakulta KU v Ružomberku

Hrabovská cesta 1/A

034 01 Ružomberok

lenka.stafakova@ku.sk

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ U SENIOROV

HEALTH LITERACY OF SENIORS

Katarína Zrubáková, Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Zdravotná gramotnosť je v súčasnosti veľmi diskutovanou témou. Je úzko spojená s prevenciou a zdraviu podporujúcim správaním jednotlivca. Primeraný prístup k zdraviu je veľmi dôležitý aj vo vyššom veku. V tomto období je však zdravotná gramotnosť ovplyvnená rôznymi faktormi. Aj v príspevku sa zameriavame na faktory ovplyvňujúce zdravotnú gramotnosť. Zároveň však ponúkame aj prehľad oblastí, kde je správny prístup k zdraviu dôležitý. Venujeme sa významu zdravotnej gramotnosti pri realizácii primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie. Analyzujeme jej uplatnenie pri farmakologickej a nefarmakologickej liečbe. V oboch oblastiach sme prepojili údaje z odbornej literatúry s vlastnými skúsenosťami a výsledkami výskumu. Poslednou oblasťou, s ktorú rozoberáme a s ktorou sa viaže najviac problémov, je digitalizácia zdravotníctva. U seniorov sa v tejto oblasti spájajú dve témy digitálna a zdravotná gramotnosť. V oboch je dôležitá podpora zdravotníckych pracovníkov a zvlášť sestier.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Senior. Faktory ovplyvňujúce gramotnosť. Prevencia a liečba vo vyššom veku.

Summary

Health literacy is currently a hotly debated topic. It is closely related to prevention and health-promoting behavior of a person. Adequate access to health is very important even in old age. In this period, however, health literacy is affected by various factors. In the article, we also focus on factors affecting health literacy. In addition, we also offer an overview of areas where the right approach to health is important. We focus on the importance of health literacy in the implementation of primary, secondary and tertiary prevention. We analyze its application in pharmacological and non-pharmacological treatment. In both areas, we linked data from professional literature with our own experience and research results. The last area with which the most problems are associated is the digitization of healthcare. For seniors, the two topics of digital and health literacy are combined in this area. In both, the support of health workers and especially nurses is important.

Keywords: Health literacy. Senior. Factors affecting literacy. Prevention and treatment in older age.

Podpora: Príspevok je súčasťou výskumu projektu KEGA č. 010KU-4/2022 *Implementácia prvkov podpory zdravotnej gramotnosti dospeljej populácie do vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo*

Úvod

Zdravotná gramotnosť je v súčasnosti považovaná za jeden zo spôsobov ako predchádzať zdravotným problémom a chrániť zdravie, ale aj ako organizovať neočakávané situácie alebo problémy týkajúce sa zdravotného stavu (Čakloš, Bóriková, 2020). Zručnosti v oblasti zdravia zahŕňajú aj porozumenie základným informáciám o zdraví a znalosť toho, ako získať prístup k informáciám a využívať zdravotnícke služby (Beňadiková, Bóriková, Rapčíková, 2023).

U seniorov je to schopnosť porozumieť inštrukciám zameraných na realizáciu preventívnych činností a spoluprácu v liečbe ochorení (Zrubáková, 2023).

Vo vyššom veku sa však stretávame s rôznymi špecifikami, ktoré môžu zdravotnú gramotnosť ovplyvniť. K hlavným špecifikám seniorskej populácie je jej vulnabilita, rôznorodosť a skutočnosť, že podiel jednotlivcov s limitovanou úrovňou zdravotnej gramotnosti presahuje priemer celej populácie (Wang, Zhang, 2023). Zdravotnú gramotnosť ovplyvňujú i rôzne faktory, ktoré môžu byť interné, externé, ovplyvniteľné a neovplyvniteľné.

Patria sem:

- zmeny v procese starnutia,
- zhoršená funkcia zmyslových orgánov- zrak, sluch (Magerčiaková, 2022),
- polymorbidita, kombináciu viacerých terapeutických postupov, polyfarmácia (Zrubáková, Bartošovič, 2019).
- ale aj faktory súvisiace s rýchlym rozvojom technológií, nové pomôcky, technické zariadenia, digitalizácia v zdravotníctve (Rivoir, Reilly, 2023).,
- zmeny v poskytovaní zdravotných a sociálnych služieb,
- častejšia uzavretosť od bežného sociálneho života, čo znemožňuje/komplikuje možnosť cielene poskytovať aktuálne informácie, ako aj všeobecne zvyšovať zdravotnú gramotnosť (Beňadiková, Bóriková, 2020),
- doterajšie vedomosti, schopnosti, zručnosti a tiež prostredie, v ktorom tieto rozhodnutia robia (Mrázová, Mráz, 2022),
- zdroje poskytujúce informácie o zdraví (Sedova, 2016, Suri et al., 2014).

Práve zdroje poskytujúce informácie sú pre zdravotnú gramotnosť kľúčové. Dôležité je, aby boli validne a vedecky podložené. Európsky prieskum zameraný na zdravotnú gramotnosť ľudí vyššej vekovej kategórie, ktorého sa zúčastnilo 485 seniorov, ukázal, že:

- **26%** seniorov sa informovalo u lekára alebo iného zdravotníckeho odborníka,
- **26%** seniorov získalo informácie z tlačovín ako napríklad z novin, letákov alebo kníh,
- **21%** seniorov preferovalo informácie zo svojho okolia, od rodiny či priateľov.
- Ďalej seniori v menšej miere čerpali informácie z internetu či sociálnych sietí a od alternatívnych liečiteľov (Úrad verejného zdravotníctva SR, 2019).

Pri využívaní digitálneho prostredia viac ako polovica navštevuje webové stránky a viac ako tretina sleduje sociálne siete a diskusné fóra. Digitálne zdatní seniori uvádzali tiež využívanie elektronickej komunikácie so svojim zdravotníckym zariadením a využívanie aplikácie zameranej na zdravie vo svojom smartfóne.

Problémy s používaním informácií

- až 74% seniorov uviedlo, že posúdiť výhody a nevýhody rôznych možností liečby je pre nich náročné.
- Pre 67% seniorov je náročné posúdiť, či informácia o zdravotných rizikách prezentovaná v médiách je dôveryhodná.
- A pre viac ako polovicu seniorov je náročné rozhodnúť sa, ako sa chrániť pred ochorením podľa informácií z médií.

Väčšina seniorov uprednostňuje, ak im informácie poskytnú členovia rodiny alebo priatelia. Týmto informáciám rozumejú lepšie (Odbor podpory zdravia a výchovy k zdraviu ÚVZ SR, 2022).

Problémy súvisiace s limitovanou gramotnosťou

Seniori s limitovanou gramotnosťou majú menej vedomostí o svojom zdraví alebo chorobe. To môže mať za následok opakované hospitalizácie, vyššiu potrebu a spotrebu zdravotnej starostlivosti, čo posilňuje existujúce nerovnosti v prístupe ku zdraviu a nižšiu účasť na skríningových preventívnych programoch (Magerčiaková, 2022, Lindquist, 2012).

Dôležité oblasti v podpore zdravotnej gramotnosti u seniorov

K dôležitým oblastiam pri ktorých je potrebné poskytnúť informácie a rozvíjať zdravotnú gramotnosť patria:

- Prevencia- akútnych ochorení, komplikácii pri chronickom ochorení alebo syndróme.
- Organizácia a fungovanie systémov zdravotnej starostlivosti.
- Nefarmakologické liečebné postupy.
- Farmakologická liečba, užívanie liekov, vitamínov a doplnkov výživy.

Zdravotná gramotnosť a prevencia

Prevencia je u seniorov prioritná. Špecifikom vyššieho veku je, že sa u nich aplikujú všetky formy prevencie (primárna, sekundárna, terciárna). K najčastejším patrí prevencia komplikácii pri akútnom alebo chronickom ochorení.

Realizácia primárnej prevencie je spojená so zdravým spôsobom života. Dôraz sa kladie na úpravu životosprávy, predovšetkým výživy, vykonávanie primeranej fyzickej aktivity, redukciu zlozvykov a elimináciu ovplyvniteľných rizikových faktorov. Všetky uvedené oblasti si vyžadujú zdravotnú uvedomelosť a pozitívny prístup seniora.

Sekundárna prevencia uvedomenie si významu účasti na skríningových programoch a spolupráce pri liečbe akútneho ochorenia. Zdravotná gramotnosť má vplyv na liečbu ochorenia a prevenciu recidív alebo vznik komplikácii. Účasť na skríningovom programe včas odhalí možné riziko alebo onkologické ochorenie v ranom/liečiteľnom štádiu.

Terciárna prevencia je realizovaná najčastejšie, aj s dôvodu, ktorý bol uvádzaný a to výskyt chronických ochorení a polymorbidita. Zdravotne uvedomelý senior aktívne spolupracuje pri liečbe ochorenia/ní, realizuje selfmonitoring, má adekvátne praktické zručnosti, resp. správne používa kompenzačné pomôcky (Wagner, et al, 2018, Kosicka, 2020).

Zdravotná gramotnosť a farmakologická liečba

Farmakologická liečba je v terapii seniorov najčastejšia. Podľa aktuálnych výskumov (Krajčík a kol. 2022), iba 10% starých ľudí žijúcich doma, neužíva žiaden liek, priemerne užívajú 5 liekov (Zrubáková, 2016). V ústavnom zariadení je to priemerne 8 liekov (Gadušová, 2017, Bartošovič a kol. 2023).

V súvislosti s vyšším vekom sú s ňou spájané aj určité komplikácie, k najčastejším patrí:

- polypragmázia,
- prevaha symptomatickej liečby nad kauzálnou,
- vysoké riziko nežiaducich účinkov s atypickými klinickými prejavmi,
- interakcie liek- liek, liek- potrava, liek- doplnok výživy,
- zvláštnosti farmakokinetiky a farmakodynamiky,
- negatívny dopad na kvalitu života (Zrubáková, 2016).

Medzi aspekty porozumenia liekov patria vedomosti o indikácii lieku, dávke, frekvencii a pre isté kategórie aj špeciálne pokyny pre užívanie lieku alebo interakcie napr. s potravou.

U seniorov s polymorbiditou je pre úspešnú kontrolu ochorenia a klinické výsledky viac než rozhodujúce **správne pochopenie a dodržiavanie liečebného procesu**.

Výskumy, ale aj vlastné klinické skúsenosti poukazujú na fakt, že seniori často úplne nerozumejú pokynom na bezpečné a účinné použitie liekov, nerozumejú výrazom v príbalovom letáku (Novosedláková, Hudáková, 2012).

Pokročilý vek a zhoršené kognitívne schopnosti nepriaznivo ovplyvňujú pochopenie inštrukciám medikamentózne liečby (Green, 2022).

Poruchy zmyslových funkcií – zrak, sluch negatívne vplyvajú na vnímanie a spracovanie verbálnych alebo písomne podávaných informácií.

Poruchy jemnej motoriky znemožňujú správnu prípravu a aplikáciu liečiv. Zdravotnú gramotnosť a spoluprácu seniora ovplyvňuje i sociálne prostredie a demografické charakteristiky (Sedova et al, 2016). Je vedecky potvrdené, že úroveň zdravotnej gramotnosti

seniorov žijúcich v domácom prostredí je nižšia v porovnaní s inými vekovými kategóriami (Lindquist, 2012, Hung et al, 2018, Kosicka, 2020).

Nízka úroveň porozumenia informáciám vedie k problémom, ktoré prezentuje Tabuľka 1.

Tab.1 *Negatíva nízkej úrovne porozumenia informáciám*

| |
|---|
| Nesprávne užívané lieky ↓ |
| Nežiaduce účinky, intoxikácia ↓ |
| Riziko hospitalizácie, rehospitalizácie ↓ |
| Polypragmázia, užívanie voľno predajných liekov, doplnkov výživy, fytoterapia ↓ |
| Nespolupráca (non-compliance) seniora ↑ |

Podobné údaje sme zistili výskumom, ktorý bol realizovaný v roku 2016 u seniorov v komunite a zameraný na ich spoluprácu a vedomosti o farmakoterapii.

Výskumný súbor tvorili seniori/geriatrickí pacienti žijúci v komunite, okres Nové Mesto nad Váhom a Ružomberok. Výskumu sa zúčastnilo **107** seniorov žijúcich vo svojich domácnostiach v meste Ružomberok a Nové Mesto nad Váhom, obciach Liptovská Lúžna, Liptovské Sliache, Liptovská Osada, Čachtice, Višňové, Bzince pod Javorinou. Priemerný vek seniorov bol **74,6**. V súbore bolo 70 žien a 37 mužov.

Metódami výskumu boli polo-štruktúrovaný rozhovor a pozorovanie. **V polo-štruktúrovanom rozhovore** sme otázky zamerali na počet liekov, informovanosť o terapii (ústne, písomne), spoluprácu pri liečbe. **Pri pozorovaní** sme sa zamerali na 4 kategórie: I. stav domácnosti, II. uloženie liekov, III. spôsob prípravy liekov, IV. používanie pomôcok pri podávaní liekov.

Výsledky výskumu

Prvý okruh otázok v polo-štruktúrovanom rozhovore sa týkal počtu liekov a vedomostí seniorov o nich. Pri počte liekov sme sa zamerali aj na výskyt polypragmázie (užívanie 5 a viac liekov/liečebných metód súčasne), ktorá ako už bolo napísané, býva príčinou zníženej úrovne zdravotnej gramotnosti. Zistili sme, že **36 respondentov (41%)** užívalo pravidelne viac ako 5 liekov. Naopak 2 respondenti (muži) uviedli, že pravidelne neužívajú žiadne lieky. V tabuľke 2 prezentujeme priemerný a najvyšší počet liekov a porovnanie oboch okresov.

Tab. 2 Priemerný a najväčší počet liekov u respondentov

| Aritm. priemer | Ružomberok | Lipt. Sliache | Lipt. Lúžna | Nové Mesto n. Váh. | Čachtice | Višňové |
|------------------------------------|------------|---------------|-------------|--------------------|-----------|-----------|
| | 4,5 | 5,8 | 4 | 7,1 ¹ | 4,6 | 4 |
| Spolu | 4,7 | | | 5,2 | | |
| | 4,95 | | | | | |
| Najväčší počet liekov u 1 pacienta | 12 (72 r.) | 9 (83 a 78r.) | 8 (65 r.) | 14 (79 r.) | 13 (73r.) | 10 (84r.) |

Pri vyhodnotení otázok týkajúcich sa vedomostí o liekoch, sme zistili, že:

- 47% (41) seniorov má vedomosti o liekoch. Vedeli aké lieky užívajú, poznali indikačnú skupinu a hlavný účinok. Len 11 (9,7%) respondentov malo vedomosti nedostatočné. Hlavným dôvodom nedostatočných vedomostí bol veľký počet liekov a zlý zdravotný stav (psychiatrické ochorenia, neurologické postihnutie, polymorbidita). Farmakoterapiu zabezpečoval rodinný príslušník alebo opatrovateľ. Komplexné údaje prezentuje Tabuľka 3.
- Vo výnimočných prípadoch bol príčinou nedostatočných vedomostí aj nezáujem seniorov- hlavne u osamelo žijúcich mužov. Prejavoval sa aj v inej oblasti (chyby pri užívaní liekov, občasná konzumácia alkoholu).
- **50%** pozná nežiaduce účinky liekov, ktoré užívajú, **27%** seniorov nevedelo odpovedať.

Tab. 3 Vedomosti seniorov o aktuálne užívaných liekoch

| Možnosť | Spolu | % |
|--------------|-------|----|
| Dobré | 41 | 47 |
| Čiastočné | 35 | 40 |
| Nedostatočné | 11 | 13 |

Vyhodnotením **kategórie B** sme identifikovali hlavné problémy farmakoterapie. Vychádzali sme z poznatku, že problémy súvisia so samotným liečivom (veľkosť, balenie, interakcie, nežiaduce prejavy...), s pacientom- seniorom a zdravotníkmi pracovníkmi (Zrubáková, Krajčík, 2016). K problémom súvisiacim s liečivom patrili nežiaduce účinky/zdravotné problémy. Až 59 seniorov odpovedalo, že lieky im spôsobujú zdravotné problémy.

Problémy súvisiace s užívaním a manipuláciou s liečivom uviedlo 30 respondentov. Odpovede uvádzame v poradí: 1. Polenie liekov → 2. Sťažené prehĺtanie → 3. Zlá manipulácia

¹ V meste Nové Mesto nad Váhom sme zistili najväčší aritmetický priemer, súviselo to s počtom respondentov, ale aj pomerne veľkým počtom predpísaných liekov u jednej osoby, išlo prevažne o pacientov s diagnózami, ktoré sú prediktormi polyfarmácie.

s kvapkami → 4. Zle „vylupovanie“ z obalu → 5. Vyberanie liekov. Výsledky v absolútnych číslach a percentách sú v Tabuľke 4.

Tab. 4 Typ problému

| Typ problému | Počet seniorov | % |
|----------------------------|----------------|----|
| polenie liekov | 17 | 20 |
| sťažené prehítanie | 5 | 6 |
| zlá manipulácia s kvapkami | 4 | 5 |
| zlé „vylupovanie“ z obalu | 1 | 1 |
| vyberanie liekov | 1 | 1 |

Druhý okruh sa týkal samotných užívateľov liekov a ich spolupráce/compliance pri farmakoterapii. Podľa získaných informácií môžeme konštatovať, že **len 39%** seniorov užíva lieky podľa pokynov lekára. Ku chybám sa priznali **57 seniori**- 53% respondentov.

Ako dôvod chyby uviedli: zabudnem liek užiť (31 respondentov)- túto odpoveď uvádzali seniori s väčším počtom ordinovaných liekov alebo pri predpísaní nového liečiva. K ďalším dôvodom patrili: *upravujem si liečbu podľa zdravotného stavu, nedodriavam dávkovanie a spôsob užitia, neužívam všetky lieky, občas konzumujem alkohol pri liekoch, nemám správny nápoj.*

Ďalšou **chybou bolo kupovanie voľno-predajných liečiv** bez posúdenia ich vhodnosti lekárom alebo lekárnikom. Najčastejšie kupovanými liekmi boli: analgetiká, antipyretiká, antidiaroidá, masti, lieky odporúčané známymi a po prečítaní letáku o lieku v lekárni. Tieto údaje udávali hlavne ženy, vekovej kategórie 65-74 rokov, žijúce v oboch okresných mestách (väčší počet bol v Novom Meste nad Váhom).

V terénnom výskume sme sa pýtali i na spôsob získavania informácií, v nadväznosti na medzinárodné aktivity prezentované v úvode textu. Zistili sme, že:

- seniori najčastejšie získavajú informácie od lekára (všeobecného, špecialistu, geriatra), týkajú sa užívania lieku, jeho účinku alebo nežiaducich prejavov. Pri ústnom podaní si však nepamätajú všetky informácie, niekedy potrebujú prítomnosť rodinného príslušníka- dcéry, syna, nevesty.
- Seniori sa cítia istejšie, keď majú údaje o lieku napísané, alebo majú zoznam liekov, rozpis užitia.
- Čítanie príbalového letáku ku *novému lieku* ovplyvňuje rozsah textu a súpis nežiaducich účinkov liečiv. Nerozumejú odborným termínom.
- Informácie získavajú aj z letákov v lekárni, všímajú si reklamy v časopisoch a televízií.
- Niekedy vyhľadávajú informácie na internete.
- Ženy sa viac zaujímali o informácie v súvislosti s možnosťami liečby vlastného alebo manželovho chorobného stavu.

Pri vyhodnotení druhej metódy- účastnícke pozorovanie, sme získali komplexný prehľad o adherencii k liečbe a úrovni zdravotnej gramotnosti pri farmakoterapii ako aj údaj o faktoroch ohrozujúcich racionálnu farmakoterapiu.

K najčastejším rizikovým faktorom patrili:

- nízka úroveň sociálnych vzťahov, nevhodná úprava domáceho prostredia,
- Nesprávne uskladnenie liekov (Tab.9), nevhodné lieky v lekárničke, preexpirované a nadbytočné lieky.
- Problémy pri užívaní liekov, chyby pri príprave liekov.
- Nepoužívanie pomôcok, ktoré predchádzajú liekovým chybám.

Zdravotná gramotnosť a nefarmakologická liečba

Nefarmakologická liečba má vo vyššom veku rovnako veľký význam. Dôvodom je jej častá kombinácia s farmakoterapiou, napr. pri terapii hypertenzie, ischemickej choroby srdca, diabetes mellitus... (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019). Alebo sa volí ako alternatíva liečby pri eliminácii počtu farmák. Nefarmakologické liečebné postupy sú preferované pri liečbe geriatrických syndrómov- malnutrícia, poruchy spánku, zápcha, inkontinencia a frailty syndróm (Zrubáková et al., 2018).

Zo strany seniorov sa však pri jej realizácii stretávame nespôluprácou. Aj vo výskume Šedovej et al. (2016) zistili že, respondenti sú informovaní o úpravách životného štýlu, ktoré by prospeli ich liečbe, ale len málo respondentov dosiahlo požadované zmeny životného štýlu. U staršej populácii je predpojatosť voči niektorým metódam liečby- strava, pohyb, cvičenie. Problémom je i nesprávna aplikácia, indikácia metód a zvládnutie techniky liečby.

Výskumom v projekte **KEGA Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach** sme zistili, že seniori uprednostňujú farmakologickú liečbu pred nefarmakologickou- hlavne vo vekovej kategórii 75-84 rokov. Úroveň spolupráce seniorov pri liečbe je čiastočná. Záujem o nefarmakologickú liečbu je nižší. U polymorbídnych a krehkých seniorov ochota spolupracovať a realizovať iné spôsoby liečby klesá (Zrubáková, Novysedláková, Moraučíková, 2017).

Na základe prezentovaných údajov sú určené i oblasti, kde je potrebné zdravotnú gramotnosť zvyšovať a to:

- liečebná výživa, dodržiavanie diétnych opatrení.
- Hydratácia.
- Pohybová aktivita, cvičenie.
- Fytoterapia a jej kombinácia s farmakologickou liečbou.
- Fyzikálna terapia.
- Alternatívne metódy.

Zdravotná gramotnosť a využívanie služieb, digitalizácia v zdravotníctve

V Slovenskej republike (SR) rovnako ako v mnohých krajinách po celom svete, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti hľadajú digitálne technológie na zlepšenie poskytovania služieb. To zahŕňa zavedenie nových systémov náročných na údaje, ktoré uľahčujú prepojenie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi, a uchovávanie záznamov o týchto interakciách (Rivoir, Reilly, 2023). Digitalizácia v zdravotníctve si okrem digitálnych zručností/gramotnosti, vyžaduje kvalitný mobilný telefón, počítač, notebook, sociálne zázemie.

Viacero prieskumov realizovaných v SR, ale i v zahraničí potvrdilo nedostatočnú gramotnosť u populácie 65+ (Wagner, 2018, Wang, Zhang, 2023). Napríklad výskum Velšic (2022) ukázal, že 50% staršej populácie sa nemá snahu zdokonaľovať v IKT technológiách.

U seniorov vznikajú problémy súvisiace s:

- elektronickým receptom- výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok.
- Službami zdravotnej poisťovne- peňaženka zdravia.
- Elektronickým objednávaním do špecializovanej ambulancie.
- Objednávaním sa na očkovanie, testovanie.

Vlastným výskumom Zrubáková (2023) sme zistili, pri súbore 107 respondentov, že **iba 11 seniorov** uviedlo, že má problém s elektronickým predpisovaním liečiv. **32 respondentov vyjadrilo obavu** z pochybenia pri opakovanej preskripcii. **61 seniorov** potrebuje pomoc pri elektronickom objednávaní sa na kontrolu k lekárovi špecialistovi.

Stratégie podporujúce zlepšenie gramotnosti digitalizácie v zdravotníctve

K hlavným stratégiám patrí individuálna alebo skupinová edukácia seniorov. Vytvorenie vhodných edukačných materiálov- s jednoduchými návodmi na používanie digitálnych médií s obrázkami alebo názornými ukážkami postupov pri využívaní elektronických služieb (Litva et al., 2015). Dôležitá je aj spolupráca rodinných príslušníkov.

Záver

Zdravotná gramotnosť je aj vo vyššom veku veľmi dôležitá a významne ovplyvňuje liečebno-preventívnu starostlivosť. V tejto etape ľudského života je však spojená s najväčším počtom prekážok- zmeny v procese starnutia, úroveň kognitívnych funkcií, zdravotný stav pacienta, socio-ekonomický status, demografické charakteristiky (vek, vzdelanie, pohlavie...). Úlohou zdravotníckych pracovníkov je podporovať zdravotnú gramotnosť, pomôcť pri identifikovaní a odstránení rizikových faktorov brániacim efektívnemu získavaniu informácii, pomôcť prekonať strach z digitálnych médií a zabezpečiť zrozumiteľnosť údajov. Zdravotná starostlivosť a poskytovanie služieb závisí od toho, či sú jednotlivci schopní nielen správne pochopiť, ale predovšetkým použiť odborníkmi poskytnuté informácie.

Zoznam bibliografických odkazov

BARTOŠOVIČ, I. a kol. 2023. Porovnanie polyfarmácie a farmakoterapie u seniorov v sociálnych inštitúciách v rokoch 2001 a 2019. In *Vnitřní lékařství*. Roč. 2, s. 5-9. DOI: 10.36290/vnl.2023.022.

BEŇADÍKOVÁ, D., BÓRIKOVÁ, I., RAPČÍKOVÁ, T., 2023. Možnosti merania zdravotnej gramotnosti seniorov. In *Pro lékaře*. Online. Dostupné na internete: <https://www.prolekare.cz/en/journals/general-practitioner/2023-3-12/moznosti-merania-zdravotnej-gramotnosti-seniorov-135118>

BEŇADÍKOVÁ, D., BÓRIKOVÁ, I. 2020. Sociodemografické charakteristiky seniorskej populácie a ich vplyv na úroveň zdravotnej gramotnosti: literárny prehľad. In *Praktický lékař*. č. 3., s. 113-117. ISSN 0032-6739.

ČAKLOŠ, M., BÓRIKOVÁ, I. 2020. Zdravotná gramotnosť pacientov s onkologickým ochorením: literárna prehľadová štúdia. In *Onkologie*. Roč. 14, č. 5, s. 246-250. ISSN 1336-8176.

GADUŠOVÁ, M, 2017. *Vybrané kapitoly z geriatricie*. Ružomberok: Verbum. ISBN 978-80-561-0491-0.

GREEN, G., 2022. Seniors' eHealth literacy, health and education status and personal health knowledge. In *Digital Health*. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1177/20552076221089803>.

HUNG, CH. et al. 2018. Impact of Health Literacy on Frailty among Community-Dwelling Seniors. In *Journal of Clinical Medicine*. Vol. 7, I. 12, article number 481. doi: 10.3390/jcm7120481.

KOSICKA, B. et al., 2020. The Level of Health Literacy of Seniors Living in Eastern Region of Poland. Preliminary Study. In *HEALTHCARE*. Vol. 8, I. 3. DOI 10.3390/healthcare8030277

KRAJČÍK, Š., DÚBRAVA, M., BARTOŠOVIČ, I., MIKUS, P. 2022. *Geriatricia*. 2. vyd. Bratislava: Herba, 568 s. ISBN 978-80-8229-020-5.

LINDQUIST, LA, et al., 2012. Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications. In *JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE*. Vol.27, n. 2 , p.173-178. DOI 10.1007/s11606-011-1886-3.

LITVA, V., ZRUBÁKOVÁ, K, MAGERČIAKOVÁ M. KUTIŠ, P., KOPÁČIKOVÁ, M., NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2015. *Digital Habits in Slovakia Population and Educational Offer*. In: Digital Skills for Senior and Disabled : Grundtvig Project : Digital Habits of the European Union Population and Educational Offer on ICT for Senior and Disabled : Characteristics of an Educational Program on ICT for the Elderly and Disabled. - 1. vyd. - Almeria : Universidad de Almeria, 2015. - ISBN 978-84-9962-933-9, CD-ROM, p. 54-62.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2022. *Edukácia v profesii zdravotníckeho pracovníka*. Ružomberok: Verbum. 187 s. ISBN 978-80-561-0949-6.

MRÁZOVÁ, M., MRÁZ, M., 2022. Zdravotná gramotnosť ako kľúčový determinant zdravia v prevencii obezity/diabezity. In *Via pract.* Roč. 19, č. 1., s. 6-9. ISSN 1336-4790.

NOVYSEDLÁKOVÁ, M., HUDÁKOVÁ, Z. 2012. Zdravotná gramotnosť pacienta ako edukačný problém. In *Quo vadis zdravotníctvo* [elektronický dokument] : zborník príspevkov z vedecko - odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou. Ed. Derňarová, Ľ. a kol. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, ISBN 978-80-555-0698-2, s. 416-421.

RIVOIR, A, REILLY, K. 2023. Elder People and Personal Data: New Challenges in Health Platformization. In *Media and Communication*. Vol. 11, n. 3. ISSN: 2183-2439.

SEDOVA, L. et al. 2016. Selected aspects of health literacy among seniors. In *Neuro Endocrinology Letters*. Vol. 37, Suppl.2, p. 11-17. ISSN 0172-780X.

SURI, VR et al. 2014. Health Information Literacy of Senior Citizens - A Review. In *information literacy: lifelong learning and digital citizenship in the 21st century*. Vol. 492. p. 128-137.

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2019. HLS19: Seniori a digitálne zdravie. Dostupné na internete: <https://www.uvzsr.sk/web/uvz/hls19-seniori-a-digitalne-zdravie>

VELŠIČ, M., 2022. Digitálna gramotnosť na Slovensku. V optike pandémie COVID-19. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. 18 s. ISBN 978-80-89345-97-7.

WAGNER, T. et al., 2018. Health Literacy for an Aging Population: Evaluating Online Tools for the Homebound over Age 65. In *JOURNAL OF CONSUMER HEALTH ON THE INTERNET*. Vol 22, I. 4, p. 371-381 DOI 10.1080/15398285.2018.1544819.

WANG, W, ZHANG, HY, 2023. Behavior patterns and influencing factors: Health information acquisition behavior of Chinese senior adults on WeChat. In *HELIYON*. Vol. 9, n. 6. DOI 10.1016/j.heliyon.2023.e16431.

ZRUBÁKOVÁ, K. 2023. Význam zdravotnej gramotnosti pre racionálnu farmakoterapiu seniorov v domácej starostlivosti, In: *Prohuman*. ISSN1338-1415. 7.6.2023. Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/vyznam-zdravotnej-gramotnosti-pre-racionalnu-farmakoterapiu-seniorov-v-domacej-starostlivosti>

ZRUBÁKOVÁ, K., NOVYSEDLÁKOVÁ, M., MAGERČIAKOVÁ, M., ŠUPÍNOVÁ, M. 2018 Využitie nefarmakologickej liečby u seniorov v domácej a ústavnej starostlivosti In: *Ošetrovateľské perspektivy*. Roč. 1, č. 2. s. 55-66. ISSN 2570-785X.

ZRUBÁKOVÁ, K., NOVYSEDLÁKOVÁ, M., MORAUČÍKOVÁ, E. 2017. *Realizácia nefarmakologickej liečby v ústavnej starostlivosti o seniorov* = In: *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia* : časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. č. 6, suppl. s. 50-54. ISSN 1339-5920.

ZRUBÁKOVÁ, K. 2016. *Farmakologická liečba seniorů, její realizace a problémy v ambulantní a domácí péči*. In: *Farmakoterapie v geriatrii* / ed. Katarína Zrubáková. Štefan Krajčík - 1. vyd. - Praha : Grada, 2016. - ISBN 978-80-247-5229-7, S. 65-87.

ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I. a kol. 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. 1. vyd. – Praha: Grada Publishing, 173 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

katarina.zrubakova@ku.sk

VÝZNAM HODNOTENIA STAVU VÝŽIVY A FYZICKEJ AKTIVITY U RIZIKOVÝCH PACIENTOV

THE IMPORTANCE OF ASSESSING NUTRITIONAL STATUS AND PHYSICAL ACTIVITY IN AT-RISK PATIENTS

Katarína Zrubáková¹, Mária Lehotská¹, Mária Novyzedláková¹, Mariana Magerčiaková¹, Ivan Bartošovič²

¹ Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Súhrn

Úvod: Starostlivosť o rizikových pacientov si vyžaduje individuálny prístup a pravidelné monitorovanie stavu. Súčasťou je aj sledovanie nutričného stavu. Dobre nastavená nutričná podpora je totiž benefitom pre ľahšie zvládanie liečby, elimináciu komplikácií a má význam aj pre celkovú kondíciu a schopnosť realizovať aktivity denného života. Aj v príspevku preto opisujeme význam hodnotenia výživy a fyzickej aktivity u geriatrických pacientov, onkologicky chorých, pacientov po cievnej mozgovej príhode, kriticky chorých a pacientov s COVID-19.

Materiál a Metodika: Prostredníctvom kombinácie kvalitatívnych a kvantitatívnych metód sme chceli poukázať na význam hodnotenia nutričného stavu, sebestačnosti, fyzickej aktivity u rizikových pacientov. Metódami výskumu boli: výživová anamnéza, MNA, MNA-SF, NRS-2002, ADL, Karnofsky index, Test fyzickej zdatnosti, Hand grip test, analýza dokumentu, rozhovor a antropometrické údaje. Výskumný súbor tvorili rizikovní pacienti. Celkový počet vyšetrených pacientov bol 343.

Výsledky a diskusia: U pacientov bolo realizované vstupné posúdenie zdravotného stavu pomocou uvedených nástrojov a metód. Po identifikovaní rizika alebo problému boli realizované intervencie zamerané na podporu nutričného stavu a zlepšenie fyzickej aktivity. Po analýze údajov sme identifikovali 17 pacientov s malnutríciami a sarkopéniou a 36 pacientov v riziku malnutričného stavu. Identifikovali sme aj rizikové faktory malnutričného stavu a sarkopéniou – problémy súvisiace s výživou, vylučovaním, polymorbiditou, polypragmáciou.

Záver: Individualizovanou starostlivosťou, pravidelným monitorovaním zdravotného stavu a interdisciplinárnou spoluprácou sme u väčšiny pacientov dosiahli zlepšenie funkčného stavu.

Kľúčové slová: Výživa. Pohybová aktivita. Rizikovní pacienti. Hodnotiace nástroje. Nutričná podpora.

Summary

Introduction: Care of high-risk patients requires an individual approach and regular monitoring of the condition. Monitoring of nutritional status is also included. Well-adjusted nutritional support is a benefit for easier handling of treatment, elimination of complications and is also important for overall fitness and the ability to carry out activities of daily life. In the paper, we also describe the importance of evaluating nutrition and physical activity in geriatric patients, oncological patients, stroke patients, critically ill patients, and patients with COVID-19.

Materials and Methods: Through a combination of qualitative and quantitative methods, we wanted to point out the importance of assessing nutrition, self-sufficiency, and physical activity in at-risk patients. Research methods were: nutritional anamnesis, MNA, MNA-SF, NRS-2002, ADL, Karnofsky index, Physical fitness test, Hand grip test, document analysis, interview and anthropometric data. The research group consisted of high-risk patients. The total number of examined patients was 343.

Results and discussion: An initial assessment of the health status of the patients was carried out using the above tools and methods. After the risk or problem was identified, interventions aimed at supporting nutrition and improving physical activity were implemented. By analysis we identified 17 patients with malnutrition and sarcopenia and 36 patients at risk of malnutrition. We also identified risk factors of malnutrition and sarcopenia- problems related to nutrition, excretion, polymorbidity, polypragmasy.

Conclusion: Through individualized care, regular monitoring of the health status and interdisciplinary cooperation, we achieved an improvement in the functional status of the majority of patients.

Key words: Nutrition. Physical activity. Risk patients. Assessment tools. Nutritional support.

Podpora: Výskum je súčasťou projektu KEGA č. 009 KU-4-2022 *Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov*

Úvod

Výživa a pohybová aktivita patria k základným biologickým potrebám človeka. Pohyb a výživa idú ruka v ruke so zdravým životným štýlom. Výživa predstavuje materiálny základ pre existenciu človeka, pre jeho vývin a rast, pre obnovu tkanív a orgánov. Dostatok živín znižuje chorobnosť aj úmrtnosť, zvyšuje účinnosť liečby mnohých závažných a chronických ochorení, pomáha zvládnuť náročnú liečbu a zvyšuje kvalitu života. Bez správnej, dostatočnej výživy neexistuje zdravý organizmus (Zlatohlávek, 2016). Adekvátne výživa pomáha zvládnuť akútne ochorenie alebo akútny stav. Naopak nesprávna výživa zvyšuje mortalitu rizikových pacientov, predovšetkým seniorov (Zrubáková, Bartošovič, 2019). Podobne aj nedostatočná pohybová aktivita je kľúčový rizikový faktor pre vznik obezity, DM, srdcovocievnych ochorení, niektorých onkologických ochorení, osteoporózy a iných chronických ochorení. Preventívne stratégie je preto nevyhnutné realizovať u zdravých, ale aj chorých ľudí. V ústavných zariadeniach je nutričná starostlivosť súčasťou komplexnej liečby a významne ovplyvňuje terapeutický proces závažných akútnych a chronických ochorení. Nutričná starostlivosť je jedným z kľúčových faktorov zvyšujúcich efektívnosť terapie základného ochorenia a tiež schopnosť organizmu zvládať náročnú liečbu alebo obdobie rekonvalescencie po náročných chirurgických zákrokoch (Kohout et al, 2021). Stimuluje imunitný systém, čím pomáha predchádzať infekčným komplikáciám, zlepšuje hojenie rán, znižuje riziko reoperácií a vzniku preležanín (Richtarová, Satinský, Mrázková, 2020). Primeraná nutričná starostlivosť umožňuje následnú rehabilitačnú liečbu. **Starostlivosť o výživu a pohybovú aktivitu ako aj zlepšenie**

respektíve znovunadobudnutie sebestačnosti sú stratégie liečby a prevencie u rizikových pacientov (Tomáš, Pindák, 2017; Balogová, Boroňová). Ako rizikových pacientov najčastejšie označujeme geriatrických pacientov, onkologicky chorých, kriticky chorých, pacientov po náhlej cievnej mozgovej príhode (NCMP), s akútnym i chronickým ochorením dolných dýchacích ciest.

Starostlivosť o výživu a aktivitu u rizikových pacientov

U rizikových pacientov je veľmi vysoké riziko vzniku malnutrície, progresívneho úbytku a vyčerpania kostrového svalstva (Balogová, Trnková, 2019). Riziko stúpa priamo úmerne s dĺžkou trvania ochorenia alebo stavu a s náročnosťou liečby. Takmer u všetkých onkologických pacientov v dôsledku agresívnej terapie vznikne malnutrícia a rovnako sa znižuje i funkčná schopnosť a úroveň sebaopatery. Podobne je to aj u pacientov v kritickom stave, krehkých seniorov a pacientov po prekonaní NCMP (Zhang, 2021). Súčasťou komplexnej terapie je nutričné poradenstvo, sipping, enterálna a parenterálna výživa, ale aj pohybová aktivita- aeróbne a odporové cvičenia zamerané na udržiavanie kostrových svalov a svalovej sily (Zrubáková a kol., 2022).

Starostlivosť o výživu a pohybovú aktivitu pacientov s onkologickým ochorením

Nutričný skrining je odporúčaný už pri diagnostike malignity a mal by sa pravidelne opakovať v závislosti od klinického stavu pacienta. predovšetkým pri liečbe onkologických pacientov (Tomáš, Pindák, 2017). K odporúčaným nástrojom patrí NRS-2002 (Nutrition Risk Screening), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), MST (Malnutrition Screening Tool) pri zhoršenom enterálnom príjme i Protokol iniciálnej indikácie ambulantnej enterálnej výživy pre dospelých pacientov. Hodnotenie výživy, údaje o BMI a strate hmotnosti, laboratórne sú indikátory rizík a zhoršenia zdravotného stavu onkologicky chorých (Hartz, 2019; Marko, Marková, 2017; Pribulová, 2017; Zrubáková, Herinková, Ižová, 2020).

K zásadám starostlivosti podľa ESPEN patrí:

1. realizovať skriningové vyšetrenie,
2. určiť stav výživy pacienta, odporučiť vhodný spôsob stravovania a fyzickej aktivity,
3. edukovať a motivovať pacienta,
4. realizovať systematickú a dlhotrvajúcu nutričnú podporu,
5. zvýšiť intenzitu podpory pri komplikáciách a nežiaducich účinkov onkologickej liečby (Erickson, 2018).

Pri onkologických ochoreniach sa odporúčania modifikujú i podľa liečby. Pri chirurgickej liečbe je vhodné len krátke predoperačné hladovanie a včasný peroorálny príjem čo najskôr po operácii. Následne je dôležitá nutričná podpora, metabolická kontrola, redukcia faktorov katabolizmu a skorá mobilizácia pacienta (Bajsová, Klát, 2019; Tomáš, Pindák, 2017). Počas rádioterapie sa odporúča individuálne nutričné poradenstvo, orálne nutričné suplementy,

enterálna výživa s použitím nazogastrickej sondy alebo perkutánnej gastrostómie (PEG). Pri intenzívnej chemoterapii a po transplantácii kmeňových buniek je dôležitá kontrola nutriécie a dostatočný perorálny respektíve enterálny a parenterálny príjem (Cvek, Halámka, 2023). Hodnotí sa i fyzická aktivita, významné je udržanie optimálnej fyzickej kondície.

V rámci screeningových vyšetrení sa využíva aj Karnofsky index, Hand-grip test, hodnotí sa riziko sarkopénie (SARS-F test), ktorá je tiež veľmi častá u onkologicky chorých.

Starostlivosť o výživu a pohybovú aktivitu u pacientov po prekonaní náhlej cievnej mozgovej príhody

Starostlivosť sa odlišuje podľa miesta poskytovania (neurologické oddelenie, JIS, ODCH...) a stupňa postihnutia. Pri závažnom priebehu NCMP je totožná s terapiou kriticky chorých pacientov. Štandardným postupom je identifikovať problémy ovplyvňujúce príjem potravy, najčastejšie ide o dysfágiu (50% pacientov). Dysfágia sa dá detekovať i pomocou hodnotiacich nástrojov v Slovenskej republike sa využíva Danielsovej test, GUSS test (Bunová, Piovárová, 2020). Z nutričných nástrojov hlavne NRS-2002 a MUST. Úroveň sebestačnosti hodnotíme Barthelovej testom.

Podávanie adekvátnej výživy u pacientov s CMP je nesmierne dôležité počas celého priebehu ochorenia. Pri dysfágii je indikovaná dostatočne energetická a nutrične kompletná výživa, vďaka ktorej je väčšia pravdepodobnosť rýchlejšej liečby a rekonvalescencie. Súčasťou je i kontrola mobility, tréning aktivít denného života, eliminácia následkov ochorenia.

Starostlivosť o výživu a pohybovú aktivitu u pacientov s COVID- 19

Pri liečbe pacientov predovšetkým s COVID-19 je súčasťou komplexného posúdenia aj zhodnotenie nutričného stavu. Podľa ESPEN *guidelines (2020)* sú odporúčané nástroje MUST alebo NRS- 2002. Podľa zistených údajov je nevyhnutná optimalizácia nutričného stavu, ktorá môže byť v podobe: suplementácie vitamínov, minerálov, orálnych výživových doplnkov alebo sa podáva enterálna prípadne parenterálna výživa. Sleduje sa i hydratácia. Horúčka a tachypnoe môžu spôsobiť významnú dehydratáciu (Dlouhý, Štefan, Chrdle, 2022). V iniciálnej fáze liečby je preto vhodná pozitívna tekutinová bilancia. Dôležitá je i pravidelná fyzická aktivita, minimálne pasívne cvičenie, polohovanie a vertikalizácia.

Starostlivosť o výživu a pohybovú aktivitu u kriticky chorých

Podľa odporúčaní ESPEN (In Krivuš a kol., 2018) kriticky chorí pacienti vo výžive a intenzívnej starostlivosti môžu profitovať zo skorej nutričnej podpory. Preferuje sa enterálna výživa, v prípadoch, ak nemôžu pokryť svoje nutričné potreby orálnou cestou počas troch dní. Pri aplikácii enterálnej výživy sa využíva kontinuálne alebo cyklické podávanie (Satinský, Richtárová, 2021). Skorá nutričná podpora zabraňuje vzniku malnutriécie, ktorá je negatívny prognostický faktor. Komplikované je však posúdenie nutriécie štandardnými skriningovými

nástrojmi, používajú sa skórovacie systémy Subjective Global Assessment (SGA) alebo NUTRIC skóre.

Starostlivosť o výživu a pohybovú aktivitu u geriatrických pacientov

Obzvlášť rizikovní sú geriatrickí pacienti s polymorbiditou a geriatrickými syndrómami. U ktorých je odporúčané skriningové vyšetrenie každoročne od 70 resp. 65 roku života (pri polymorbidite, geriatrických syndrómoch). Umožní predpovedať riziko komplikácii hlavne pred chirurgickou liečbou alebo liečbou onkologického ochorenia alebo umožní identifikovať rizikové faktory a nasmerovať liečbu (Zhang, 2021). Odporúčané skriningové nástroje podľa Komplexného vyšetrenia geriatrického (štandard MZ SR) sú uvedené v Tabuľke 1.

Tab. 1 Nástroje pre geriatrické posúdenie

| Oblasť | Nástroj |
|-------------------------|---|
| Krehkosť | Škála krehkosti FRAIL |
| Aktivity denného života | ADL IADL |
| Fyzická zdatnosť | Test chôdze Test vstaň a choď SARC-F |
| Rovnováha | Romberg I,II,III Ortostatický test Morse Fall Scale Test podľa Tinnettiovej |
| Výživa | MNA MNA-SF |
| Depresia | Geriatrická škála depresie (Yesavage) |
| Demencia | MoCA |

Spracované podľa Komplexného vyšetrenia geriatra (In: Hoozová, Németh, Leitmann, 2021)

Okrem štandardizovaných nástrojov je nevyhnutné sa zameriavať na základné klinické ukazovatele stavu výživy- konštitúciu tela, svalstvo, kožu, kvalitu vlasov a nechtov, oči, jazyk, sliznice, tráviaci, srdcovo-cievny, respiračný, neurologický systém a celkovú vitalitu (Pokorná, 2013). Hodnotia sa antropometrické údaje- váha, výška, meranie obvodu nedominantného ramena, prípadne lýtka, hmotnostný index (najčastejšie BMI) a kožná riasa (Voleková, 2012; Isenring, Elia, 2015).

U pacientov vyhodnotených ako rizikových alebo pri identifikácii malnutrície je nutné následné potvrdenie podľa nových diagnostických kritérií The Global Initiative on Malnutrition (GLIM). Ku diagnostickým kritériám patria: neúmyselný váhový úbytok, nízky BMI, zníženie množstva svalovej hmoty, nízky príjem potravy, závažné ochorenie/infekcia (ESPEN, 2020). **Základom úspešnej intervencie je zostavenie nutričného plánu a cieľov (Vágnerová a kol., 2020).** Podľa ESPEN Guideline (2022) je dôležité, aby geriatrickí pacienti prijímali dostatok bielkovín minimálne 1g na kg hmotnosti, prijímali energeticky plnohodnotnú stravu, mali sledované hodnoty mikronutrientov, primeraný pitný režim. Spôsob výživy sa volí

podľa individuálnych požiadaviek. Môže sa upraviť konzistencia jedla alebo spôsob podávania- per os, enterálne, parenterálne.

Okrem výživy je dôležité zabezpečiť aktivizáciu seniora ako prevenciu sarkopénie a imobility, respektíve zmierniť následky imobility.

Hodnotenie funkčného stavu rizikových pacientov v ústavných zariadeniach

V úvode príspevku sme opísali význam a spôsob hodnotenia nutričného a funkčného stavu (predovšetkým fyzickej aktivity, sebaopatery) rizikových pacientov. Ako je realizovaná starostlivosť o uvedené skupiny pacientov, a ako je hodnotený funkčný stav sme zisťovali výskumom, ktorý bol realizovaný v ústavných zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike. Výskum je súčasťou projektu KEGA Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov.

Cieľ výskumu

- zistiť ako je hodnotený funkčný stav a úroveň výživy u rizikových pacientov v ústavných zariadeniach,
- monitorovať stav výživy, sebestačnosti a fyzickej aktivity u rizikových pacientov,
- porovnať výsledky meraní po realizovaní intervencii pri identifikovaní rizika malnutricie, sarkopénie alebo pri potvrdení malnutricie, závislosti v aktivitách denného života.

Metódy výskumu

Použili sme metodologickú trianguláciu, kombináciu kvalitatívnych i kvantitatívnych metód a skriningových nástrojov. K hlavným metódam patrili- výživová anamnéza, antropometrické merania, funkčné testy- MNA, NRS- 2002, Barthel test (ADL), Test fyzickej zdatnosti (SARS-F), Karnofsky index, Hand-grip test. Doplnujúca metóda bola analýza zdravotnej dokumentácie.

Výskumný súbor

V prvej etape výskumu boli výskumným súborom zdravotné záznamy pacientov používané v sledovaných zdravotníckych zariadeniach. Sústredili sme sa predovšetkým na posudzovanie zdravotného stavu- výživa, pohyb a používanie skriningových nástrojov.

V druhej etape to boli pacienti, ktorí patrili do kategórie rizikový pacient (onkologicky chorí, geriatrickí pacienti, pacienti po NCMP hospitalizovaní na JIS a neurologickej klinike). Inkluzívne kritéria zaradenia do výskumu boli ochota odpovedať na otázky vo funkčných testoch, podpísaný informovaný súhlas. Do výskumu neboli zaradení pacienti v terminálnom štádiu ochorenia. Celkový počet bol 344, z toho bolo 242 žien a 102 mužov. Podľa miesta poskytovanej starostlivosti to boli pacienti v zdravotníckych zariadeniach- celkový počet (n) 108 a v zariadeniach sociálnych služieb- celkový počet 236- Tab. 2.

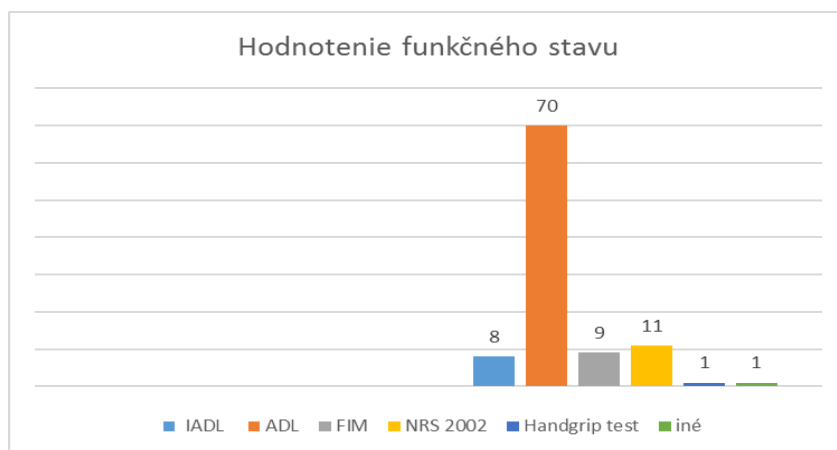
Tab. 2 Počet pacientov v zariadeniach

| Zariadenia | Celkový počet | |
|-------------------------------|---------------|-------------|
| Zdravotnícke zariadenie | 108 | |
| Zariadenia sociálnych služieb | 236 | Žilina- 134 |
| | | Trnava- 102 |

Výsledky výskumu

Po analýze zdravotných záznamov sme zistili, že výživa i pohybová aktivita sa posudzujú pri vstupnom vyšetrení pacienta. Pri výžive sú to predovšetkým údaje o stravovaní, preferovaných jedlách, problémoch v súvislosti s výživou, spôsob stravovania, diéta, hmotnosť pacienta, BMI, príjem tekutín, úroveň samostatnosti pri jedení a pití. Pri pohybovej aktivite- úroveň sebestačnosti, obmedzenia.

Hodnotili sme aj používanie nástrojov- výsledky sú uvedené v Grafe 1.



Graf 1 Hodnotenie funkčného stavu pacientov

Ako z grafu vyplýva najpoužívanejšími nástrojmi sú nástroje posudzujúce sebestačnosť (ADL test), stav výživy, celkovej funkčnej zdatnosti.

Pri hodnotení rizikových pacientov sme najskôr zrealizovali výživovú anamnézu. Sústredili sme sa na výživu, problémy s výživou, výskyt ochorení negatívne ovplyvňujúcich stav výživy, užívanie liekov, hydratáciu a iné rizikové faktory. V tabuľkách 3, 4 uvádzame získané údaje o rizikových faktoroch malnutrície i sarkopénie.

Tab. 3 Ochorenia respondentov

| Ochorenia/syndróm | Počet n |
|-------------------|------------|
| Kardiovaskulárne | 202 |
| Onkologické | 147 |
| Neurologické | 82 |

| | |
|------------------------------|----|
| Endokrinné | 82 |
| Psychiatrické | 69 |
| Ochorenia pohybového systému | 41 |
| Respiračné | 22 |
| Polymorbidita | 8 |
| Geriatrický syndróm | 14 |
| Ochorenia očí | 4 |

Tab. 4 Rizikové faktory malnutície

| Identifikovaný problém | Početnosť výskytu u pacientov |
|------------------------|-------------------------------|
| | n |
| Ťažkosti s prehĺtaním | 39 |
| Ťažkosti so žutím | 9 |
| Bolesť žalúdka | 8 |
| Pocit plnosti | 26 |
| Znížená chuť do jedla | 30 |
| Zápcha | 60 |
| Hnačka | 34 |

U pacientov sme identifikovali problémy súvisiace s príjmom stravy. Najčastejšie to boli ťažkosti s prehĺtaním, znížená chuť do jedla. Druhú skupinu tvorili problémy s vylučovaním, hlavne sťažené vylučovanie- zápcha. Problém je multikauzálny spôsobuje ho nevhodná výživa, farmakoterapia, ale aj nedostatočná pohybová aktivita.

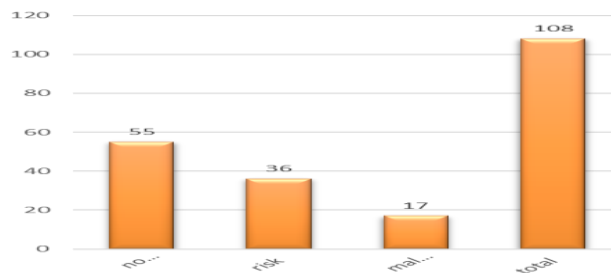
U každého respondenta sme pomocou testov vyšetrili stav výživy, sebestačnosť, úroveň aktivity a aktuálnu hmotnosť. V tabuľke 6 prezentujeme priemerné hodnoty meraní, ktoré boli realizované pri prijatí pacienta alebo v deň prvého kontaktu so seniorom/dospelým pacientom v ZSS.

Tab. 5 Priemerné hodnoty meraní

| Skríningový nástroj | Prvé vyšetrenie | |
|---------------------|-------------------|------------------|
| | Priemerné hodnoty | |
| Váha | 72,4 | |
| BMI | 26,74 | |
| ADL | 74,5 | |
| MNA | 24,3 | |
| MNA-SF | 9,8 | |
| NRS-2002 | 3 | |
| SARS-F | 3,98 | |
| Karnofsky index | 1,64 | |
| Hand-grip test | 21,3 muži | 13,7 ženy |

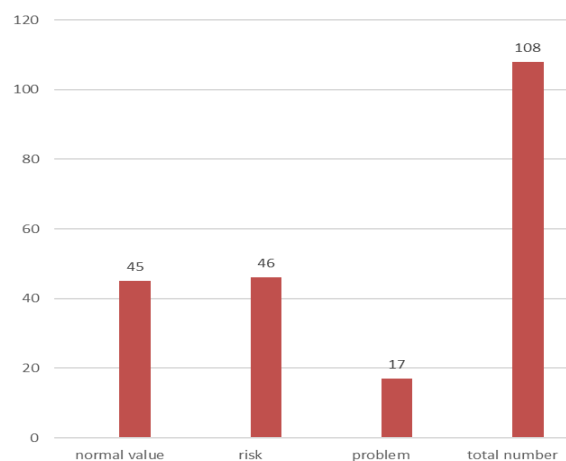
Ako z tabuľky vyplýva priemerné hodnoty dosahujú normu, hlavne údaje MNA, okrem ADL (závislosť ľahšieho stupňa). V hranici rizika boli výsledky MNA-SF. Negatívne boli výsledky Hangrip-testu, predovšetkým u žien- slabý stisk, nízka sila.

Pri prvom vyšetrení sme identifikovali pacientov, ktorí boli rizikovní pre vznik malnutrície i sarkopénie, ale zároveň sme identifikovali aj reálne problémy- nízka úroveň sebestačnosti, sily a malnutríciu. V grafoch 2, 3 prezentujeme výsledky meraní pre oblasť výživa a fyzická aktivita.



Graf 2 Problémy s výživou

Prostredníctvom MNA, MNA-SF alebo NRS-2002, sme u hospitalizovaných pacientov (celkový počet 108) určili ich stav výživy. 55 malo hodnoty v norme, 36 bolo v riziku podvýživy (pacienti po NCMP, geriatrickí pacienti), 17 malo potvrdenú malnutríciu (onkologickí a geriatrickí pacienti).



Graf 3 Problémy s aktivitou

Po identifikovaní rizík i problémov sme v spolupráci s členmi tímu- lekár, lekár špecialista, sestra, praktická sestra-asistent, fyzioterapeut, sociálny pracovník, realizovali intervencie:

- úprava stravy,
- sipping,

- edukácia pacienta,
- enterálna a čiastočne parenterálna výživa,
- rehabilitácia, ošetrovateľská rehabilitácia.

Vybrané parametre- stav výživy, funkčná zdatnosť, sila stisku dominantnej ruky, laboratórne testy, antropometrické údaje boli monitorované počas hospitalizácie i pri prekladaní alebo prepúšťaní pacienta. Pacienti boli minimálne 3x komplexne vyšetrení.

Pri komparácii údajov- monitorovanie nutričného stavu a súvisiacich faktorov, sme zistili, že:

- u štyroch pacientov napriek intervenciám v oblasti výživy i pohybovej aktivity došlo k zhoršeniu stavu,
- u dvoch pacientov nenastala zmena,
- ostatní pacienti dosiahli v treťom meraní lepšie výsledky v ADL, MNA, Hand-grip teste, hodnoty vo Fyzickej zdatnosti (SARS-F) však ostali stále v riziku sarkopénie,
- u pacientov, ktorí mali výsledky v norme sa nevyskytli komplikácie, boli v predpokladanom termíne prepustení,
- zlepšila sa i interdisciplinárna spolupráca.

Diskusia

Súčasťou kvalitnej starostlivosti o rizikových pacientov je včasná identifikácia problému, ktorý by mohol komplikovať priebeh liečby alebo významne ovplyvniť ich celkový zdravotný stav a prognózu ochorenia. K včasnej identifikácii alebo predpovedania rizika komplikácii sú nápomocné skriningové nástroje a pravidelné monitorovanie stavu pacienta. Dôležitou oblasťou, ktorá by mala byť sledovaná je nutrícia a funkčná zdatnosť pacientov. Aj v našom príspevku sme sa zamerali na uvedené oblasti. Benefity včasnej identifikácie problému alebo rizika u vybranej skupiny pacientov sme prezentovali v teoretickom vstupe a výsledkoch výskumu. Analýza vedeckých prác a guidelines nám potvrdila, že aplikácia skriningových nástrojov a výsledky hodnotenia stavu nutrície sú spojené s predpovedaním rizika komplikácii, mortalitou alebo vznikom pooperačných komplikácii (Minamisawa, 2018; Arends, et al, 2017; Isenring, 2015). Kontrola nutrície a fyzickej aktivity a aplikácia vhodných intervencií pomáha pri liečbe chronických ochorení, v starostlivosti o seniorov, zvládání chirurgickej liečby a terapii rán. Benefity kontroly nutričného stavu a správna stratégia výživy a aktivizácie boli opísané aj pri liečbe pacientov po prekonaní NCMP a COVID-19 (Takácik, 2020). Rovnako aj u pacientov s onkologickým ochorením. Onkologicky chorí musia mať sledovaný stav výživy, pretože s ňou úzko súvisí predpovedanie rizika komplikácii alebo aj schopnosť zvládať nežiaduce účinky liečby (Vokurka, 2023). V ERAS protokoloch je uvádzaná aj včasná nutričná intervencia po chirurgickej liečbe (Tomáš, Pindřák, 2017, Richtarová a kol., 2020). Stav výživy má vplyv aj na funkčnú zdatnosť pacientov.

Aj cieľom nášho výskumu bolo zistiť ako sa využívajú skriningové nástroje v praxi pri terapii rizikových pacientov. Zistili sme, že najčastejšie to bol ADL test, test hodnotenia nutrície

a u onkologicky chorých Karnofsky index, pri enterálnej výžive aj Protokol iniciálnej indikácie ambulantnej enterálnej výživy pre dospelých pacientov. U geriatrických pacientoch sa nevyužívajú nástroje odporúčené v Komplexnom hodnotení geriatrickom. Význam skriningových nástrojov vieme potvrdiť po vyhodnotení našich meraní. Podarilo sa nám identifikovať pacientov v riziku malnutrície a sarkopénie a následne i eliminovať komplikácie s nimi súvisiace. Pri prekladaní a prepúšťaní pacientov sme mali možnosť posúdiť efekt interdisciplinárnej starostlivosti. Vďaka individualizovanej starostlivosti sa nám podarilo u väčšiny pacientov zlepšiť stav výživy, fyzickej aktivity a úrovne sebaopatery. Problémy boli evidované u polymorbídnych geriatrických pacientov a onkologicky chorých liečených chemoterapiou a rádioterapiou. Tu sa však zhoršenie zdravotného stavu a nutrície predpokladá kvôli nežiaducim účinkom liečby (Paulová, 2019).

Záver

Podmienkou realizácie kvalitnej a individualizovanej starostlivosti o rizikových pacientov je identifikácia ich aktuálnych problémov a rizík ako aj kombinácia farmakologickej a nefarmakologickej liečby. Dôležitými metódami nefarmakologickej liečby sú **výživa/nutričná podpora, rehabilitácia a aktivizácia**. Pretrvávajúcou výzvou pre jednotlivých členov interprofesionálneho tímu je akceptovať tieto zistenia a podporovať výskumné závery, že výber a aplikácia vhodného skriningového nástroja a pravidelné monitorovanie stavu výživy, funkčného stavu ako aj adekvátna intervencia majú benefit v liečbe rizikových pacientov, skraccujú dĺžku ich hospitalizácie, redukovujú riziká spojené s hospitalizáciou a zároveň aj znižujú náklady na zdravotnú starostlivosť.

Zoznam bibliografických odkazov

ARENDS, J. ET al, 2017. ESPEN expert group recommendations for action against cancerrelated malnutrition. In *Clinical Nutrition*. N. 36., p. 1187-1196. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.017>.

BAJSOVÁ, S., KLÁT, J., 2019. ERAS protokol u onkogynekologických operácií. In *Česká gynekologie*. Roč. 84, č. 5, s. 376- 385. ISSN 1803-6597.

BALOGOVÁ, E., TRNKOVÁ, Z. 2019. Participácia sestier na hodnotení nutričného stavu u pacientov v kritickom stave. In *Ošetrovateľské perspektívy*. 2(2): 21-32 | DOI: 10.25142/osp.2019.012.

BARAZZONI, R. et al. 2020. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. In *Clin Nutr* 2020. Apr 4, DOI 10.1016/j.clnu.2020.03.022.

BUNOVÁ, B., PIOVÁROVÁ, M. 2020. Poruchy prehĺtania- dysfágia. *Štandard MZ SR*. Dátum účinnosti 15. január 2020.

CVEK, J., HALÁMKA, M. a kol. 2023. *Onkologie pro neonkology*. Praha: Grada. 273 s. ISBN 978-80-2713-090-0.

Dlouhý, P., Štefan, M., Chrdle, A. 2022. *COVID- 19 diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Maxdorf. 271 s. ISBN 978-80-7345-735-8.

ERICKSON, N. et al. 2018. Nutrition care of cancer patients. A survey among physicians and nurses. In: *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE*. Vol. 27, I. 4. DOI 10.1111/ecc.12855

ESPEN, 2021. Practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. In *Clinical Nutrition*. p. 2898-2913. Dostupné na internete: [ESPEN-practical-guideline-clinical-nutrition-in-cancer.pdf](#).

ESPEN, 2022. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. In *Clinical Nutrition*. p. 958-989. Dostupné na internete: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_practical_guideline_Clinical_nutrition_and_hydration_in_geriatrics.pdf.

ESPEN. 2020. DESATORO PRE PRAX: Aktuálne odporúčanie ESPEN pre nutričný manažment u pacientov s COVID-19. Dostupné na internete: <https://www.prelekara.sk/tema/enteralna-vyziva/detail/desatoro-pre-prax-aktualne-odporucanie-espen-pre-nutricny-manazment-u-pacientov-s-covid-19-121963>.

HARTZ, LLK et al. 2019. ThedaCare Nutrition Risk Screen Improves the Identification of Non-Intensive Care Unit Patients at Risk for Malnutrition Compared With the Nutrition Risk Screen 2002. In *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. Vol. 43, n. 1, p. 70-80. DOI 10.1002/jpen.1315.

HOOZOVÁ, J., NÉMETH, F., LEITMANN, T. 2021. *Štandardné postupy. Komplexné vyšetrenie geriatrické*. MZ SR. Dostupné na internete: www.health.gov.sk%2FZdroje%3F%2FSources%2Fdokumenty%2FSDTP%2Fstandardy%2F1-10-2021%2F7_1-Komplexne-vysetrenie-geriatricke-Geriatria.pdf

ISENRING, E., ELIA, M. 2015. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition? In *NUTRITION*. Vol. 31, n. 4, p. 594-597. DOI 10.1016/j.nut.2014.12.027.

KOHOUT, P. a kol., 2022. *Klinická výživa*. Praha: Galén. 944 s. ISBN 978-80-7492-555-9.

KRAJČÍK, Š. a kol., 2022. *Geriatría*. Bratislava: Herba. 584 s. ISBN 978-80-8229-020-5.

MARKO, Ľ., MARKOVÁ, B. 2017. Pohľad na pred-, peri- a pooperačnú starostlivosť o výživu onkochirurgického pacienta. In *Nutrition News*. Roč. 1, č.1, s. 14-16. ISSN 2585-7711

MINAMISAWA, M. et al. 2018. Geriatric Nutritional Risk Index Predicts Cardiovascular Events in Patients at Risk for Heart Failure. In *CIRCULATION JOURNAL*. Vol. 82, n. 6, p. 1614-1618. DOI10.1253/circj.CJ-17-0255.

PAULOVÁ, P., 2019. Špecifiká vo výžive onkologických pacientov. In *Nutrition News*. č.1, s. 1-5. Dostupné na internete: <https://www.worldmednet.cz/sk/specifika-vo-vyzive-onkologickych-pacientov/>.

PRIBULOVÁ, Z. 2017. Špecifiká enterálnej výživy pri onkologickej liečbe. In *Nutrition News*. Vol. 1, n. 1, p. 17-18. ISSN 2585-7711.

RICHTAROVÁ, J., SATINSKÝ, I., MRÁZKOVÁ, E., 2020. Koncepcie ERAS a její přínos pro intenzivní péči. In *Praktický lékař*. Roč. 100, č. 4, s. 186- 190. ISSN 0032-6739.

SATINSKÝ, I., RICHTAROVÁ, J., 2021. Intermittentní výživa v intenzivní péči – teorie a praxe. In *Rozhledy v chirurgii*. Roč. 100, č. 2, s. 66-73. Dostupné na internete: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/archiv-cisel/2021-2>

TKÁČIK, M. 2020. Výživa ako integrálna súčasť liečby u pacientov po cievnej mozgovej príhode. In *NUTRITION NEWS*. Roč.3, č. 2, s. 1-4. ISSN 2585-7711.

TOMÁŠ, M., PINĎÁK, D. 2017. ESPEN- Odporúčania pre onkológiu- 2017 (1.časť). Praktické odporúčania pre klinickú prax Európskej spoločnosti pre klinickú výživu a metabolizmus z roku 2017. In *Nutrition News*. Roč. 1, č. 1, s. 19-22. ISSN 2585-7711.

VÁGNEROVÁ, T. a kol., 2020. *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-2464-620-6.

VOKURKA, S. a kol. 2023. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-2713-556-1.

VOLEKOVÁ, M. 2012. *Manuál enterálnej výživy pre ambulantnú prax*. Bratislava: Herba. 168 s. ISBN 978-80-89631-04-9.

ZHANG, XT. et al., 2021. Malnutrition and overall survival in older patients with cancer. In *Clinical Nutrition*. Vol. 40, I. 3, p. 966-977. DOI [10.1016/j.clnu.2020.06.026](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.06.026)

ZLATOHLÁVEK, L. a kol. 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. 520 s. ISBN 978-80-88129-03-5.

ZRUBÁKOVÁ, K., HERINKOVÁ, A., IŽOVÁ, M. 2020. Výživa a hydratácia u terminálne chorých onkologických pacientov. *Paliat. med. liec. boles*. Roč. 13, č.1-2e, s. 21-25. ISSN 1339-4193.

ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I. 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-2712-207-3.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

katarina.zrubakova@ku.sk

VÝZNAM HODNOTENIA NUTRIČNÉHO STAVU V DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

THE IMPORTANCE OF ASSESSING NUTRITIONAL STATUS IN LONG-TERM CARE FOR THE ELDERLY

Katarína Zrubáková¹, Mária Lehotská¹, Soňa Kajúchová²

¹ Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

² Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN, Oddelenie dlhodobo chorých

Abstrakt

Úvod: Pravidelné hodnotenie nutričného stavu a podávanie výživy prispôsobenej nárokom vyplývajúcich z choroby a náročnosti liečby má pozitívny vplyv na zdravotný stav seniora. Mnohé výskumné štúdie potvrdzujú benefit výživy pri zvládaní rekonvalescencie po akútnom ochorení, chirurgickom zákroku. Výživa má pozitívny vplyv aj pri liečbe chronických rán, prevencii dekubitov alebo geriatrických syndrómov- najčastejšie geriatrickej krehkosti.

Cieľ: prezentovať benefity nutričného skríningu v dlhodobej starostlivosti o seniorov. Prostredníctvom klinických štúdií demonštrujeme význam vstupného, priebežného a výstupného monitorovania zdravotného a výživového stavu hospitalizovaného seniora.

Metodika výskumu: Subjektom výskumu boli seniori s identifikovaným rizikom malnutrície a sarkopénie. Nástrojmi hodnotenia výživová anamnéza, MNA, ADL, Karnofsky index, SARS-F, Hand- Grip test a antropometrické údaje.

Výsledky výskumu: Prostredníctvom uvedených metód sme hodnotili nutričný stav seniorov pri prijatí alebo preložení na vybrané klinické pracoviská. Pri ich analýze sme identifikovali seniorov s rizikom malnutrície a sarkopénie (n 36), ako aj seniorov s malnutríciou a sarkopéniou (n 17). Identifikácia problému nám umožnila realizovať preventívne i terapeutické intervencie. Realizácia intervencií zameraných na podporu nutritcie mala pozitívny efekt pri prevencii komplikácii u seniorov v ústavnej liečbe.

Kľúčové slová: Nutričný skrínig. Výživa. Rizikový senior. Ošetrovateľské intervencie. Projekt KEGA.

Výsledky sú súčasťou projektu KEGA 009 KU-4-2022 Výživa a pohybová aktivita ako základné piliere starostlivosti o rizikových pacientov.

Abstract

Introduction: Regular assessment of the nutritional status and administration of nutrition adapted to the demands arising from the disease and the complexity of the treatment has a positive effect on the health status of seniors. Many research studies confirm the benefit of nutrition in managing recovery after an acute illness or surgery. Nutrition also has a positive effect in the treatment of chronic wounds, prevention of pressure ulcers or geriatric syndromes - most often geriatric frailty.

Goal: to present the benefits of nutritional screening in long-term care for seniors. Through clinical studies, we demonstrate the importance of initial, continuous and output monitoring of the health and nutritional status of hospitalized seniors.

Research methodology: The subjects of the research were seniors with an identified risk of malnutrition and sarcopenia. Assessment tools include nutritional anamnesis, MNA, ADL, Karnofsky index, SARS-F, Hand-Grip test and anthropometric data.

Research results: Using the above methods, we evaluated the nutritional status of seniors upon admission or transfer to selected clinical workplaces. In their analysis, we identified seniors at risk of malnutrition and sarcopenia (n 36), as well as seniors with malnutrition and sarcopenia (n 17). Identification of the problem allowed us to implement preventive and therapeutic interventions. The implementation of interventions aimed at supporting nutrition had a positive effect in the prevention of complications in seniors in institutional treatment.

Key words: Nutritional screening. Nutrition. Senior at risk. Nursing interventions. The KEGA project.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

katarina.zrubakova@ku.sk

FYZIOTERAPEUTICKÁ STAROSTLIVOSŤ O RIZIKOVÝCH SENIOROV NA ZÁKLADE POHYBOVÝCH A STRAVOVACÍCH NÁVYKOV

PHYSIOTHERAPEUTIC CARE OF AT-RISK SENIORS BASED ON EXERCISE AND EATING HABITS

Libor Čief, Katarína Repová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie

Abstrakt

Úvod: V seniorskom veku, predovšetkým vo veku 75+ je zvýšené riziko vzniku problémov súvisiacich s nutričiou a fyzickou aktivitou. Hlavné riziko predstavuje nedostatočná výživa a úbytok svalovej hmoty.

Cieľ: cieľom grafickej prezentácie bolo prezentovať výsledky výskumu, v ktorom sme zisťovali aktuálny stav výživy, sebestačnosti a pohybovej aktivity u seniorov v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnej starostlivosti.

Metodika: výskum bol realizovaný u 343 seniorov. Seniori boli hospitalizovaní na akútnych, subakútnych oddeleniach/klinikách a v zariadeniach dlhodobej starostlivosti. Priemerný vek 77 rokov. V súbore bolo 242 žien a 101 mužov. Použité metódy boli: nutričná anamnéza, antropometrické merania, Hand grip test, SARS-F test, Karnofsky index, ADL, MNA.

Výsledky: u seniorov sme identifikovali rizikové faktory, ktoré vedú k poruchám výživy a zhoršeniu aktivít denného života. K rizikovým faktorom patrili: problémy súvisiace s príjmom potravy- pocit plnosti, sťažené prehĺtanie, nechutenstvo, problémy súvisiace s vyprázdňovaním- predovšetkým zápcha. Identifikovali sme aj ochorenia, ktoré sú prediktorom malnutrie a sarkopénie- náhla cievna mozgová príhoda, kardiovaskulárne a onkologické ochorenia. Zistili sme, že stav výživy významne ovplyvňuje realizáciu pohybovej liečby a celkovú aktivizáciu seniorov.

Záver: Získané údaje potvrdili fakty uvádzané vo vedeckých štúdiách, že u seniorov po dosiahnutí pravej staroby je nevyhnutné pravidelné monitorovanie funkčného stavu. Včas zahájená liečba, preventívna aktivita pomáha eliminovať riziká spojené s geriatrickými syndrómami.

Kľúčové slová: Fyzioterapia. Nutričný skrining. Hodnotenie funkčného stavu seniora. Rizikový senior.

Abstract

Introduction: In senior age, especially at the age of 75+, there is an increased risk of developing problems related to nutrition and physical activity. The main risk is insufficient nutrition and loss of muscle mass.

Goal: the goal of the graphic presentation was to present the results of research in which we investigated the current state of nutrition, self-sufficiency and physical activity among seniors in medical and social care facilities.

Methodology: the research was carried out among 343 seniors. Seniors were hospitalized in acute, subacute wards/clinics and in long-term care facilities. Average age 77 years. There were

242 women and 101 men in the ensemble. The methods used were: nutritional anamnesis, anthropometric measurements, Hand grip test, SARS-F test, Karnofsky index, ADL, MNA.

Results: in seniors, we identified risk factors that lead to nutritional disorders and deterioration of daily life activities. The risk factors included: problems related to food intake - feeling of fullness, difficult swallowing, loss of appetite, problems related to emptying - especially constipation. We also identified diseases that are predictors of malnutrition and sarcopenia - sudden stroke, cardiovascular and oncological diseases. We found that the state of nutrition significantly affects the implementation of exercise therapy and the overall activation of seniors.

Conclusion: The obtained data confirmed the facts stated in scientific studies that regular monitoring of the functional state is necessary for seniors after reaching true old age. Early treatment, preventive activity helps to eliminate the risks associated with geriatric syndromes.

Keywords: Physiotherapy. Nutritional screening. Evaluation of the functional status of the senior. Senior at risk.

FYZIOTERAPEUTICKÁ STAROSTLIVOSŤ O RIZIKOVÝCH SENIOROV NA ZÁKLADE POHYBOVÝCH A STRAVOVACÍCH NÁVYKOV

Čieľ L., Repová K.

¹ Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku, SLOVENSKO

Úvod

U seniorov je zvýšené riziko zhoršenia zdravotného stavu na základe nesprávnych stravovacích a pohybových návykov. Pretože s pribúdajúcim vekom sa znižuje elasticita tkanív pohybového aparátu a znižuje sa aktívny pohybový stereotyp, negatívne to ovplyvňuje kardiovaskulárny systém (ateroskleróza...), dýchací systém (zníženie vitálnej kapacity pľúc...), tráviaci systém (spomalené trávenie, nadváha...) a ďalšie systémy. Táto téma sa zaoberá analýzou nedostatkom pohybových stereotypov u seniorov a ich následné ovplyvnenie na tráviaci systém ako je chuť do jedla, pravidelnosť stravovania či tráviace ťažkosti.

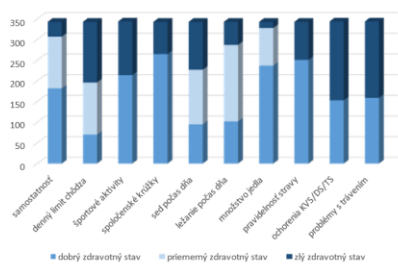
Metodológia a výskumný súbor

Výskumná súbor pozostával z 343 seniorov s priemerným vekom 77 rokov, z toho je 242 žien a 101 mužov, ktorí boli ubytovaní v jednom zo 7 zariadení sociálnych služieb na Slovensku alebo v jednom zo 4 oddelení v Ústrednej vojenskej nemocnici v Ružomberku. Každý z pacientov bol otestovaný formou pohybového analytického vyšetrenia fyzioterapeutom a následného odpovedania na otázky v dotazníku ohľadom stravovacích návykov. Zhrnutie vyšetrení je zobrazené v tabuľke a grafoch, pričom druhý stĺpec poukazuje na rozdelenie skupín podľa pohybovej zdatnosti a tráviacich ťažkostí, zatiaľ čo v treťom stĺpci je percentuálne vyhodnotenie negatívneho dopadu na zdravotný stav tráviaceho systému.

Výsledky

| | Počet seniorov v danej skupine podľa odpovede | Priemer nesprávnych pohybových návykov s vplyvom na trávenie v % |
|--|---|--|
| 1. Samostatnosť – sebaobsluha/ sebahygiena (úplná/asistovaná/žiadna) | 182/125/36 | 46,94% |
| 2. Denný limit chôdze (>/5km/>) | 70/126/147 | 42,86% |
| 3. Športové aktivity – hiking, golf, aktívne stolové hry (áno/nie) | 214/130 | 37,90% |
| 4. Spoločenské krúžky (áno/nie) | 265/78 | 22,74% |
| 5. Koľko hodín denne strávi pacient v sede (>/5h/>) | 95/132/116 | 27,70% |
| 6. Koľko hodín denne strávi pacient v posteli (>/7h/>) | 102/185/56 | 27,74% |
| 7. Množstvo jedla (primerané/menšie/nadmerné porcie) | 237/91/15 | 30,90% |
| 8. Pravidelnosť stravovania (pravidelne/nepravidelne) | 251/92 | 26,82% |
| 9. Ochorenia kardiovaskulárneho/dýchacieho/tráviaceho systému podľa NKCH | 78/56/57 | 55,69% |
| 10. Problémy s trávením | 185 | 53,94% |

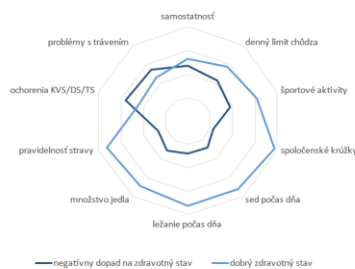
Vplyv pohybových návykov a stereotypov seniorov na ich tráviaci systém a celkový zdravotný stav



Dopad na zdravotný stav seniorov



Ovplyvnenie zdravotného stavu seniorov



Záver

Výsledky, ktoré sme namerali poukazujú, že pri nedostatku pohybových aktivít – stereotypov a návykov, dochádza k výraznému negatívne ovplyvneniu tráviaceho systému u seniorov z dôvodu zvýšenia nechutenstva, spomaleného trávenia, zvýšenej produkcie žalúdočnej kyseliny či problémami s vylučovaním (zápcha/hnačka). Na základe získaných výsledkov odporúčame, aby mali seniori zabezpečený dostatočný pohybový režim. Výskum taktiež poukázal, že seniori lepšie akceptujú a trávia (nielen) fyzické aktivity v kolektíve, čo má pozitívny vplyv najmä na psychickú stránku seniorov.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Libor Čieľ

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 60

034 01 Ružomberok

cieľ@fnmmartin.sk

PROSURVEY

Prieskumy k študentským a záverečným prácam
Elektronické spracovanie dotazníkov a testov
Vedecké štúdie



www.prosurvey.sk

PROHUMAN AI PODCAST



Čo je pútavejšie ako článok?
Článok s audio podcastom.
Vytvoríme ho prostredníctvom
umelej inteligencie (AI).

www.prohuman.sk



BUSINESS INTELLIGENCE CLUB O.Z.

THE BEST OF ŠVOČ 2024

Prihláste najlepšie ŠVOČ a zviditeľnite sa!
Najlepšie uverejníme v časopisoch Prohuman | Projustice

www.prohuman.sk | www.projustice.sk