

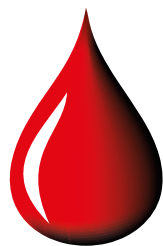
DIA

časopis
o sociálnej
a zdravotnej
pomoci
pre diabetikov

nádej

Číslo 1/2023 | Ročník VII. | Nepredajné

**Zdravie
na prvom mieste**



ZDaES

ZVÄZ DIABETIKOV A EDUKÁTOROV
SLOVENSKA

Zväz diabetikov
a edukátorov Slovenska

Zväz diabetikov Slovenska
- ZO DIAMI Michalovce

Slovenská diabetologická asociácia

Stredná zdravotnícka škola Michalovce

Vysoká škola zdravotníctva
a sociálnej práce Michalovce

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Slovenská komora zdravotníckych záchranárov



XIX. MICHALOVSKÝ DIADEŇ

pod záštitou Miroslava Dufinca, primátora Mesta Michalovce

23. 9. 2023
MSKS MICHALOVCE

Pripravujeme pre Vás hodnotné prednášky, prezentácie farmafiriem, výrobcov dia obuvi, ponožiek a pod.

Počas podujatia budú zabezpečené merania glykémie a krvného tlaku, masáže, poradne.

Pitný režim a občerstvenie zdarma.

Vstup zdarma.

ÚVODNÍK



Milé čitatelky, milí čitatelia.

„Strašne rýchlo žijeme“, ... nie, to nie je odkaz pre Vás. Tieto slová mi po jednom úprimnom srdečnom a múdrom rozhovore povedala jedna staršia pani v zariadení sociálnych služieb. Keď som sa nad tým zamyslel, musel som uznať, že má obrovskú pravdu. Jej pravdivé slová mi prídu často na um, no predovšetkým vtedy, keď mám pocit, že by som potreboval, aby mal deň o zopár hodín navyše, ale toto určite všetci poznáte zo svojho každodenného života.

Stále sa niekde ponáhľame a zabúdame v mnohých prípadoch na seba, ale aj na svojich blízkych. Najdôležitejšia vec je však venovať sa rodine, ktorá tvorí základ nášho uspokojovania. Rodina je aj základnou bunkou štátu, a preto sa mnohí z nás obracajú na štát, aby im v dnešnej ekonomickej kríze pomohol. Už Platón vo svojej prvej knihe Ústavy definoval spravodlivosť a rovnosť v štáte. Táto myšlienka je v malej obmene aj v našej Ústave. Každý občan si môže žiť svoj život podľa práva za hodnoty a rešpektovania iných individualít.

Toto právo však mnohí z nás nepocítujú. Ide najmä o seniorov, rodiny s deťmi a chronicky chorých. Naše právo na dôstojný život je potlačované. Rozhodujeme sa, či si máme kúpiť lieky, ako sa čo najúspornejšie stravovať aj keď nezdravo. Musíme zabudnúť na darčeky pre svoje deti a vnúčatá. Ani len nemyslíme na obnovu svojho šatníka, návštevu kaderníka, pedikéra, kultúrnych a športových podujatí. Zvyšujú sa ceny za odvoz smetí, daň za byt. Zvyšuje sa aj daň za záhradku, psíka, a tým strácame aj to, z čoho sme mali potešenie. Sociálne sa mnohí dostávajú na dno. Každý mesiac si kladieme otázku. Budem mať na nájom, energiu, lieky? Najem sa, neskončím na ulici, bude vôbec niekto kto sa o mňa postará?

Je to stále dookola. Počujeme stále sľuby, ako tí, ktorí to potrebujú sa dočkajú pomoci od štátu. Viem, že štátna pokladnica má svoje dno, ale určite správnejším, odborným a rozumnejším prerozdeľovaním by ostalo aj v pokladnici štátu. Viem, že toto všetko trápi aj Vás diabetikov. Nemôžeme počítať s tým, že sa vyliečime, alebo že môžeme prerušiť svoju liečbu. Aj náš zväz Vám chce pomáhať v tejto zložitej situácii, aj keď nie finančne, ale aspoň v centrách sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov, v regionálnych základných organizáciách, edukačných stretnutiach akými sú aj Diabetologické dni v Liptovskom Mikuláši a Festival diabetu v Banskej Bystrici. V roku 2023 sme pre mnohých z Vás pripravili rekondičné pobyty a pre deti detský letný DIA tábor.

Neklesajme na duši, pomáhajme si navzájom, budme viac optimistickí aj keď je to ťažké v dnešnej dobe, viac sa usmievajme, stretávajme sa, prechádzajme sa, nabíjajme sa dobrou energiou, aby sme ju mohli odovzdávať aj iným.

Mgr. Ing. Jozef Borovka
predseda ZDaES

OBSAH

Diabetici z Michaloviec sa stretli v Nízkyh Tatrách 4

Rehabilitácia u diabetikov 5

Dôchodcovia si prílepšia 6

Najčastejšie mýty a mylné názory o stravovaní, výžive a životnom štýle – vo vzťahu k obezite a rakovine - 1. časť 8

Pohybová aktivita u diabetikov 2. typu s obezitou: otázky a odpovede 11

Metabolická tuková choroba pečene, cukrovka a obezita 16

Môže mať každý klient v individuálnom pláne cieľ 18

Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán (SSOOR) 20



Číslo 1/2023, ročník VII.

Vydavateľ a adresa redakcie:

Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska
Močarianska 70
071 01 Michalovce
e-mail: zds.zds1@gmail.com

Šéfredaktor: Mgr. Lucia Demková, tel.: 0915 904 106

Predseda redakčnej rady: Mgr. Ing. Jozef Borovka

Redakčný tím:

Marek Gajdoš, Doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

Jazyková korekcia: Monika Hlavatá

Redakčná rada:

MUDr. Silvia Dókušová, PhD.,
PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.,
MUDr. Jozef Lacka, PhD., MBA,
Doc. MUDr. Emil Martinka, PhD.,
prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.,
Doc. MUDr. Zbynek Schroner, PhD.,
Doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, Ph.D.,
Assoc. Prof. Viera Doničová, MD., PhD., MBA,
Doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Grafická úprava a tlač:

RENOMA, s. r. o. Michalovce

Rozširuje: Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska

Časopis je distribuovaný zadarmo prostredníctvom Zväzu diabetikov a edukátorov Slovenska a vychádza 2x ročne.

NEPREDAJNÝ

Za obsah inzercie a PR článkov zodpovedajú inzerenti. Na všetky články sa vzťahuje autorské právo a sú duševným vlastníctvom autorov, nemôžu byť kopírované na komerčné účely, poskytované ďalej, ani zmenené bez súhlasu autorov a uverejnené inde.

Registračné číslo MK SR: EV 5457/16

ISSN 2453-9821

IČO vydavateľa: 505 254 25

Dátum vydania periodickej tlače: 10. máj 2023

Časopis vychádza s podporou MPSVaR SR.

DIABETICI Z MICHALOVIEC SA STRETLI V NÍZKYCH TATRÁCH

■ **Mgr. Ing. Jozef Borovka**
Predseda ZDaES Michalovce



Päťdesiatštyri diabetikov z Michaloviec a jeho okolia po období, kedy sa mohli v obmedzenom režime spoločne stretávať, privítali možnosť socializácie formou rekondično – integračného a rehabilitačného pobytu v Nízkyh Tatrách. Takýto pobyt naša organizácia Zväzu diabetikov a edukátorov Slovenska zorganizovala už po osemnástykrát a to od 29. 4. 2023 do 5. 5. 2023. Hlavným zameraním však ostala edukácia zameraná na správnu výživu, pohybovú aktivitu, nutnosť

merania si hladiny cukru v krvi, zvládanie svojho ochorenia s cieľom zachovať si svoju kvalitu života a oddýchnuť si. Zabezpečili sme pre účastníkov preventívne testovanie formou monitoringu zdravia, kde každý zistil svoj telesný tuk, viscerálny tuk, svoje BMI, svalovú hmotu, obsah vody v tele, stupeň bazálneho metabolizmu a metabolický vek. Mnohí boli prekvapení, ako to s ich telom vyzerá a niektorí sa veľmi čudovali. Preto všetci privítali radu ako ísť nato, aby sa zlepšili. Pomohla im k tomu radami a usmernením odborníčka – diabetologička z Národného a diabetologického ústavu Ľubochna MUDr. Silvia Dokušová, PhD.

Pomocnú ruku im podal aj darček, ktorý dostali na jednoduché cvičenie vhodné aj pre seniorov. Čo by to bol za rehabilitačný pobyt, keby každý účastník neabsolvoval liečebné procedúry. Každý ich mal pätnásť a boli šité na jeho potreby a požiadavky. Najviac boli vyťažené procedúry ako elektroliečba, magnet, rašelinový zábal, masáž a suchý uhličitý zábal. Počasie nám skutočne vyšlo, a tak nechýbali prechádzky do prírody na Chopok, do jaskyne, Liptovského Mikuláša a do blízkeho okolia. Niektorí účastníci sa aktívne podieľali svojimi skúsenosťami v liečbe cukrovky pri natočení reklamného krátkeho filmu pre diabetikov a diabetológov. Bol to pobyt v ktorom sa mnohí poučili, ale si aj oddýchli a zabavili sa. Čas odchodu sa však neúprosne priblížil a nie každému sa chcelo odchádzať.

Na záver sa treba poďakovať darcom a najmä Mestu Michalovce, ktorí podporili naše snaženie pomáhať diabetikom na Zemplíne.

Naša organizácia však pripravuje aj pre detských diabetikov od 1. 7. 2023 do 7. 7. 2023 letný DIA tábor vo Vysokých Tatrách. Zatiaľ sme pre nich pripravili pobyty v aquaparkoch, stretnutie s vojakmi z Vojenskej akadémie v Liptovskom Mikuláši, súťaže, diskotéku a množstvo iných atrakcií.



REHABILITÁCIA U DIABETIKOV

■ MUDr. Biľo Marián

odborný lekár, Rehabilitačné centrum, Michalovce

Diabetes mellitus je chronické ochorenie so závažným dopadom na celý organizmus a jeho liečba si vyžaduje komplexné opatrenia vrátane postupov rehabilitačnej medicíny. Základnými faktormi, z ktorých vyplýva potreba rehabilitácie diabetikov, sú predovšetkým disabilita pri základnom ochorení, komplikácie a komorbidity pri diabete, potreba vykonávania preventívnych opatrení, znižovanie rizikových faktorov, zmena životného štýlu, zlepšovanie kvality života, integrácia do spoločnosti, ako aj ekonomický benefit. U osôb trpiacich cukrovkou sú ochorenia pohybového aparátu a spojivových tkanív pomerne častým problémom, hoci sa im často nevenuje adekvátne pozornosť. Tieto chronické komplikácie majú za následok zníženie fyzickej aktivity diabetikov, vyšší výskyt zlomenín najmä chrčtice, stehennej kosti a najmä zhoršenie kvality života.

Pohybová liečba a jej druhy

Pohybová liečba je základnou a väčšinou aj najdôležitejšou metódou v celej rehabilitácii, vrátane rehabilitácie diabetikov. Podľa súčasných názorov je zhoda v tom, že cvičenie zlepšuje metabolizmus glukózy, redukuje kardiovaskulárne rizikové faktory, prispieva k zníženiu hmotnosti a zlepšuje kvalitu života. Fyzická aktivita má jednoznačný význam aj u diabetikov 1. typu (DM1T), tak ako v celkovej populácii, ale jej špecifická úloha v prevencii komplikácií a manažmentu glykémie nie je tak jasná ako u pacientov s diabetom 2. typu (DM2T).

Fyzická aktivita zahŕňa všetky činnosti, ktoré zvyšujú spotrebu energie, pričom pohybová liečba (cvičenie) zahŕňa plánované, štruktúrované aktivity.

Športové aktivity sa ukazujú vhodnými v rámci prevencie diabetu, a môžu byť nápomocné aj v priebehu liečby diabetu. Fyzická aktivita ako súčasť životného štýlu je spojená s redukciami rizika kardiovaskulárnych ochorení a úmrtí na ne, ako aj celkovej mortality pacientov s DM 2. typu.

Typy pohybovej aktivity

■ aeróbna – dlhotrvajúca pohybová aktivita, pri ktorej dochádza k využívaniu energetických zdrojov (najmä voľných mastných kyselín, menej glukózy); aeróbna fyzická aktivita (jogging, jazda na bicykli, rýchla chôdza) zlepšuje kardiovaskulárnu zdatnosť, ale nevedie k významnému zvýšeniu podielu svalovej hmoty

■ anaeróbna (záťažová, posilňovacia) – hlavným energetickým substrátom je svalový a pečenný glykogén, kedy produktom jeho anaeróbnej úpravy je laktát a súvisiaca metabolická acidóza, výsledkom anaeróbnej fyzickej aktivity je budovanie svalovej hmoty a svalovej sily, takisto vedie k zvýšeniu inzulínovej senzitivity, avšak metabolizmus glukózy ovplyvňuje podstatne menej, tzn. menej často vyvoláva hypoglykémiu; rezistovaný tréning obsahuje cvičenie so závažiami, cvičenie s hmotnosťou tela, elastickými pružinami a pod.

■ cvičenia flexibility zlepšujú pohyblivosť kĺbov

■ balančné cvičenia slúžia na prevenciu pádov a zlepšenie chôdze

Fyzikálna terapia

Pri podávaní fyzikálnej terapie je nevyhnutné brať do úvahy, že diabetici majú často poruchu citlivosti a pri neopatrnom zaobchádzaní by sa mohlo pacientovi ublížiť. V liečbe bolesti sa z elektroliečby najčastejšie využívajú diadynamické prúdy, transkutánnu elektrickú nervovú stimuláciu, pre analgéziu sa používa väčšinou intenzita nadprahovo senzitivná.

Zlepšeniu prekrvenia končatín pomáhajú striedavé nožné kúpele a vírivé kúpele najčastejšie dolných, ale prípadne aj horných končatín. Za účelom zlepšenia prekrvenia aj svalovej relaxácie používame aj vírivé kúpele končatín.

Na terapiu otvorených rán (ulcus cruris, nehojace sa rany), ktoré sú častou komplikáciou DM aj u polyneuropatie, možno použiť biolampu či laser. Biolampa je liečba polarizovaným svetlom, ktoré urýchľuje metabolizmus buniek (biostimulácia) a napomáha tak ich regenerácii. Pôsobí biostimulačne, protizápalovo a analgeticky. Laser je na rozdiel od biolampy polarizované svetlo monochromatické (jediná vlnová dĺžka) a koherentné (jedna fáza vlnenia), preniká do hlbších tkanív. Jeho efektívna hĺbka prieniku závisí od optickej citlivosti tkaniva, výkonu laseru, doby ožiarenia, vlnovej dĺžky a ďalších parametrov.

Kúpeľná liečba

Výhodou kúpeľnej liečby je komplexnosť, usmernenie na znižovanie telesnej hmotnosti, zvyšovanie telesnej kondície. Kontraindikáciami sú opakujúce sa ťažšie metabolické rozvraty a u DM s komplikáciami diabetická nefropatia v stave retencie dusíkatých látok, hladina indikácií kreatinínu v sére vyššia ako 350 $\mu\text{mol/l}$. Labilný alebo dekompenzovaný diabetes mellitus patrí medzi všeobecné kontraindikácie kúpeľnej liečby.

■ DÔCHODCOVIA SI PRILEPŠIA

■ **Mgr. Lucia Demková**
Edukačné centrum, Michalovce

Príčiny rekordného rastu dôchodkov

Inflácia, akú Slovensko nezažilo za posledné dve desaťročia a prudké zvyšovanie cien tovarov a služieb enormne zatažili rozpočet všetkých domácností. Jednou z najohrozenejších skupín, ktorých sa táto situácia dotýka, sú dôchodcovia. Paradoxom však je, že práve dôchodcovia si kvôli zdražovaniu prilepšia o desiatky eur. Dôvodom je dôchodcovská inflácia.

Dôchodcovská inflácia je pre valorizáciu dôchodkov kľúčová. Predstavuje percentuálnu hodnotu medziročného nárastu cien v domácnosti dôchodcov počas prvého polroka daného roka. Štatistický úrad Slovenskej republiky vydal informáciu, podľa ktorej sa táto hodnota v prvom polroku 2022 zvýšila o 11,8 %. Preto od začiatku tohto roka stúpila penzia dôchodcom presne o takéto percento.

Zvýšený dôchodok sa týka viac než 1,4 milióna ľudí

K 30. septembru 2022 vyplatila Sociálna poisťovňa viac ako 1,7 milióna dávok a dostávalo ich viac ako 1,4 milióna dôchodcov. Valorizácia týchto dôchodkov si vyžiadala viac než miliardu eur.

Tabuľka č. 1: Výpočet starobného dôchodku od 1. januára 2023

Výška penzie v roku 2022	Suma, o ktorú sa dôchodky zvýšia	Celková výška penzie v roku 2023
300*	35,50	335,50
400	47,30	447,30
500	59	559
550	65	615
600	70,90	670,90
650	76,80	726,80
700	82,70	782,70
750	88,60	838,60
800	94,50	894,50
900	106,30	1 006,30
1 000	118	1 118

Priemerný vyplácaný starobný dôchodok koncom septembra 2022 dosiahol výšku 517,40 eur. Po valorizácii sa v roku 2023 jeho suma zvýšila o 61,10 eur na 578,50 eur mesačne.

Ak mal dôchodca pôvodne nárok na dôchodok nižší než minimálny dôchodok, no valorizáciou jeho hodnota prekoná výšku minimálneho dôchodku, bude mu po novom vyplácaná už valorizovaná čiastka, na ktorú mal pôvodne nárok.

V roku 2023 sa zvyšovali o 11,8 % všetky typy dôchodcovských dávok:

- starobné,
- predčasné starobné,
- invalidné,
- pozostalostné dôchodky.

V prípade, ak mal poberateľ dôchodku nárok na viacero dávok, napríklad na starobný a súčasne vdovský alebo vdovecký, zvyšovanie sa týkalo každého z nich.

Príklad:

Ak niekto dostával starobný dôchodok v sume 400 eur a vdovecký dôchodok 200 eur, jeho penzia sa od januára vypočítala takto: $400 + 47,30 = 447,30$ a $200 + 23,70 = 223,70$. Spolu tak dostal 671 eur.

Ako prebieha valorizácia a vyplácanie dôchodkov

- Penzie sa zvyšovali automaticky. Dôchodcovia o ne nemuseli špeciálne žiadať.
- V januári im zaslala Sociálna poisťovňa písomné rozhodnutie o zvýšení.
- Zvýšený dôchodok dostali dôchodcovia v obvyklom výplatnom termíne.

Zvyšovanie dôchodkov v ďalších rokoch

Sociálna poisťovňa ďalej predpokladá, že medziročná dôchodcovská inflácia počas prvého polroka 2023 stúpne až na úroveň 16,9 %. V praxi to znamená, že od 1. 1. 2024 sa tak penzie navýšia o rekordnú

Tabuľka č. 2: Navýšenie dôchodkov a výdavky na dôchodky v rokoch 2023 – 2025

Rok	Navýšenie dôchodkov (v %)	Dodatočné výdavky na dôchodky (v eur)
2023	11,8	1 032 754
2024	16,9	1 670 186
2025	3,6	420 064

hodnotu 16,9 %. Na túto úpravu dôchodkov bude nutné vyčleniť sumu 1,67 miliardy eur.

Situácia by sa mala postupne upokojiť. Ceny ani inflácia by nemali stúpať tak prudko. Sociálna poisťovňa preto na rok 2025 s ďalším takýmto razantným zvýšením penzií nepočíta. Dôchodcovia si síce prilepšia, avšak iba o 3,6 %.

O akú sumu sa budú nakoniec zvyšovať dôchodky v ďalších rokoch bude závisieť od skutočnej výšky inflácie a pravdepodobne aj od nového valorizačného mechanizmu. Aktuálne sa čaká na legislatívny proces, ktorý by ho mal zmeniť.

Valorizácia dôchodkov sa netýka všetkých

Najhoršie na tom sú poberatelia minimálnej penzie. Niektorí si nemuseli polepšiť vôbec. Na minimálny dôchodok totiž platí osobitný mechanizmus a zvyšovanie sa ho priamo netýka. Dôchodcom sa totiž od 1. 1. 2023 valorizoval ich pôvodný zásluhový dôchodok, ktorý mohol byť nižší ako aktuálny minimálny.

Ak sa potom stalo, že vypočítaná dávka bola aj po valorizácii nižšia ako minimálny dôchodok, Sociálna poisťovňa vyplatila dôchodcom sumu v hodnote minimálneho dôchodku.

A keďže suma minimálneho dôchodku od 1. januára 2023 zostáva na pôvodnej úrovni, dôchodcovia naďalej poberajú penziu v nezmenenej sume 334,30 eur. Je to najmä z dôvodu, že minimálny dôchodok je pre nich i po valorizácii zásluhového dôchodku stále finančne výhodnejší.

Ak je však výsledná suma dôchodku po valorizácii vyššia než suma minimálneho dôchodku, nárok na minimálny dôchodok zaniká. Poberatelia penzie už teda dostávajú vyplatený dôchodok vo vyššej a výhodnejšej sume.

Príklad:

Dôchodca k 31. decembru 2022 poberal minimálny dôchodok v sume 334,30 eur, pričom suma jeho starobného dôchodku k tomuto dátumu bola 320,50 eur. Od 1. januára 2023 sa mu zvýšil – valorizoval – jeho starobný dôchodok o 37,90 eur na sumu 358,40 eur. Táto suma je vyššia ako suma minimálneho dôchodku, preto mu Sociálna poisťovňa od 1. januára 2023 bude vyplácať starobný dôchodok v sume 358,40 eur.

V každom prípade platí, že Sociálna poisťovňa vypláca poberateľom dávky vždy taký dôchodok, ktorý je pre nich výhodnejší.



■ NAJČASTEJŠIE MÝTY A MYLNÉ NÁZORY O STRAVOVANÍ, VÝŽIVE A ŽIVOTNOM ŠTÝLE - VO VZŤAHU K OBEZITE A RAKOVINE - 1. časť

■ MUDr. Peter Minárik, PhD.

O vzťahu výživy k obezite a rakovine koluje vo verejnosti mnoho mýtov, neprávď, fám a mylných názorov. Je veľa informácií na túto tému, niektoré z nich sú však zavádzajúce a chybné. Sú potraviny, o ktorých sa píše, že majú silu chrániť pred rakovinou, alebo že sú obzvlášť prospešné pri redukčnej diéte. Z iných zdrojov sa však dozvedáme, že tá istá potravinu zvyšuje riziko rakoviny, a preto ju nemáme konzumovať. Typickým príkladom potravín, ku ktorým sa viažu mýty, ktoré vznikli na základe zveličených izolovaných faktov vytiahnutých z celkového kontextu, je mlieko a cukor. Existujú ľudia, ktorí prestali piť mlieko preto, lebo „spôsobuje rakovinu“ a navyše je to „potrava pre teliatka“. Pomerne rozšírenou je aj fáma, že „cukor v strave spôsobuje rakovinu“. Táto kapitola si kladie za cieľ pomôcť vám pri spracovaní a filtrovaní informácií o stravovaní vo vzťahu k obezite a rakovine s osobitným dôrazom na objasnenie najčastejšie kolujúcich mýtov a neprávď a poloprávď o tejto ostro sledovanej téme.

Zapamätajte si!

Pri prevencii obezity i rakoviny je dôležitejší celkový štýl stravovania a výživy (anglický odborný výraz je „dietary pattern“), než jednotlivé potraviny alebo jednotlivé živiny.

Žiadna jednotlivá potravinu, akokoľvek by bola zdravotne prospešná, nie je žiadnym „zázračným“ prostriedkom ani pri redukčnej diéte, ani pre prevenciu alebo liečbu onkologických chorôb.

Potravinová, nutričná a zdravotná gramotnosť.

Jednou z dôležitých úloh pri zvyšovaní znalostnej úrovne širokej verejnosti o problematike zdravia, výživy a životného štýlu je kontinuálne vzdelávanie a zvyšovanie „gramotnosti“ populácie o týchto témach. Určite sa nechceme nikoho z čitateľov tohto článku dotknúť tým, že použijeme termín „gramotnosť“ a vôbec si nenahovárame, že my, čo píšeme pre vás osvetové články a knihy, sme tí „gramotní“ a vy, ktorí ich čítate, ste nedajbo-

že „negramotní“. V dnešných časoch sa však bežne používa pojem „gramotnosť“, najmä v súvislosti s potrebou zvyšovania povedomia o financiách („finančná gramotnosť“), alebo o správnom používaní digitálnych technológií a internetu („digitálna gramotnosť“). To je dôvod, prečo aj my využívame termín „gramotnosť“ vo vzťahu k zdraviu a výžive. Myslíme si totiž, že dobrá úroveň vedomostí o vzťahoch medzi výživou, obezitou a rakovinou je pre každého z nás veľmi dôležitá. Rovnako to platí aj pre problematiku vzťahu výživy, životného štýlu a srdcovo-cievnych chorôb alebo cukrovky. Sme si plne vedomí, že pre praktizovanie správnej výživy a celkovej životosprávy

nestačí mať len dobrú úroveň vedomostí, založených na odborných a vedecky potvrdených faktoch, ale potrebná je aj pevná vnútorná motivácia a existencia v žičlivom motivačnom vonkajšom prostredí. Vysoká úroveň zdravotnej osvety a dostatočné povedomie o vzťahu životného štýlu k prevencii i k rizikám chronických chorôb je však nevyhnutnou súčasťou podpory zdravia jednotlivcov i celej populácie. Plne sa stotožňujeme s priekopníkom zdravotnej edukácie (Dr. Elliot P. Joslin, USA, 19. storočie), ktorý v súvislosti s diabetikmi vyslovil motto: „Diabetik, ktorý vie najviac, žije najdlhšie“. Podľa tohto lekára existujú **3 základné piliere komplexnej starostlivosti pacientov s cukrovkou: STRAVA, POHYB a LIEČBA**. Tieto múdre slová, vyslovené v predminulom storočí, sú plne a bez zmeny platné aj dnes. Ich múdrosť sa nevzťahuje len na cukrovku, ale na všetky chronické „civilizačné“ ochorenia, vrátane obezity a rakoviny.

Prirodzenou súčasťou komplexnej liečby obezity je starostlivosť o stravovanie a výživu, aktívny pohyb, pozvoľné znižovanie telesnej hmotnosti a zvyšovanie telesnej zdatnosti.



Informácie o strave a výžive a ich objektívne vyhodnotenie

Pre zdravých aj pre chorých

Nasledujúce myšlienky a odkazy platia rovnako **pre zdravých jedincov**, u ktorých majú podporiť prevenciu pred chronickými chorobami, ako aj pre ľudí s obezitou alebo pacientov s inými chronickými chorobami, pre ktorých majú byť inšpiráciou pre zodpovedné správanie v záujme zlepšenia ich zdravotného stavu, udržania choroby v dobre kompenzovanom stave, alebo zníženia opätovného rizika vzniku recidívy ochorenia.

Informačný chaos

Informácií o správnej výžive a ideálnom stravovaní, ktoré by malo pomáhať udržať si dobré zdravie, je v súčasnosti viac ako dosť. Najdôležitejším, najrýchlejším a zároveň aj najbohatším zdrojom informácií dnes je **internet**. Ale netreba podceňovať ani úlohu **printových** (tlačových) a **audiovizuálnych** (rozhlas, TV) médií. Noviny, časopisy, rádio a televízia sú dôležitým zdrojom zdravotníckej osvetu predovšetkým pre staršiu generáciu a pre všetkých tých, ktorí internetu z akýchkoľvek príčin neprišli na chuť. Obrovské množstvo rôznorodých informácií o zdraví, výžive a prevencii chorôb nesie však v sebe aj jedno **zásadné riziko**. „Háčik“ je v tom, že najrozmanitejších informácií, pokynov a rád o zdravej výžive, o správnom životnom štýle a o optimálnych opatreniach na zamedzenie civilizačných chorôb je veľmi veľa a niekedy sú dokonca úplne protichodné. Bežný užívateľ internetu, resp. čitateľ, divák alebo poslucháč nemá v dnešnej uponáhľanej dobe dostatok času na to, aby študoval problematiku preventívnej výživy detailne a často sa obracia na zdroje zamerané výlučne na komerčnú propagáciu. Potom sa môže ľahko stať, že sa takýto užívateľ chaotických,

často si odporujúcich informácií a protichodných pokynov môže niekedy iba ťažko zorientovať. Následne sa v tomto informačnom chaosu môže „stratiť“, alebo je z nich zmätený.

Príkladom môžu byť otázky typu:

„**Je zdravšie maslo alebo rastlinné margaríny** – ktorý tuk je zdravý a ktorý nie?“

„**Sú doplnky výživy dobrým a rýchlym zdrojom antioxidantov?** Sú to prípravky vhodné na prevenciu a podporu liečby rakoviny, alebo sú to len „vyhodené peniaze?“

„**Je mlieko pre moje zdravie prospešný nápoj a nenahraditeľný zdroj vápnika, ako sa o ňom odjakživa písalo a hovorilo, alebo je to naopak a mlieko zvyšuje riziko rakoviny, či azda „zahlieňuje“.** Mám sa pitia mlieka vzdať, aj keď mi chutí a nemám po jeho konzumácii žiadne tráviace problémy?“

„**Je červené víno zdravý nápoj, lebo obsahuje povestný vychválený resveratrol, alebo je zdraviu škodlivý, lebo je v ňom alkohol?** Posilní 1-2 deci červeného vínka denne zdravie môjho srdca, alebo zvyšuje riziko nádoru?“

„**Je vegetariánska, vegánska, makrobiotická alebo frutariánska strava vhodnou výživou a správnym spôsobom stravovania?**“

Toto je iba zopár otázok, kde ľudia nenachádzajú rovnaké odpovede na to, či sú zdravé a vhodné pre predchádzanie chorôb, alebo nie. Pokračovať by sme mohli ďalej... Otázok a odpovedí je však omnoho viac.

Komerčné záujmy a marketing

Situáciu s nutričnými informáciami a so zdravotnou prevenciou sťažujú navyše aj jednotlivci alebo spoločnosti, ktoré chcú na tom všetkom iba



zarobiť. Na obchodných aktivitách v princípe nie je nič zlé. V dnešnej dobe je snaha niečo kúpiť a následne to predať aj s pridanou hodnotou, pochopiteľná a legitímna. Avšak iba **dovtedy, kým sa nezačnú predávať ilúzie vo forme neúčinných a vedecky nepotvrdených prostriedkov**. Obzvlášť neetický je predaj takýchto iluzórnych nefungujúcich prostriedkov a „zázrakov na počkanie“ onkologickým pacientom. Avšak aj nepoctivé núkanie zaručených „zázrakov na počkanie“ pre ľudí s obezitou nie je o nič menej nemorálne. Účinok niektorých prípravkov alebo postupov sa vedecky nikdy nepotvrdil, ba niektoré sú dokonca považované za rizikové.

Oddeliť fakty od fikcie.

Niektoré zásady majte na pamäti ešte predtým, než sa rozhodnete zmeniť niečo vo svojom stravovaní a výžive.

1. Čítajte pozorne a z viacerých informačných zdrojov. Konfrontácia názorov z rôznych prameňov môže pomôcť nájsť správnu odpoveď.

2. Nespoliehajte sa výlučne na stručné informácie z masových médií. Mnoho informácií o preventívnej výžive sa zakladá na vedecky overených faktoch. Dostupné dôkazy však môžu byť v danej chvíli iba predbežné, napríklad preto, lebo sa ich podarilo získať iba v experimentálnych podmienkach testovaním na bunkových kultúrach alebo na zvieratách. V novinách, v časopisoch, v roz-

hlase a televízii, ako aj na internete sa často objavujú rýchle správy a oznamy, ktoré neraz v záujme zaujať čitateľov za každú cenu prinášajú „**senzácie na počkanie**“. Často sa stáva, že sa uverejnia priaznivé výsledky jednej štúdie. Treba však povedať, že výsledky 1 štúdie, akokoľvek by boli slubné a nádejné, ešte zďaleka nemôžu slúžiť ako definitívne potvrdený záver a odporúčanie pre prax. V oblasti vedy a medicíny sa javy a procesy pokladajú za dokázané až vtedy, keď k podobným výsledkom dospelo nezávisle od seba veľa vedeckých tímov a až spätná vedecká analýza (tzv. metaanalýza) dosiahnutých výsledkov týchto prác a bádání potvrdí jednotu vo výsledkoch. Navyše sa do spätého hodnotenia vyberajú štúdie, ktoré kvalitou i kvantitou zodpovedajú predstavám o biomedicínskych štúdiách a ich výsledky sú štatisticky významné. **Zdravá skepsa** je preto pri čítaní stručných titulok o veľkých a významných účinkoch a výsledkoch liečby vždy na mieste.

3. Informácie zbierajte z hodnoverných a spoľahlivých zdrojov založených na výsledkoch vedeckého bádania. Hľadajte na internetových stránkach renomovaných **vedeckých a zdravotníckych inštitúcií a odborných lekárskejších spoločností**. Je pochopiteľné, že aj na rôznych komerčných stránkach môžu byť veľmi kvalitné a pravdivé informácie o výžive a stravovaní. Na druhej strane je tiež pravdou, že obchodné záujmy môžu viesť autorov a vlastníkov niektorých komerčných webových stránok k pokúšaniu prinajmenšom niektoré fakty zveličiť, prípadne dohady či pravdepodobné vzťahy vyhlásiť za isté a overené. Ak sa k takto zveličeným informáciám pridá pekný „obal“ v podobe úhladnej internetovej stránky, prípadne ich obsah posväť aj „doktor“ s fonendoskopom, (príčom veľmi často ide len o ne-

pravého „fake“ lekára, ktorý v skutočnosti neexistuje) môžu prehnané fakty vyzerat skutočne dôveryhodne. Povrchný návštevník s nedostatkom času sa lahko chytí do pasce a vezme niektoré fikcie a dohady, prípadne vedecké hypotézy, ako hotovú vec, ktorá potom ovplyvňuje jeho/jej postoje a rozhodnutia. Overte si preto vedecké fakty o výžive a medicíne najprv vždy u **odborných lekárskejších spoločností, štátnych inštitúcií**, prípadne z publikovaných prác v renomovaných **medicínskych a vedeckých časopisov**. Dobrým zdrojom informácií o zdraví a výžive je aj **WIKIPEDIA**. Všimnite si, že na konci každého „wiki“ článku je zoznam citovanej odbornej literatúry, ktorá vás v prípade vášho záujmu povedie vedeckými informáciami ďalej.

4. Buďte triezvo skeptickí k veľkým sľubom. Nemajte prehnané veľké očakávania od jedného alebo dvoch opatrení, alebo konkrétnych potravín. **Rýchle a jednoduché riešenia pri prevencii a liečbe obezity alebo rakoviny neexistujú.** Obezita je komplexná choroba čiastočne spôsobená početnými dedičnými faktormi, čiastočne je pod vplyvom vášho správania a zlovykov a nevýhodných stereotypov vášho štýlu. Rakovina je zložitá a závažná choroba s veľmi veľkým množstvom príčin, rizikových i ochranných faktorov. Všetky tieto faktory „pre“ aj „proti“ pôsobia komplexne a veľmi dlhú dobu. Obezite spravidla predchádza viac alebo menej dlhé obdobie kontinuálneho alebo etapovitého priberania na hmotnosti. Rakovina sa tvorí a vyvíja dlhé roky až desaťročia. Organizmus s tým dlho bojuje a bráni sa, pokiaľ sa dá. Preto aj preventívne opatrenia vo výžive a životospráve musia byť dlhodobé, komplexné a systematické. Týka sa to tak **primárnej prevencie** (prevencia pre zdravých, aby znížili šance získania závažných chorôb), ako aj **sekundárnej a terciárnej**

prevencie (prevencia pre chorých, aby pomohli udržiavat svoje choroby v pokojovom štádiu bez chorobných prejavov a aby znížili šance vzniku opätovného návratu choroby, tzv. recidívy), **Jednostranné a prehnané prísne stravovacie režimy** nie sú pre účinnú prevenciu nevyhnutné. Naopak postačujúce sú diétne opatrenia, ktoré viac alebo menej obmedzia niektoré skupiny potravín (mäso, údeniny, alkoholické nápoje) a naopak uprednostnia konzumáciu iných potravín (zelenina, ovocie, strukoviny, celozrnné obilniny, niektoré huby, probiotiká). **Tieto stravovacie opatrenia majú dodržiavat zdraví ľudia (primárna prevencia), aj pacienti s obezitou, ba aj onkologicky chorí pacienti (sekundárna, terciárna prevencia).** Pri redukčnej liečbe obezity nemožno očakávať, že počas niekoľkých dní alebo týždňov sa podarí „zhodiť“ mnoho kilogramov nadváhy, ktoré sa na človeka „lepili“ roky až desaťročia. Na druhej strane zastávame aj názor, že **občasné vybočenie z konceptu zdravej výživy**, pokiaľ sa deje s mierou (v malých porciách a nie príliš často), si netreba veľmi vyčítat. Malo by platiť pravidlo 80:20, alebo 90:10. **80-90 % našej stravy by mali tvoriť zdravotne prospešné a výživovo kvalitné potraviny.**

5. Poradte sa s ošetrojúcim lekárom. Pokiaľ natrafíte na rady a odporúčania, ktoré sa týkajú prevencie a liečby rakoviny, ako aj iných závažných chorôb, predtým než ich začnete aplikovať alebo používať, poradte sa s lekármi, ku ktorým máte dôveru. Týka sa to nielen stravy a výživy, ale aj užívania **volno-predajných liekov a výživových doplnkov**. Mali by to byť lekári, ktorí poznajú váš zdravotný stav, a vedia, aké lieky užívate. Nepodceňujte možné interakcie užívaných liekov (ani volne predajných) a výživových doplnkov.

(pokračovanie v nasledujúcom čísle)

POHYBOVÁ AKTIVITA U DIABETIKOV 2. TYPU S OBEZITOU: OTÁZKY A ODPOVEDE.

Barbara Ukropcová

Centrum pohybovej aktivity & Centrum pre manažment obezity,
Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, Bratislava

Sedavý životný štýl predstavuje jeden z najväčších problémov, ktorému čelí zdravotníctvo v 21. storočí. Pokles energetického výdaja, spojený s nedostatkom pohybu, je spolu s nadbytkom skonsumovaných kalórií rozhodujúcim faktorom pri vzniku pandémie obezity a diabetu / cukrovky 2. typu (ďalej cukrovka), a významne prispieva aj k úbytku svalovej hmoty a sily (sarkopénia) a k zvýšenej chorobnosti a úmrtnosti. Na druhej strane veľké množstvo klinických štúdií poukazuje na pozitívny vplyv pravidelného cvičenia na celé spektrum fyziologických funkcií, ako aj na nenahraditeľnú úlohu pohybu nielen v prevencii, ale aj v liečbe cukrovky a ďalších chronických ochorení^[1,2,3]. Kostrové svalstvo nie je len výkonným orgánom pohybu a najväčším orgánom v našom tele, ale významne prispieva aj k udržiavaniu celotelovej metabolickej rovnováhy a k optimalizácii funkcie mnohých orgánov a orgánových systémov. Celková funkčná kapacita organizmu je do značnej miery daná práve fyzickou zdatnosťou, ktorá zlepšuje našu schopnosť adaptovať sa na rôzne zmeny/výkyvy prostredia aj na kontinuálny pokles fyziologických funkcií spojených so starnutím, či s ochorením a s jeho liečbou^[4,5].

Prečo je pohybová aktivita dôležitá pre pacienta s diabetom 2. typu, a aké faktory ovplyvňujú preskripciu / individualizovaný plán pohybovej aktivity?

Dostatočná dávka pravidelného pohybu je esenciálna z hľadiska úpravy metabolizmu glukózy, kvality života aj chorobnosti na rôzne chronické ochorenia, ktoré sa s cukrovkou často spájajú. Konkrétna preskripcia pohybovej aktivity sa odvíja špecificky od Vášho **zdravotného stavu**, úrovne Vašej **fyzickej zdatnosti**, ako aj Vašich **možností a preferencií**. Veľmi dôležitá je **edukácia** a **postupné zvyšovanie dávky fyzickej aktivity**, ktoré sa spája s progresívnym navodením adaptačných zmien kostrového svalstva a iných orgánov a tkanív^[3,6]. Práve postupné zvyšovanie dávky je dôležitou prevenciou zranení a iných vedľajších účinkov neprimerane intenzívnej aktivity u sedavého pacienta s cukrovkou.

Pravidelná fyzická aktivita je **dôležitou súčasťou komplexného manažmentu pacienta s cukrovkou 2. typu**. Prispieva k zlepšeniu metabolickej kompenzácie s poklesom glykovaného hemoglobínu (HbA1c), zlepšením kardiovaskulárnych rizikových faktorov (pokles tlaku krvi, úprava lipidového profilu, zlepšenie endotelovej funkcie) a zvýšením fyzickej zdatnosti. Navyše pravidelná pohybová aktivita (aeróbný/vytrvalostný i silový tréning) znižuje hladinu glukózy a inzulínu nalačno aj po jedle, zlepšuje citlivosť na inzulín, znižuje prejavy chronického systémového subklinického zápalu a pozitívne ovplyvňuje telesné zloženie (pokles tukového tkaniva a špecificky viscerálneho tuku okolo orgánov a v orgánoch v brušnej dutine, ako aj zvýšenie svalovej hmoty), a to dokonca nezávisle od redukcie hmotnosti. Pacienti profitujú aj zo zvýšenia svalovej sily a flexibility, a zvýšenia kvality života.

Znižuje sa tiež riziko ďalších ochorení, vrátane

rakoviny. Rôzne typy onkologických ochorení patria k najčastejším príčinám úmrtnosti u pacientov s cukrovkou. Epidemiologické štúdie poukázali na vzťah medzi cukrovkou a kolorektálnym karcinómom (rakovina hrubého čreva), karcinómom pankreasu, pečene, žlčníka a endometria. Obezita, najmä ak je spojená s hromadením vnútrobrušného tuku, zvyšuje aj riziko vzniku postmenopauzálného karcinómu prsníka. Naopak zlepšenie metabolizmu prostredníctvom komplexnej úpravy životného štýlu sa spája s výraznou redukciou rizika vzniku onkologických ochorení, a to o 30-40 %. Poruchy metabolizmu a nízka fyzická aktivita zvyšujú aj riziko Alzheimerovej či Parkinsonovej choroby. Naopak aktívny životný štýl riziko týchto neurodegeneratívnych ochorení znižuje o 20-30 %.

Zadefinujme si základné pojmy. Fyzická aktivita je akýkoľvek telesný pohyb, ktorý sa spája s kontrakciou kostrového svalstva a so zvýšením energetického výdaja. Zahrňuje pohybovú aktivitu vo voľnom čase, cvičenie, šport, transport a fyzickú aktivitu súvisiacu so zamestnaním aj s domácimi prácami. Celkovo fyzická aktivita u sedavého človeka predstavuje asi 25 % 24-hodinového výdaja energie, zatiaľ čo u aktívneho vytrvalostného športovca, resp. u fyzicky ťažko pracujúceho človeka to môže byť až 50 % denného výdaja energie. U sedavého človeka nadobúda veľký význam **podpora fyzickej aktivity vo voľnom čase**. Tá však predpokladá osobnú voľbu a nastavenie priorít tak, aby bolo na pohyb vo voľnom čase dostatok času a priestoru. Motiváciou môže byť snaha o zlepšenie zdravia, vzhľadu,

či výzva k výkonu, súťaživosť, zábava, sociálne kontakty, relaxácia či zlepšenie kognitívnych schopností (pamäť, sústredenie či verbálne schopnosti).

Cvičenie je forma štruktúrovanej fyzickej aktivity, ktorá typicky prebieha opakovane v rámci dlhšieho obdobia (tréning) a vedie k postupnému zlepšovaniu alebo udržiavaniu externých ukazovateľov zdatnosti, fyzického výkonu alebo zdravia.

Preskripcia cvičenia praktickým lekárom, diabetológom (či iným lekárom-špecialistom) alebo odborníkom v oblasti fyziológie cvičenia vychádza z Vašich možností, schopností, preferencií, zdravotného stavu a fyzickej zdatnosti pacienta a definuje vhodný typ pohybovej aktivity, jej intenzitu, frekvenciu a trvanie tréningovej intervencie, ktorá by mala viesť k zlepšeniu Vášho klinického stavu a kvality života a súčasne zvýšiť Vašu motiváciu cvičiť dlhodobo. Jedine dlhodobá, dostatočne intenzívna a pravidelná pohybová aktivita má potenciál zvýšiť Vašu zdatnosť a zlepšiť Váš zdravotný stav.

Fyzická zdatnosť je kapacita uspokojivo vykonávať svalovú prácu (spojenú so športom, fyzickou prácou či bežnými každodennými aktivitami). Spája so schopnosťou podávať prijateľný fyzický výkon za určitých špecifických okolností. Je to zároveň **jeden z najdôležitejších a zároveň najviac zanedbávaných ukazovateľov zdravia**. Zvýšenie fyzickej zdatnosti sa spája so zlepšením výkonnosti, zlepšením/udržaním zdravia (prevencia zranení či ochorení) a kvality života. Dostatočná fyzická zdatnosť potrebná na udržanie zdravia: schopnosť vykonávať bežnú každodennú aktivitu energicky, bez pocitu neprímernej únavy, pričom sila a vytrvalosť sú na úrovni, ktorá významne znižuje riziko

vzniku chronických ochorení či predčasnej smrti.

Sedavé správanie charakterizuje dlhodobá prítomnosť aktivít (sedenie/ležanie), ktoré sa spájajú len s minimálnym zvýšením výdaja energie. Kým nedostatok pohybovej aktivity sa často definuje ako nenaplnenie štandardných odporúčaní (napr. Svetovej zdravotníckej organizácie), sedavé správanie sa definuje ako aktivita spojená s energetickým výdajom nepresahujúcim 1,5 MET (1,5-násobok pokojového energetického výdaja)^[7]. Tieto dva typy správania sa pritom do určitej miery odlišujú účinkami na náš organizmus a odlišné sú aj spôsoby ich monitorovania či metódy ovplyvnenia, využívané v rámci prevencie negatívnych účinkov na zdravie. Sedavé správanie definujeme pomocou SITT (Sedentary behavior frequency, Interruptions, Time, Type): frekvencie sedavého správania (počet epizód), prerušovania (napr. počas sledovania televízie či práce s počítačom), času (stráveného napríklad pozeraním televízie) a typu sedavého správania (počítač, čítanie knihy, sledovanie televízie)^[8]. Celkový objem, ale aj intenzita objektívne meranej každodennej pohybovej aktivity (pomocou fit náramkov či akcelerometrov) je u sedavých jedincov významne nižšia.

Aké sú následky sedavého správania u pacientov s cukrovkou 2. typu?

Pacienti s prediabetom a diabetom 2. typu sú viac sedaví ako metabolicky zdraví ľudia rovnakého veku a pohlavia^[9], čo možno objektívne dokumentovať pomocou akcelerometrov monitorujúcich bežnú dennú aktivitu. Je dôležité upozorniť na to, že už **prerušovanie sedavého správania krátkymi epizódami málo intenzívnej aktivity sa spája so zlepšením kardiometabolického zdravia**. Sedavé správanie vý-

znamne akceleruje vznik chronických ochorení spojených s poruchou metabolizmu, vedie k zníženiu funkcie mnohých orgánov, k negatívnym zmenám telesného zloženia (úbytok svalstva, hromadenie tuku okolo orgánov a v orgánoch), k poklesu mobility, k zvýšeniu rizika srdcovocievnych ochorení, rakoviny, obezity, cukrovky či k urýchleniu ich progresie, ako aj k rýchlejšiemu poklesu kognitívnych funkcií (pamäť, schopnosť sústrediť sa a učiť sa nové veci, priestorová orientácia), čo sa spája s vyšším rizikom vzniku Alzheimerovej či Parkinsonovej choroby. Sedavé správanie často sprevádza sociálna izolácia a zníženie kvality života.

Čo môže prispievať k sedavému správaniu?

Sedavý životný štýl nepriamo podporuje aj naše sociálne prostredie a infraštruktúra (nevhodné podmienky pre chôdzu alebo iný aktívny transport), absencia motivačných prvkov pomocou edukácie a relevantných informácií, či už zo strany masovo-komunikačných prostriedkov alebo zdravotníkov, rodinné a sociálne prostredie (rutina a očakávania), pokles fyzickej zdatnosti, sociálna izolácia, ochorenia pohybového aparátu či syndróm krehkosti („frailty syndróm“) u seniorov. Rizikovým faktorom je aj odchod do dôchodku, ktorý umožní tráviť viac času napríklad sledovaním televízie.

Čo môžeme urobiť, aby sme to zmenili?

Prevenciou takýchto nežiaducich zmien je cieľená snaha o **prerušovanie sedavého správania a o zvýšenie pohybovej aktivity**, a to aj u hospitalizovaných pacientov, keďže aj relatívne krátka hospitalizácia sa spája so zhoršením metabolizmu glukózy a s poklesom objemu svalstva.

Sedavé správanie redukuje aj **zamestnanie a dobrovoľníctvo**, ktoré umožňujú aj aktívny medziludský kontakt; **aktívny transport** (chôdza, bicykel a pod.), využívanie **nových „smart“ informačných technológií** (napríklad aplikácie v mobile upozorňujúce na dlhý čas trávený sedením a pod.), atraktívna **infraštruktúra** okolitého prostredia (osvetlenie, chodníky, cyklocesty, les, parky) a **edukácia**, pri ktorej môžete nadobudnúť aj osobnostné zručnosti spojené so self-monitoringom pohybovej aktivity, s komunitným životom a socializáciou. Posilnenie vnútornej motivácie sledovať konkrétne ciele a riešiť konkrétne problémy pritom stimulujú aktívne správanie a redukuje sedavosť. **Objektívne monitorovanie** bežnej každodennej pohybovej aktivity Vám umožní získať užitočný parameter, ktorý je východiskom pre individualizovanú preskripciu (predpis) pohybovej aktivity a môže byť aj významným motivačným prvkom.

Aké účinky má fyzické cvičenie na moje telo a zdravie? Každé cvičenie spúšťa adaptačnú odpoveď, ktorá v regeneračnej fáze vedie k štrukturálnym a funkčným zmenám nielen vo svaloch, ale aj na úrovni iných tkanív a orgánov. Dlhodobé pozitívne účinky cvičenia sú teda výsledkom súčtu adaptačných zmien vyvolaných každým jednotlivým cvičením a sú úmerné frekvencii, intenzite a dĺžke trvania stimulu. Pozitívny vplyv jednorazového cvičenia na účinok inzulínu (inzulínovú senzitivitu) odznieva v priebehu 48–72 hodín po cvičení. Aj preto sa zdôrazňuje nevyhnutnosť pravidelnej, dostatočne intenzívnej pohybovej aktivity.

Pravidelné cvičenie zlepšuje metabolizmus sacharidov a tukov, zlepšuje funkciu cievneho endotelu (pokles tlaku a ochra-

na pred aterosklerózou), zlepšuje výkonnosť a znižuje únavnosť. Zmeny sú prítomné už vplyvom pravidelného cvičenia s nízkou a strednou intenzitou, s výraznejším účinkom pri vyšších dávkach pohybovej aktivity s vyššou intenzitou.

Aká je konkrétna odporúčaná dávka na dosiahnutie pozitívnych účinkov na moje zdravie?

Väčšina štúdií zameraných na prevenciu cukrovky 2. typu alebo na zlepšenie metabolizmu a zdravia u pacientov s cukrovkou využíva komplexnú úpravu životného štýlu, ktorá pozostáva z: 1. **intenzívnej edukácie** o význame výživy a pohybu (napr. 7 stretnutí v priebehu roka a pod.), 2. **úpravy stravovacích návykov** (zloženie stravy aj množstvo kalórií) s cieľom dosiahnuť dlhodobú redukciu telesnej hmotnosti minimálne o 5 %, a 3. **cvičenia / pohybovej aktivity**. Štandardná odporúčaná dávka je minimálne **150 minút aeróbnej / vytrvalostnej aktivity so strednou intenzitou týždenne** (napríklad 3x50 minút týždenne, s lepším výsledkom a výraznejším zvýšením zdatnosti, ak je dávka pohybu vyššia), v kombinácii so **silovými cvičeniami 2-3x týždenne** (ideálne minimálne na začiatku pod dohľadom trénera či fyzioterapeuta, ktorý Vás naučí, ako cvičiť správne a bezpečne).

Prestávky medzi tréningami by mali byť nie viac ako 48 hodín v prípade aeróbnej/vytrvalostnej aktivity (rýchla chôdza, jogging, plávanie, bicykel, zumba a podobne), čím sa zabezpečí kontinuálny pozitívny vplyv cvičenia na metabolizmus glukózy. Naopak v prípade silového cvičenia (posilňovanie s vlastným telom, činkami, či na strojoch), ktoré zabraňuje strate Vášho svalstva a stimuluje svalovú hypertrofiu (nárast objemu svalov), sa odporúča prestávka v trvaní aspoň 48

hodín, vzhľadom na dlhšiu potrebu regenerácie. **Dôležité je zvyšovať aktivitu** - záťaž či intenzitu, dobu trvania, frekvenciu - **postupne**, podľa Vášho zdravotného stavu a úrovne zdatnosti. Profitovať budete aj z **prerušovania sedavého správania** aspoň každú hodinku na cca 5 minút. Vhodné sú aj cvičenia na flexibilitu a strečing, ktoré môžu byť súčasťou rozcvičky, prípadne bežnej každodennej rutiny v nejaký stanovený čas dňa. **Počet krokov** by mal byť priemerne celkovo okolo **8 000 krokov za deň**. Je fajn hľadať spôsoby, ako byť čo najviac aktívny, a zároveň je potrebné pamätať na to, že práca v domácnosti či v záhrade nám nezabezpečí dostatočnú dávku intenzívneho pohybu. Viac o pohybovej aktivite a jej účinkoch v rámci komplexného manažmentu obezity nájdete napríklad v knižke: „Redukčná diéta – skúsme to inak“, ktorá je dostupná v našich kníhkupectvách.

Spracovanie prijatej potravy sa dá efektívne zlepšiť pomocou tzv. „exercise snacking“, teda malých dávok cvičenia/pohybu pred jedlom. Efektívne pohybové „predjedlo“ môže pozostávať napríklad zo šiestich 1-minútových intervalov intenzívnej chôdze 30 minút pred každým hlavným jedlom, s celkovým trvaním cvičenia aj s minútovými prestávkami medzi intervalmi 12 minút. Alternatívou môžu byť aj iné aktivity – chôdza po schodoch, či silový tréning veľkých svalových skupín.

Aké sú špecifiká pri odporúčaní pohybovej aktivity pacientovi s cukrovkou 2. typu?

Je potrebné zohľadniť špecifiká súvisiace s nadváhou, obezitou či samotnou cukrovkou, ako aj pridružené ochorenia a chronické komplikácie. Pokiaľ je Vaším cieľom aj redukcia hmotnosti, prípadne ďalšie

zvýšenie fyzickej zdatnosti, je možné zvýšenie objemu fyzickej aktivity na viac ako 250 minút týždenne, a to primerane Vašej zvyšujúcej sa zdatnosti. **Najvyššie riziko nežiadúcich účinkov cvičenia vzniká práve u netrénovaných pacientov, ktorí cvičia s neprimeranou intenzitou.** Treba brať do úvahy zvýšený mechanický stres a **problémy s pohybovým aparátom**, a odporúča sa cvičenie so skúseným fyzioterapeutom alebo trénerom, prípadne konzultácia s fyziatrom-rehabilitačným lekárom či ďalšími špecialistami (v prípade komorbidít). Častejšia je **dysregulácia termogenézy**, dôležité je dbať na vhodné oblečenie a dostatočnú hydratáciu. **Neuropatia** môže zhoršiť koordináciu, rovnováhu a motorickú kontrolu; **retinopatia** sa spája so zhoršením zraku, a rovnako ako neuropatia zvyšuje riziko pádov. Je tiež potrebné dbať na prevenciu prípadne **ošetrenie drobných poranení**, najmä v súvislosti s neuropatiou a diabetickou nohou. Nekontrolovaná **hypertenzia** vyžaduje monitorovanie zmien tlaku krvi a spravidla je kontraindikáciou pre náročné silové alebo aeróbne cvičenie.

Veľmi dôležité je **monitorovanie glykémie**, a to pred, počas aj po cvičení: **riziko hypoglykémie je vyššie u pacientov liečených inzulínom alebo inzulínovými sekretagógami**, zvyčajne však býva relatívne zanedbateľné vzhľadom na to, že len málo pacientov cvičí dostatočne dlho alebo intenzívne, aby nastal rizikový pokles glykémie. Bezprostredne pred cvičením by ste nemali užiť inzulínové sekretagógy (lieky stimujúce vylučovanie inzulínu) ani inzulín, keďže v kombinácii s cvičením významne zvyšujú riziko hypoglykémie; z podobných dôvodov by glykémia pred cvičením nemala byť nižšia ako 4,4 mmol/l. Zvýšené riziko hypoglykémie je aj pri zvyšovaní intenzity cvičenia.

Ako môžem sledovať efektivitu pohybového režimu / programu?

Efektivitu svojho pohybového programu môžete sledovať pomocou **objektívne merateľných parametrov**, ku ktorým patria: **antropometrické parametre** (telesná hmotnosť a telesné zloženie pomocou bioelektrickej impedancie – nepoužívať, ak máte kardiostimulátor!; meranie obvodu pásu); **motorické parametre** – napr. rýchlosť chôdze na 10 m; **monitorovanie profilu bežnej dennej aktivity** pomocou akcelerometrov či fit náramkov; **kardiovaskulárne parametre**: tlak krvi a srdcová frekvencia (obidva parametre sa so zvyšujúcou sa zdatnosťou znižujú); **metabolické parametre**: glykémia, lipidový profil, a pod. Jednoduchým **testom zdatnosti** je chôdza po schodoch – môžete si napríklad merať čas, za ktorý vyjdete na 4. poschodie – a sledovať, ako sa postupne s Vašou zlepšujúcou sa zdatnosťou znižuje. Veľmi dobrú zdatnosť máte, ak na 4. poschodie vystúpate za menej ako za minútu.

Potrebujem pred cvičením nejaké špecifické vyšetrenia, prípadne záťažové vyšetrenie?

Pri plánovaní fyzickej aktivity s nízkou a strednou intenzitou nie je u pacientov s cukrovkou 2. typu potrebné ďalšie testovanie, pokiaľ nemajú príznaky prípadne zvýšené riziko srdcovo-cievneho ochorenia. Pokiaľ ste sedavý a plánujete pohybovú aktivitu s vysokou intenzitou, lekár môže indikovať záťažový test (spiroergometria s kontinuálnym monitorovaním EKG a tlaku krvi). Tichá ischémia u pacientov s cukrovkou často unikne detekcii, preto sa v indikovaných prípadoch odporúča každoročné prehodnotenie kardiovaskulárnych rizikových faktorov.

Dôležitým pravidlom u sedavého diabetika 2. typu je začať pomalšie a progresívne zvyšovať frekvenciu cvičenia (počet epizód pohybovej aktivity za týždeň, s možnou akumuláciou dennej dávky 2 × 15 minút, prípadne 3 × 10 minút), neskôr aj dĺžku tréningovej jednotky a intenzitu cvičenia. Z dlhodobého hľadiska práve intenzívnejšie a dlhšie cvičenie významne redukuje kardiovaskulárne riziko a zlepšuje metabolickú kompenzáciu. Keďže jedným z hlavných cieľov je zvýšenie kardiorespiračnej fyzickej zdatnosti, väčší dôraz sa postupne kladie na intenzívnu aeróbnu/vytrvalostnú pohybovú aktivitu (kontinuálne aj intervalové tréningy: High Intensity Interval Training – HIIT). Silový tréning sa odporúča v prípade absencie kontraindikácií (proliferatívna retinopatia, laserová chirurgia, nekontrolovaná arteriálna hypertenzia).

U sedavých jedincov je efektívny aj tréning s nižšími hmotnosťami, aj keď vzhľadom na výraznejšiu stimuláciu svalovej hypertrofie, energetického metabolizmu, citlivosti na inzulín a metabolizmu glukózy je efektívnejší silový tréning s vyššími hmotnosťami. Pri silovom tréningu je dôležité využívanie veľkých svalových skupín, správne držanie tela pri vykonávaní cvikov a progresívne zvyšovanie záťaže. Profitovať budete napríklad z 3 dní aeróbnej aktivity (napr. rýchla či severská chôdza) a 2 dni silových cvičení.

Čo môžem urobiť preto, aby sa pohyb stal bežnou/trvalou súčasťou môjho života?

Dlhodobá udržateľnosť je nevyhnutným predpokladom dlhodobých zdravotných benefitov. Tu zohráva veľmi dôležitú úlohu Vaša motivácia. Zvyšuje ju účasť na aktivitách, ktoré Vás bavia, variabilita cvičení, cvičenie v skupine, vhodný čas a lokalita, zaangažovanie rodi-

ny, priateľov, sociálna podpora, edukácia/informácie o význame a účinkoch fyzickej aktivity ako aj spätná väzba odzrkadľujúca účinky cvičenia.

Pri plánovaní aktivít môže tiež pomôcť, ak si sám **zadefinujete tri najväčšie prekážky**, ktoré Vám bránia žiť aktívnejšie (napríklad som príliš zaneprázdnený/á, unavený/á; cvičenie je nudné; bojím sa zranenia; nemám rád/rada šport a pod.), a pokúsite sa nájsť spôsob, ako ich prekonať. Pomáha tiež, ak si **písomne zadefinujete realistické ciele**, pre ktoré ste sa rozhodli zvýšiť svoju pohybovú aktivitu, formu pohybovej aktivity, ktorej sa chcete venovať, časový plán, kedy v rámci týždňa môžete zaradiť pohybovú aktivitu, blízke osoby, ktoré Vás podporia, a dátum, od ktorého zvýšite svoju aktivitu.

Aké sú riziká cvičenia/pohybovej aktivity? Ako im môžem predchádzať?

Najlepšou prevenciou rizika pri odporúčaní pohybovej aktivity je individualizovaný, Vám na mieru šitý plán, edukácia, zohľadnenie pridružených ochorení, úrovne fyzickej zdatnosti, dohľad skúseného fyzioterapeuta/trénera (najmä pri silovom tréningu, tréningu s vysokou intenzitou a pod.) a dostatočná hydratácia. U pacientov s cukrovkou súvisia riziká pohybovej aktivity najmä s nízkou fyzickou zdatnos-

ťou, obezitou, s pridruženými ochoreniami a s liekmi, ktoré užívate.

Nadmerná hmotnosť a zmeny ťažiska môžu viesť k zraneniam pohybového aparátu, vyšší energetický výdaj k poruchám termoregulácie a k dehydratácii. Prítomnosť ischemickej choroby srdca môže zvyšovať riziko náhlych komplikácií pri cvičení (hypertenzia, angina pectoris, infarkt myokardu). **Najvýznamnejším rizikovým faktorom je však práve chronický nedostatok fyzickej aktivity**, z toho vyplývajúca nízka úroveň fyzickej zdatnosti, a teda nepripravenosť organizmu na vyššiu záťaž. Veľmi dôležitá je už spomínaná **postupná adaptácia na intenzívnu pohybovú aktivitu**, s postupným zvyšovaním frekvencie, dĺžky trvania a intenzity pohybu, ktorá je nevyhnutná pri predchádzaní nežiaducim účinkom.

Najčastejšia komplikácia? Úrazy.

U sedavých pacientov s obezitou sa riziko úrazu pri nárazovej, neprimerane intenzívnej fyzickej aktivite zvyšuje až na 26 %. Jednoznačne platí, že čím je človek trénovanejší, tým je náhla príhoda vyvolaná fyzickou aktivitou menej pravdepodobná. **Adaptačná kapacita na cvičenie môže byť do určitej miery limitovaná dlhodobou farmakoterapiou**

statínami, betablokátormi či nesteroidnými antiflogistikami.

Mnoho pacientov, najmä starší, sedaví jedinci s chronickými komplikáciami a pacienti s obezitou môžu výrazne profitovať z cvičenia pod dohľadom skúsených inštruktorov/fyzioterapeutov. Okrem vytvorenia správnych pohybových návykov sa vytvára aj návyk na cvičenie a posilňuje sa Vaša motivácia. Dôležité je sledovanie efektivity tréningovej intervencie, monitorovanie bežnej dennej pohybovej aktivity a dostupných parametrov fyzickej zdatnosti a poskytovanie spätnej väzby o výsledkoch, ktorá môže byť výrazne motivujúca.

Tieto princípy uplatňujeme pri individualizovaných tréningoch v Centre pohybovej aktivity <http://www.biomedcentrum.sav.sk/centrum-pohybovej-aktivity/> a v Centre pre manažment obezity Biomedicínskeho centra SAV (klinikabmcav@gmail.com).

Literatúra

1. Mandsager K, Harb S, Cremer P et al. Association of Cardiopulmonary Fitness With Long-term Mortality Among Adults Undergoing Exercise Treadmill Testing. *JAMA Netw Open* 2018; 1(6): e183605. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3605>>.
2. Baddeley B, Sornalingam S, Cooper M. Sitting is the new smoking: where do we stand? *Br J Gen Pract* 2016; 66(646): 258. DOI: <<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp16X685009>>.
3. Viollet B. The Energy Sensor AMPK: Adaptations to Exercise, Nutritional and Hormonal Signals. In: Spiegelman B (ed). *Hormones, Metabolism and the Benefits of Exercise*. Springer: Cham 2017. ISBN 978-3-319-72789-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-72789-9_2>.
4. Cvečka J, Lipková J, Sedliak M et al. Pohybová aktivita seniorov. Univerzita Komenského v Bratislave: Bratislava 2019. ISBN 978-80-223-4689-4.
5. Liu L, He X, Feng L. Exercise on quality of life and cancer-related fatigue for lymphoma survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2019. doi:10.1007/s00520-019-04983-y.
6. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE et al. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016; 39(11). DOI: <<http://dx.doi.org/10.2337/dci16-1728>>.
7. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ et al. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010; 35(6): 725-740. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1139/H10-079>>.
8. Zhu W, Owen N. Sedentary Behavior and Health: Concepts, Assessments, and Interventions. *Human Kinetics*: 2017; 24-34. ISBN 9781450471282.
9. Ukropcová B, Ukropce J. Fyzická aktivita, obezita a zdravie. In: *Klinická obezitológia*. Krahulec B, Fábryová L, Holčecy P et al (eds). Facta Medica: Brno 2013: 102-124. ISBN 978-80-904371-7-1

Ďakujeme všetkým, ktorí sa o nás diabetikov starajú



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



MINISTERSTVO
PRÁCE, SOCIÁLNYCH
VECÍ A RODINY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



KOŠICKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ



PREŠOVSKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ



Boehringer
Ingelheim



SLOVENSKÁ
DIABETOLOGICKÁ
ASOCIÁCIA



SLOVENSKÁ
DIABETOLOGICKÁ
ASOCIÁCIA



novo nordisk®



wörwag
PHARMA



Medtronic
Alleviating Pain · Restoring Health · Extending Life



RENOMA
s. r. o. Michalovce

■ METABOLICKÁ TUKOVÁ CHOROBA PEČENE, CUKROVKA A OBEZITA

■ **MUDr. Marek RÁC, PhD.**

Interná klinika, Fakultná nemocnica, Nitra

Pečeň je odolný orgán, schopný výraznej regenerácie. Na prelomenie odolnosti zdravej pečene býva obyčajne potrebných viac úderov ako jednorazové poškodenie toxínom a nezriedka viac ako jeden druh choroby. Práve teraz čelia pečene mnohých Európanov celému radu hrozieb, vrátane nadmernej konzumácie nezdravého jedla a alkoholu, spojenej s dramatickým nárastom výskytu cukrovky, obezity a pečenej cirhózy.

Choroby pečene sa stali veľkou hrozbou pre zdravie v celej Európe a spektrum ochorení pečene sa mení v dôsledku prelomového objavu s možnosťou vyliečenia vírusovej hepatitídy C a kontroly chronickej vírusovej hepatitídy B. Čoraz väčší medicínsky a ekonomický problém predstavuje nárast počtu postihnutých cirhózou na podklade nezdravého životného štýlu. Najvýznamnejší rizikový faktor predstavuje nezdravá diéta, nedostatok fyzickej aktivity a konzumácia alkoholu.

Európa má najvyššiu úroveň spotreby alkoholu na svete, čo je spolu so spotrebou ultraspracovaných potravín (ultra-processed food) a vysokou prevalenciou obezity hlavnou hnacou silou chorobnosti a úmrtnosti súvisiacej s pečťou.

Choroby pečene predstavujú druhú najčastejšiu príčinu stratených rokov pracovného života Európanov, hneď po ischemickej chorobe srdca. Na rozdiel od srdcovo-cievnych ochorení zomierajú pacienti v dôsledku pečenej cirhózy v mladšom veku. Slovensko je v európskom kontexte exemplárnym príkladom. Choroby pečene postihujú mladých ľudí a jednotlivcov v strednom veku v ich najlepších pracovných rokoch, pričom vrchol úmrtnosti sa odohráva koncom 40. a začiatkom 50. rokov života.

Ochorenie pečene je často tiché, pečeň trpí bez príznakov a nepoznane počas dlhého obdo-

bia. Až pokračujúce pokročilé poškodenie pečene môže viesť k zjavným symptómom. Vtedy sa však už môže jednať o pokročilé a nezvratné závažné poškodenie - konečné štádium ochorenia pečene (cirhózu, rakovinu pečene, zlyhávanie pečene). Tichý je aj hlas tých, ktorí majú ochorenie pečene. Rozhodujúcim tichom je absencia politickej vôle na implementáciu politik na úrovni populácie na prekonanie sociálnych a environmentálnych faktorov a zdravotných nerovností, ktoré synergicky poháňajú niektoré z kľúčových príčin ochorení pečene: nezdravá konzumácia alkoholu, nedostupnosť kvalitného jedla a potravín a obezita.

Metabolická tuková choroba pečene (MAFLD) sa aktuálne stáva hlavnou príčinou úmrtnosti súvisiacej s pečťou v Európe. V skutočnosti je MAFLD celosvetovo najčastejším ochorením pečene, ktoré postihuje až štvrtinu celosvetovej dospeléj populácie. U postihnutých MAFLD predstavuje vývoj nealkoholovej steatohepatitídy (NASH), charakterizovanej prítomnosťou tuku v pečeni spolu so znakmi zápalu, prvý a rozhodujúci krok progresie smerom k pokročilým štádi-



ám fibrózy až cirhózy pečene.

MAFLD je často zanedbávanou, ale integrálnou súčasťou metabolických porúch u ľudí s obezitou a cukrovkou 2. typu. Prevalencia je veľmi vysoká u ľudí s obezitou, postihuje cca 75–90 % obéznych. Výskyt nebezpečnej progresívne sa správajúcej formy choroby (NASH) medzi ľuďmi s diabetom 2. typu bola takmer 40 %. Počas prvého záchytu choroby bude mať veľká časť postihnutých pokročilú fibrózu alebo cirhózu pečene (17–20 %). Nebezpečnou a obávanou komplikáciou s rastúcim trendom sa stáva rakovina pečene (hepatocelulárny karcinóm).

Rizikové faktory ochorenia pečene sa ovplyvňujú a vzájomne amplifikujú (zosilňujú), nejde teda iba o jednoduché spočítavanie rizík. Hoci

obezita a nezdravá konzumácia alkoholu predstavujú samostatný rizikový faktor rozvoja cirrhózy, kombinácia týchto rizikových faktorov vedie synergicky k masívnemu nárastu riziku poškodenia pečene. Obezita zdvojnásobuje hepatotoxicitu požívaného alkoholu. Preto niet divu, že konzumácia alkoholu v kombinácii s nadváhou a obezitou zvyšuje riziko vzniku hepatocelulárneho karcinómu.

Patofyziológia

Tukové tkanivo predstavuje orgán, ktorý neslúži len na uskladnenie tukov. Predstavuje komplexný a dynamický endokrinný aktívny orgán, ktorý reguluje energetickú homeostázu. Porušená funkcia tukového tkaniva je spätá s rozvojom obezity, cukrovky, tukovej choroby pečene, srdcovo-cievnych a nádorových ochorení.

Patologické následky sa prejavujú pri nesprávnej funkcii tukového tkaniva. Za situácie, keď tukové tkanivo nie je schopné uskladniť nadmerné množstvo tukov, dochádza k uskladneniu na tzv. ektopických miestach. V pečeni tento proces expanzívneho ukladania tuku môže spôsobiť zápal a fibrózu (zjazvenie tkaniva).

Ako už názov napovedá, hlavnou charakteristikou MAFLD je príliš veľa tuku uloženého v pečňových bunkách. U niektorých jedincov s MAFLD sa môže vyvinúť steatohepatitída (NASH), agresívna forma stukovatenia pečene, ktorá sa vyznačuje zápalom pečene a fibrózou (jazvovatením tkaniva). Fibróza sa vyskytuje ako odpoveď na poškodenie pečene, v prípade tukovej choroby pečene to je zápal pri NASH. Keď sa pečeň snaží brániť a postaviť bariéru na zastavenie šírenia zápalu, vytvára okrsy tkaniva ohraničeného fibrózou (zjazvovatením). S pokračujúcim zápalom sa fibróza šíri a zaberá stále viac a viac pečňového tkaniva až vznikne cirhóza. Ak nie je proces poškodenia včas prerušený, poškodenie môže byť nezvratné. Cirhóza sa môže prejavovať vznikom komplikácií. Medzi najčastejšie patria: hromadenie tekutiny v dutine brušnej (ascites), vznik a krvácanie z prasknutých varixov (rozšírených žíl v pažeráku a žalúdku), zmätenosť, ospalosť a nezrozumiteľná reč (hepatálna encefalopatia). Pozorujeme výrazný a alarmujúci vzostup počtu prípadov rakoviny pečene.

Diagnostika

MAFLD prebieha zvyčajne dlhé obdobie nepoznane. Prejavom môžu byť nešpecifické príznaky ako napríklad únava či bolesť alebo nepohodlie v pravom nadbrušku. Pokročilé poškodenie a prítomnosť cirhózy sa môže prejavovať opuchom brucha (vodnatieľka/ascites), zväčše-

ním a rozšírením ciev pod povrchom kože alebo napríklad ožltnutím kože a očí (žltáčka).

Podозrenie na ochorenie pečene má vzbudiť zvýšenie aktivity hepatálnych enzýmov (hepatálne testy). Dnes vieme efektívne použiť množstvo dostupných testov, ktoré vedú identifikovať jedincov so steatózou a pokročilým ochorením pečene. Zobrazovacie vyšetrenia pomáhajú ozrejmiť štruktúru poškodenej pečene. Masívne sa využíva ultrazvukové vyšetrenie, ale aj nadstavbové zobrazovacie metodiky ako počítačová tomografia či magnetická rezonancia. Zvláštne miesto v diagnostike steatózy a štádia fibrózy pečene zaujíma tranzitná elastografia (Fibroscan), ktorou dokážeme spoľahlivo a bez potreby biopsie posúdiť množstvo tuku uloženého v pečeni a posúdiť štádium poškodenia fibrózou.

Prevenca a liečba

Zmena životného štýlu by mala byť základom liečby nealkoholovej tukovej choroby pečene. Cieľom je na jednej strane zvýšiť výdaj energie, na strane druhej znížiť energetický príjem a súčasne zlepšiť kvalitu jedla. Efektívnejšie a ľahšie ako riešiť komplikáciu pečňovej cirhózy napríklad transplantáciou, je jej predchádzať. Väčšina ľudí, u ktorých sa vyvinie progresívna a nebezpečná forma ochorenia NASH, je zvyčajne vo veku 40 až 50 rokov a majú jeden alebo viac zdravotných problémov či rizikových diagnóz, jedná sa o prototyp metabolického pacienta. Neexistuje konsenzus o tom, prečo sa u niektorých pacientov vyvinie NASH a u iných nie. Zatiaľ čo faktory prostredia a rodinná genetická anamnéza sú potenciálnymi príčinami, ktoré by mohli spustiť chorobu, stále existuje veľa neznámych. Na čom sa veda zhoduje, sú rizikové faktory vedúce k poškodeniu pečene, ktoré sú združené v metabolickom syndróme: obezita, inzulínová rezistencia a diabetes 2. typu, vysoký cholesterol a vysoké triglyceridy. Najlepší liečebný prístup predstavujú diéta a pohybová športová aktivita. Prostriedky vedúce k dosiahnutiu či udržiavaniu zdravej hmotnosti. Niektoré výskumy naznačili, že zníženie telesnej hmotnosti o 5-10 % vedie k poklesu a normalizácii množstva tuku v pečeni, vymiznutiu zápalu pečene a zvráteniu procesu jazvovatenia (regresia fibrózy).

Aby ste znížili riziko MAFLD vyberte si zdravú výživu. Vyberte si zdravú prevažne rastlinnú stravu, minimálne upravovanú, ktorá je bohatá na ovocie, zeleninu, celozrnné výrobky a zdravé tuky. Udržujte si zdravú váhu. Ak máte nadváhu alebo obezitu, znížte počet kalórií, ktoré denne zjete, a viac cvičte. Ak máte zdravú váhu, snažte sa ju udržať výberom zdravej stravy a cvičením.

■ MÔŽE MAŤ KAŽDÝ KLIENT V INDIVIDUÁLNO M PLÁNE CIEĽ

■ **Mgr. Lucia Demková**
Edukačné centrum, Michalovce

Jedným z najčastejších zneužití v individuálnom plánovaní je vymýšľanie zbytočných cieľov. Ciele, o ktoré klient v skutočnosti nemá záujem, a ktoré sú zapísané do plánov len preto, aby cieľové pole nezostalo prázdne. Je však naozaj potrebné vymýšľať nové a nové ciele s každým klientom?

Obsahom individuálneho plánovania je **opis konkrétnych činností** a činností sociálnych služieb, na ktorých sa poskytovateľ sociálnych služieb dohodne s klientom. Plánovanie teda nie je len o cieľoch. Individuálny plán zahŕňa všetko, čo sociálna služba robí pre klienta, popisuje všetku podporu a starostlivosť, ktorá sa klientovi poskytuje.

Vývojové služby

Odporúčaný postup vysvetľuje, že niektoré sociálne služby sú viac zamerané na rozvoj alebo rozvoj klienta a dominujú **v nich rozvojové aktivity a ciele** (napr. sociálna rehabilitácia, odborné sociálne poradenstvo a pod.).

Vývojové služby sú zvyčajne zamerané na riešenie konkrétneho problému, ktorému klient čelí a sú **zvyčajne časovo obmedzené**. Po vyriešení problému sociálna služba končí.

Služby sociálnej starostlivosti, asistenčné služby

Služby, ktoré sú zamerané na zabezpečenie základných životných potrieb klienta a dominujú v nich **asistenčné činnosti** a rôzne formy dlhodobej **podpory a starostlivosti** (napr. domovy dôchodcov, opatrovateľské služby a pod.), fungujú trochu inak. Tieto služby klient zvyčajne využíva dlhšiu dobu, často mnoho rokov.

Pri týchto službách odporúčaný postup upozorňuje, že je dôležité, „aby sa zamestnanci /.../ zbytočne nesústredili na vyjednávanie a plnenie takých rozvojových cieľov /.../, ktoré klient reálne nepotrebuje a nie sú pre neho dôležité (napríklad nútenie seniorov naučiť sa variť).“

Samozrejme, sociálna starostlivosť a asistenčné služby ponúkajú klientom aj možnosť rozvoja. Nie každý klient však musí túto možnosť využiť.

Každá služba zaobchádza s cieľmi inak

V usmernení sa uvádza, že ciele budú vyzeráť inak v každom type sociálnej služby. Vo všeobecnosti sa rozvojové a intervenčné služby budú viac orientovať na **krátkodobé ciele** (niekedy označované ako čiastkové ciele alebo akčné ciele). Sociálne a asistenčné služby sa môžu viac zamerať na **dlhodobé ciele**.

Krátkodobé akčné ciele

Krátkodobé ciele sa zameriavajú na **dosiahnutie pokroku v jednej konkrétnej otázke**. Ich dosiahnutie zvyčajne trvá týždne alebo mesiace. Tu je niekoľko príkladov krátkodobých cieľov: „Naučím sa variť päť teplých jedál.“ „Dohodnem si splátkový kalendár pre prípad nedoplatkov za elektrinu.“ „Budem trénovať chôdzu, aby som chodil sám po záhrade.“ „Chcem spravovať obchod s potravinami v okolí.“

V službách orientovaných na rozvoj sú krátkodobé ciele užitočné pre mnohých klientov. Podmienkou však je, že klient sa chce niečo naučiť a niekam sa posunúť. Pri dlhodobých pobytových, denných alebo asistenčných službách klient môže, **ale nemusí** mať krátkodobý cieľ.

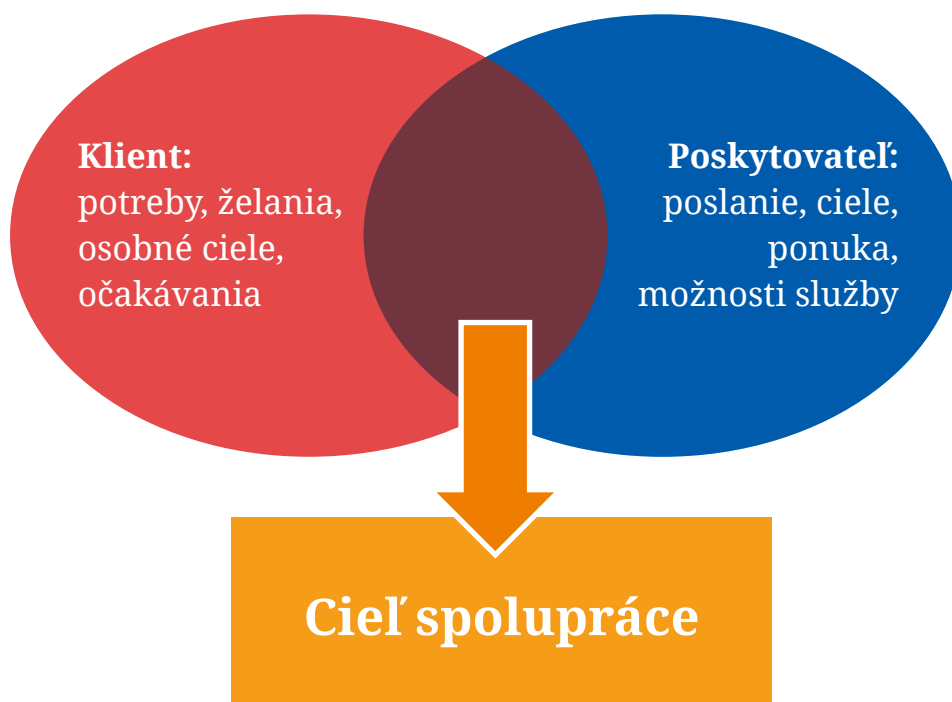
Snažiť sa vymyslieť napríklad nové ciele pre klientov každých šesť mesiacov v rezidenčných službách je zvyčajne zbytočné, klientov a zamestnancov to obťažuje a ako vyplýva z odporúčaného postupu, **nie je to potrebné**.

Dlhodobé ciele

Pri dlhodobých službách má väčší zmysel zamerať sa na dlhobehjšie ciele. Dlhodobým cieľom klienta domova dôchodcov môže byť napríklad: „Chcem byť čo najdlhšie sebestačný a robiť čo najviac vecí sám. Pravidelný kontakt s rodinou je pre mňa dôležitý. Chcel by som sa zapojiť do aktivít v domácnosti.“ Pre iného klienta môže byť dlhodobý cieľ iný: „Chcem sa cítiť bezpečne a mať v prípade potreby pomoc nablízku. Súkromie je pre mňa dôležité. Nevyhľadávam spoločné aktivity. Chcem stráviť svoju starobu v pokoji a sám. Nechcem byť do ničoho nútený.“

Napríklad klient domova pre ľudí so zdravotným postihnutím môže mať tento dlhodobý cieľ: „Chcem žiť vo vlastnej izbe, naučiť sa nakupovať, umývať a variť jednoduché jedlá sám, chcel by som si tiež nájsť prácu, za ktorú by som dostal peniaze.“ Klient chráneného bývania, ktorý už riadi starostlivosť o domácnosť a dokonca pracuje, môže mať veľmi jednoduchý cieľ: „Chcem žiť vo svojom vlastnom byte a chodiť do práce, chcem robiť veci, ako chcem, keď potrebujem, požiadam o pomoc sám.“

Dlhodobý cieľ v skratke sumarizuje, **prečo klient využíva sociálnu službu a čo od nej očakáva**. Je výsledkom dohody medzi klientom a poskytovateľom. Nie je to niečo, čo musí klient „splniť“. Dlhodobý cieľ alebo cieľ spolupráce vyjadruje skôr základné želania, potreby a očakávania, ktoré klient má, a ktoré je sociálna služba schopná naplniť. Ako hovorí odporúčaný postup, „je to priesečník želaní a potrieb klienta s možnosťami poskytovateľa.“



Mať jasno v tom, čo klient od sociálnej služby očakáva, je **nevyhnutnou podmienkou fungujúcej spolupráce**. Preto je užitočné pokúsiť sa formulovať dlhodobý cieľ. V opačnom prípade by sa ľahko mohlo stať, že klient niečo očakáva, ale sociálna služba mu dá niečo úplne iné. A bohužiaľ, v praxi sa to niekedy stáva.

V niektorých prípadoch je však dlhodobý cieľ taký jednoduchý, že otázkou je, či sa oplatí niekde ho napísať. Napríklad pre klienta, ktorého obedy doručuje opatrovateľ/ka, je cieľom spolupráce jednoducho poskytnúť klientovi teplé jedlo.

V rezidenčných službách je dlhodobý cieľ zložitejší. Ale napríklad pre klientov s ťažším mentálnym postihnutím alebo pokročilou demenciou je dosť ťažké formulovať zmysluplný dlhodobý cieľ. Môj názor je, že v týchto prípadoch premýšľanie o celi neprináša veľa dobrého. Je užitočnejšie zamerať sa viac na **mapovanie** potrieb klienta a na nastavenie potrebnej podpory a starostlivosti pri individuálnom plánovaní.

Dlhodobý cieľ sa zvyčajne v priebehu času príliš nemení. Ak sa želania a potreby klienta zásadne nezmenili, dlhodobý cieľ môže zostať v individuálnom pláne nezmenený **dlhšiu dobu**. Pre dlhodobý cieľ zvyčajne nie je potrebné samostatne popisovať kroky, ktoré vedú k jeho naplneniu. Všetko, čo robíte pre klienta, zvyčajne priamo alebo nepriamo prispieva k naplneniu jeho dlhodobého cieľa.

Musí mať každý klient cieľ?

Podľa odporúčaného postupu by cieľ spolupráce **nemal chýbať v žiadnom individuálnom pláne**. Vo vývojových alebo intervenčných službách budú prevládať krátkodobé ciele zamerané na riešenie konkrétneho problému, získanie zručnosti alebo posun vpred v určitej oblasti života klienta.

Pri dlhodobých službách **absolútne postačuje** formulovať dlhodobý **cieľ spolupráce**

s klientom, ktorý potom môže zostať v individuálnom pláne bez väčších zmien dlhšiu dobu. V tom vidím prínos odporúčaného postupu, z ktorého je zrejme, že pri dlhodobých pobytových, denných alebo asistenčných službách **rozhodne nie je potrebné s klientmi každých šesť mesiacov vymýšľať nové a nové ciele**, ktoré sú často čisto formálne.

Osobne by som dodal, že pre niektorých klientov s ťažkým mentálnym postihnutím alebo pokročilou demenciou považujem za málo užitočné pokúšať sa formulovať cieľ za každú cenu. Myslím si, že niekedy je lepšie nechať bránkové pole prázdne. V tomto prípade by malo byť z individuálneho plánu jasné, že personál má dobre zmapovanú túžbu a potreby **klienta** a že poskytovaná starostlivosť alebo podpora tieto potreby čo najviac zohľadňuje. Poznám zariadenia, ktoré postupujú podobným spôsobom a tento prístup dokážu obhájiť pri inšpekciách. Myslím si, že aj z tejto skúsenosti vyplýva, že zafažovať klientov a zamestnancov vymýšľaním formálnych cieľov naozaj nie je potrebné.

■ SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE OŠETROVANIE OTVORENÝCH RÁN (SSOOR)

■ **Beáta Grešš Halász, PhD., PhD., MPH**
predsedníčka spoločnosti

SSOOR (Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán) bola založená v roku 2008. Sme občianskou platformou na Slovensku, ktorá združuje odborníkov a pacientov/klientov a ich príbuzných v súvislosti s manažmentom chronických, ťažko sa hojajúcich, alebo nehojajúcich rán. Aktívne sa zapájame do činností spojených s certifikačnou prípravou a štandardizáciou komplexnej starostlivosti o takéhoto pacienta. Poskytujeme odborné poradenstvo pacientom/klientom a ich príbuzným. Informujeme verejnosť o fungovaní systému zdravotnej starostlivosti v oblasti manažmentu chronických/nehojajúcich sa rán. Podieľame sa na tvorbe slovenskej a európskej legislatívy súvisiacej s edukáciou, vzdelávaním a praxou. Reprezentujeme odborníkov a pacientov/klientov na národnej, európskej i medzinárodnej úrovni. Poslaním SSOOR je obhajovať a presadzovať záujmy pacientov/klientov s chronickými/nehojajúcimi sa ranami a ich príbuzných a tiež komunikovať s príslušnými inštitúciami v súvislosti s manažmentom ich problému. Komunikujeme tiež s príslušnými inštitúciami v súvislosti so vzdelávaním a praxou odborníkov. Cieľom je združovať pacientov/klientov a ich príbuzných s odborníkmi a špecialistami z oblasti zdravotnej starostlivosti a poskytovania služieb s dôrazom na holistický prístup a hlas pacienta/klienta s chronickou/nehojajúcou sa ranou.

História SSOOR v rokoch 2007-2018

SSOOR bola založená v roku 2007, zaregistrovaná na MV SR s konečnou platnosťou 12. februára 2008 pod č. VVS/1-900/90-31404. Stanovy SSOOR, ktoré boli v tom období schválené, neboli zmenené počas celého obdobia rokov 2007–2018.

Spoločnosť vznikla na základe myšlienky postavenej na ľudských hodnotách, a to v prvom rade na pomoci trpiacim. Zakladateľmi spoločnosti boli chirurg MUDr. Peter Sedlák, pacient Ing. Miroslav Havránek a diplomovaná sestra pôsobiaci v Rakúsku, detská sestra Jozefa Košková, so skúsenosťami ako sestra inštrumentárka na operačnej sále, zdravotník v teréne, a po revolúcii sestra v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Absolvovala requalifikačné kurzy: moderná organizačná pracovníčka, kurz manikúry a pedikúry. K zakladajúcemu členstvu sa v krátkom čase pridali Mgr. Marta Skachová, PhD. Viera Macháčková, Ing. Milan Jakubček. Významnou členkou sa stala aj Mgr. Serena Hermannová, anesteziologická sestra a sociálna pracovníčka. Po revolúcii absolvovala kurz kozmetiky, manikúry a pedikúry. Judita Steinerová, sestra, bývalá občianka a rodáčka SR, sa v roku 1963 s rodičmi presťahovala do Izraela. Po revolúcii sa vrátila na Slovensko a stala sa aktívnou členkou SSOOR. V nemalej miere sa zaslúžila o začínajúci rozbeh SSOOR. Profesorka PhD. Oľga Slivková, s bohatými skúsenosťami v pedagogickej a publikačnej činnosti, sa tiež stala významnou členkou spoločnosti.

Úloha SSOOR spočívala v spoločnom úsilí splniť hlavné ciele SSOOR, a to predovšetkým zaktivizovať odborníkov so záujmom o zlepšenie stavu v systéme starostlivosti o chronické/nehojajúce sa rany, kompetentné a dotknuté osoby presvedčiť o nutnosti venovať sa problematike „chronických“ rán, a zriadiť certifikačné štúdium manažmentu rán.

Deň 20. 11. 2009 sa stal pamätným dňom spoločnosti, kedy sa konal ustanovujúci SNEM a pre SSOOR sa stal odrazovým mos-



titkom k naplneniu navrhnutých uznesení. Prioritným programovým uznesením občianskeho združenia (OZ) bola myšlienka zaviesť do vzdelávacieho systému odbor v manažmente rán na niektorej zo zdravotníckych univerzít na Slovensku: realizovať výučbu moderného ošetrovania rán podľa vzoru EWMA (European Wound Management Association), svetovej organizácie hojenia rán World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), a vytvoriť vlastný systém vzdelávania prispôbený podmienkam slovenského systému zdravotníctva a vzdelávania. Vzdelávanie bolo pre spoločnosť na prioritnom mieste; získavať vedomosti, zručnosti a skúsenosti z teoretického, a najmä praktického hľadiska, a odovzdávať ich do blízkeho aj širokého okolia. Z ďalších priorit spoločnosti v tom období bolo organizovať kurzy, semináre, konferencie, kongresy, a vymieňať si touto cestou užitočné vedomosti a skúsenosti formou diskusií, začať osvetovú činnosť pre laickú a odbornú verejnosť, viesť občanov k uvedomeniu si všeobecnej potreby starostlivosti ošetrovania otvorených rán a vychovávať k potrebným návykom. Ďalšími z prioritných cieľov spoločnosti bolo:

- otvoriť Centrum pre ošetrovanie chronických otvorených rán,
- zriadiť ošetrovne s kompletným vybavením a výučbou starostlivosti o ošetrovanie chronických otvorených rán,
- zriadiť mobilné ošetrovne s kompletným vybavením predovšetkým pre imobilných chorých s infikovanými otvorenými ranami,
- v domácich podmienkach prispôsobiť prostredie tak, aby zodpovedalo základným

hygienickým požiadavkám a zásadám ošetrovania otvorenej rany,

- vyriešiť problém spôsobu skladovania a likvidácie odpadového obväzového materiálu tak, aby sa nestával zdrojom infekcií,
- splniť hlavný cieľ ošetrovateľskej starostlivosti otvorenej rany- uľahčiť život chorému, zbaviť ho utrpenia, vyliečiť ho tak, aby sa mohol znovu zaradiť do bežného života a v konečnom dôsledku tak prispieť k celkovému ozdraveniu populácie a životného prostredia.

Niekoľko rokov ešte pred založením SSOOR, približne v roku 2004, pani Jozefa Košková sa samostatne angažovala v činnostiach a oslovila kompetentných na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) a Vysokú školu zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave s návrhom zaviesť odbor manažmentu rán do vzdelávania. Tento odbor bol už v tom období vo svete známy ako „wound management“. Snahou pani Koškovej bolo prevziať už roky existujúci vzdelávací certifikovaný model akadémie ZWM-KAMMERLANDER-WFI Wundmanagement podľa vzoru Švajčiarska, Nemecka, Rakúska. Následne, približne v roku 2007, sa európska asociácia EWMA stala inšpiráciou pre Jozefu Koškovú k návrhu vzniku nového vzdelávacieho certifikačného štúdia „manažment rán“.

SSOOR je členom EWMA

EWMA je európska nezisková organizácia zastrešujúca a spájajúca národné organizácie zaoberajúce sa manažmentom rán, jednotlivcov a skupiny so záujmom o starostlivosť o rany. Hlavným cieľom EWMA je podpora implementácie interdisciplinárnej a nákladovo efektívnej starostlivosti o rany na najvyššej úrovni kvality. EWMA pracuje na dosiahnutí svojich cieľov tým, že je zdrojom vzdelávania, organizuje konferencie, prispieva k medzinárodným projektom v súvislosti s manažmentom rán, aktívne

podporuje implementáciu existujúcich poznatkov v rámci manažmentu rán, a poskytuje informácie o všetkých aspektoch manažmentu rán. EWMA bola založená v roku 1991. Združenie sa usiluje podporovať rozvoj vzdelávania a výskumu v oblasti natívnej epidemiológie, patológie, diagnostiky, prevencie a liečby poranení všetkých etiológií. Prostredníctvom spolupráce s 53 národnými asociáciami manažmentu rán v Európe, EWMA dnes spolupracuje s viac ako 25 000 zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí pracujú s pacientmi trpiacimi akútnymi a neliečiteľnými ranami. Organizuje projekty a vydáva dokumenty, vlastný časopis so špecifickým zameraním na aktivity členských organizácií zahrňujúci zdieľanie relevantných správ, vedeckých poznatkov a klinických skúseností medzi cieľovými skupinami EWMA.

Jozefa Košková chcela využiť možnosť začleniť sa do tohto európskeho združenia. Následne v tom istom roku (2007) bolo založené občianske združenie SSOOR - Slovenská spoločnosť pre ošetrovanie otvorených rán, a v roku 2008 po registrácii SSOOR na Ministerstve vnútra Slovenskej republiky (MV SR) požiadala predsedníčka o členstvo v EWMA v nádeji, že aj za pomoci EWMA dokáže priniesť v problematike manažmentu rán zmeny k lepšiemu.

Už v roku 2009 navštívili Slovensko reprezentanti vedenia EWMA, na čele ktorého bol vtedy podpredseda asociácie profesor Finn Gottrup. Táto návšteva bola medializovaná v denníku SME (link: <https://primar.sme.sk/c/4372838/spolocnost-pre-oseetrovanie-otvorených-ran-ma-podporu-aj-v-zahranici.html>). Na pôde MZ SR prijal zahraničných hostí generálny riaditeľ sekcie zdravia MZ SR MUDr. Adam Hochel. Záverom vtedajších rokovaní boli naplánované určité kroky, ktoré sa počas obdobia 2007-2018 ale ani po viacerých nasledujúcich rokoch naplnili.

Prvá konferencia SSOOR a EWMA na Slovensku

V tom období mala spoločnosť SSOOR v spolupráci so Slovenskou zdravotníckou univerzitou ambíciu požiadať o akreditovanie certifikačného štúdia. Žiaľ, táto ambícia sa nenaplnila. Dňa 10. 10. 2011 spoločnosť SSOOR v spolupráci s EWMA a s lekáorskými spoločnosťami zorganizovala v Bratislave v hoteli Danubius konferenciu pod názvom „Vred predkolenia a kompresia“, zameranú na liečbu dvojvrstvovej kompresie ulcus cruris. Konferenciu financovala EWMA. Konferencia mala úspešný priebeh s vysokou účasťou. Súčasťou konferencie bola politická debata za okrúhlym stolom, ktorú viedla MUDr. Iveta Vaverková, všeobecný lekár a prezidentka SSVPL SLS (Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekára), a MUDr. Peter Sedlák, chirurg, zakladateľ SSOOR. Prítomný bol prof. Finn Gottrup z Dánska, ktorý uviedol, že vo viacerých krajinách sú založené centrá manažmentu rán, a školenia prebiehajú formou kurzov manažovania rán získavaním certifikátu „manažér rán“. Zárukou správneho posúdenia, diagnostiky a terapie sú práve existujúce centrá liečby a ošetrovania rán, s čím súvisí úspešné hojenie rán. V centrách odborníkmi preliečený pacient sa následne doliečuje v domácom prostredí. Zdôraznil potrebu vyhýbať sa konfliktom v tíme lekár a sestra. Dobrú vzájomnú spoluprácu pokladal za jednu zo základných podmienok úspešnej liečby. Za dôležité pokladal mať k dispozícii štatistické ukazovatele. Pre vypracovanie národných smerníc liečby rán odporučil založiť pracovnú skupinu pozostávajúcu zo 6-8 odborníkov, ktorá časom môže stanoviť nosné piliere riešenia rôznych komplikovaných situácií, ktoré by mali vyústiť v jednotný postup. Zriadenie národných centier pre rany po vzore modelu Copenhagen Wound Centre by mohlo byť pokladané za koncept pre získanie finančných zdrojov z EÚ.

Výsledkom stretnutia bolo konštatovanie, že systém edukácie sestier a lekárov je vo všeobecnosti dobrý. Problém je v manažmente pacienta, nakoľko neexistuje/nefunguje jednotný algoritmus (národné pokyny), nie sú vyriešené kompetencie administratívne (kto, kedy a čo môže realizovať). Problémom je financovanie liečby a zdravotných výkonov zo strany zdravotných poisťovní. Problémom je aj spolupráca zo strany pacienta/klienta - neochota, neznalosť, finančná a časová náročnosť liečby. Závery konštatovaní boli definované, no odporúčania z tejto politickej besedy za okrúhlym stolom sa dodnes nenaplnili.

V roku 2012 sa zástupcovia SSOOR Jozefa Košková a Ing. Mgr. Ľubica Kočanová zúčastnili konferencie EWMA vo Viedni, s názvom „Wound healing- Different Perspectives, One Goal“. V tom období sa SSOOR zapojilo do celosvetovej akcie STOP DEKUBITOM aj na Slovensku a od tohto obdobia podporuje Deklaráciu Rio de Janeiro v prevencii preležanín, ktorá sa organizuje každý rok v novembri. Členom SSOOR sa v tomto čase stala PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD.- sestra, ktorá absolvovala vzdelanie a prax doma a v zahraničí. Od roku 2012 aktívne spolupracuje s EWMA a aktívne reprezentuje SSOOR a Slovensko na konferenciách EWMA s príspevkami.

Spoločnosť SSOOR má podporu aj v cirkevných kruhoch. Dostalo požehnanie, a to biskupské požehnanie od vtedajšieho (dnes už nebohého) predsedu KBS Mons. Františka Tondru dňa 20. 10. 2009, biskupské požehnanie od predsedu KBS Mons. Stanislava Zvolenského dňa 13. 11. 2012, a Generálny biskup ECAV na Slovensku Miloš Klátik vyslovil uznanie SSOOR s prosbou Pána Boha o požehnanie.

Spoločnosť SSOOR na svoju činnosť nemala žiadnu finančnú dotáciu ani sponzorstvo. Vo svojej práci nemohla veľmi aktívne pokračovať v ďalších programových predsavzatiach, ktoré si v stanovách vytýčila. Navyše,

politicky sa mnohé ciele nenaplnili. Tí, ktorí prisľúbili pomoc, nepomohli. Členovia sa usilovali pracovať v rámci vlastných časových a finančných možností. Vypracovali a navrhli niekoľko projektov, ktoré však nemali možnosť zrealizovať. Všade, kde sa objavili, stretli sa s obdivom, ale nie so záujmom podať pomocnú ruku. Je smutné, že táto angažovanosť spoločnosti SSOOR v konečnom dôsledku a napriek sľubom nebola v plnej miere podporená. MZ SR v roku 2012 podporilo založenie lekárskej spoločnosti SSPLR - Slovenskú spoločnosť pre liečbu rán a zriadilo Centrum pre liečbu rán, ako vtedy informoval štátny tajomník MZ SR MUDr. Mário Miklóši výkonný výbor SSOOR.

Spoločnosť pocítovala frustráciu a pozastavila svoju činnosť. Práca členov výboru v spoločnosti bola v posledných piatich rokoch minimálna, pozostávala s konzultácií, riešení a pripomienkovaní vyskytnutých aktuálnych problémov. Práca SSOOR bola nakoniec po roku 2012 uvedená do útlmu na relatívne dlhé obdobie. Vzhľadom k situácii, zdravotnému stavu členov výboru a pocitu stagnácie, predsedníčka Jozefa Košková dňa 24. 10. 2018 zvolala Snem s úmyslom voľby výkonného výboru a „predania žezla mladej generácii“.

Ciele, činnosť a perspektívy SSOOR

Na základe priameho hlasovania na Sneme v októbri 2018 bol zvolený výkonný výbor, ktorý sa zaviazal pokračovať v aktivitách a víziách predchádzajúceho výkonného výboru na čele s pani Jozefou Koškovou a ostatných členov. Cieľom záujmu spoločnosti SSOOR je naďalej združovať zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov, ako aj občanov SR trpiacich na otvorené, ťažko hojace sa rany, zefektívniť poskytovanú zdravotnú starostlivosť a služby občanom, angažovať sa v certifikačnej a vzdelávacej činnosti, pripomienkovaní legislatívy spojenej so štandardnými postupmi v zdravotníctve,

skvalitniť ošetrovateľskú starostlivosť ako aj život pacientov/klientov a ich rodín, a to všetko v kontexte holizmu a opodstatneniu hlasu pacienta/klienta ako partnera. Spoločnosť SSOOR umožňuje dobrovoľnou aktivitou svojich členov odborne, materiálne a finančne zabezpečiť dostupnú, bezpečnú a kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť o chronické/nehojace sa rany, napomáhať realizácii navrhnutých a rozpracovaných projektov, podporovať vzdelávanie v certifikačnom štúdiu v ošetrovateľskej a v medicínskej starostlivosti o chronické/nehojace sa rany, podporovať vzdelávanie svojich členov, podporovať spoločenské a odborné podujatia s cieľom posilniť postavenie svojich členov v spoločnosti.

Z uznesenia Snemu vyplynulo:

- Spolupracovať so sestrami/leškármi/odborníkmi v teréne, ktorí sa venujú manažmentu rán, ale i inými sestrami/leškármi/odborníkmi s príbuzných odborov.
- Presadiť implementáciu sestry s pokročilou praxou v oblasti manažmentu rán a zvýšenie kompetencií v spolupráci s MZ SR (v súčasnosti sestra nemôže autonómne vykonať rozhodnutia bez schválenia lekára- zväziť, aby sestry boli schopné pracovať samostatne, presadiť systém aplikovaný vo vyspelých krajinách, kde lekárodborník v oblasti chronických/nehojacich sa rán spolupracuje so sestrou- manažérkou chronických/nehojacich sa rán na základe jasne stanovených kompetencií).
- Podporiť licencovanie sestier v rámci samostatnej praxe (Zákon č. 578/2004), podporovať ADOS službu, domácu ošetrovateľskú starostlivosť a jej financovanie z verejných zdrojov.
- Uskutočniť zber dát v súvislosti s manažmentom rán na celonárodnej úrovni (záujem o štúdium, úroveň vedomostí a skúseností sestier/lekárov v oblasti manažmentu rán, prevalencia,

incidencia, prevencia, liečba, postupy liečby a prevencie a pod.).

- Zistiť záujem o vznik ambulancii/centier v rámci ošetrovania chronických/nehojajících sa rán (model Copenhagen Wound Centre - dánske centrum pre liečenie rán).
- Vytvoriť a zaktivizovať Výskumné centrum pre ošetrovateľstvo zamerané na manažment chronických/nehojajících sa rán.
- Spolupracovať s AOPP, EWMA, ICC, EPUAP a inými združeniami a organizáciami.
- Edukácia pacientov/klientov, rodinných príslušníkov v spolupráci s firmami, prednášková činnosť.
- Konferencie v oblasti manažmentu rán (účasť ako i organizácia).
- Podporovať návrh na certifikačné štúdium, návrh na špecializačné štúdium zamerané na manažment chronických rán ako pre sestry, tak pre lekárov v spolupráci so zainteresovanými.
- Návrh na štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre manažment chronických/nehojajících sa rán – návrh na MZ SR, spolupráca s MZ SR.

Členstvo v SSOOR

V stanovách spoločnosti SSOOR je uvedené, že členom spoločnosti môžu byť fyzické osoby- zdravotníci a iní odborní pracovníci, a občania SR i mimo SR, ktorí sa písomne prihlásia na základe prihlášky za člena. Členovia môžu byť zdravotníci a iní odborní pracovníci, chorí s chronickými/nehojajících sa ranami, alebo pacienti/klienti v rekonvalescencii po liečbe rán, ich príbuzní, opatrovatelia, ale aj občania, ktorí podporujú činnosť spoločnosti morálne, propagačne, finančne a majetkovými darmi. Členovia sa môžu zúčastňovať na snemoch spoločnosti, predkladať návrhy, kritizovať činnosť správnych orgánov, majú právo voliť a byť volení do správnych orgánov spoločnosti, podieľať

sa na činnosti spoločnosti podľa svojej odbornosti a záujmov.

Členmi spoločnosti sú najmä sestry, lekári, iní zdravotnícki pracovníci, pacienti/klienti a ich príbuzní, vysokoškolskí pedagógovia a vedecko-výskumní pracovníci, zástupcovia farmaceutických spoločností, ktorých spoločným záujmom je liečenie rán. Členom spoločnosti sa môže stať každý, kto chce podporiť naše ciele a ideu redukcie chronických rán na Slovensku a zapojiť sa do činnosti.

Výhody členstva a benefity

SSOOR plne podporuje a aktívne participuje na plánovaní postgraduálneho certifikovaného vzdelávania na Slovensku. Člen má možnosť pripomienkovať a aktívne sa podieľať na príprave materiálov v súvislosti s postgraduálnym vzdelávaním.

SSOOR plne podporuje a aktívne participuje pri príprave legislatívy, štandardov a klinických odporúčaní v kontexte manažmentu rán v súvislosti s kompetenciami odborníkov, podporou nelicencovaných i licencovaných odborníkov pôsobiacich v inštitucionalizovanej a komunitnej oblasti, so vzdelávaním v oblasti manažmentu rán. Člen má možnosť pripomienkovať a aktívne sa podieľať na príprave legislatívnych materiálov, štandardov a klinických odporúčaní.

SSOOR je v súčasnosti aktívnym členom EWMA, ktorá zastrešuje spoluprácu združení, spoločností, organizácií a firiem zameriavajúcich svoju činnosť na manažment rán v kontexte multiodborovej spolupráce nielen v Európe, ale aj na medzinárodnej úrovni. Taktiež je aktívnym členom AOPP (Asociácie ochrany práv pacientov), ktorá združuje pacientске organizácie na Slovensku. Benefitom je možnosť aktívneho angažovania sa, participácie, získavania kontaktov, najnovších informácií, a vzdelávania sa v oblasti manažmentu rán. Výhodou je bezplatná účasť na vybraných aktivitách a konferenciách s prídelením kreditov za aktívnu a pasívnu účasť.

SSOOR aktívne podporuje multiodborovú kooperáciu, pričom pacient a jeho rodina sú centrom pozornosti. Hlas pacienta je pre nás najpodstatnejší. Členstvo pacientov s chronickými/nehojajících sa ranami a ich rodín/opatrovateľov je preto žiadúce. Výhodou je možnosť zapojiť sa do aktivít SSOOR, získať kontakty na odborníkov a spolupracovať s odborníkmi v oblasti manažmentu rán.

Poslanie SSOOR

Poslaním spoločnosti SSOOR je:

- predkladanie, pripomienkovanie a presadzovanie legislatívnych návrhov,
- vydávanie a rozširovanie informačných a edukačných materiálov,
- organizovanie vzdelávacích a informačných podujatí pre členov a sympatizantov, občanov,
- podporovanie činnosti našich členov metodicky, organizačne aj poradensky, podporovanie ich projektov a propagácia ich podujatí,
- spolupráca s Ministerstvom zdravotníctva, s Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu, orgánmi štátnej správy a samosprávy, stavovskými a odborárskymi organizáciami, zdravotnými poisťovňami, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, vzdelávacími inštitúciami, výrobcami a zástupcami farmaceutického priemyslu, inými občianskymi združeniami a neziskovými organizáciami,
- spolupráca s európskymi a medzinárodnými organizáciami obdobného zamerania a poslania.

Na záver uvádzame významnú myšlienku pani Jozefy Koškovej, čestnej predsedníčky spoločnosti, ktorou sa súčasné vedenie SSOOR riadi a zaväzuje: „Snahou SSOOR je, aby aj Slovensko napredovalo so svetovým trendom, aby sa naše predsavzatie - obdobie rokov 2011 - 2050, historický medzník v hojení rán, naplnilo - veríme, že aj skôr.“ (Košková, 2012).

“ - Komu sa žije na svete najlepšie? - (dokončenie v tajničke...)

©2023 krížovky.digital	plemeno psov	TAJNIČKA 1. ČASŤ	stály, po nemecky	jedenkrát	©2023 krížovky.digital	olovo (zn.)	orba	TAJNIČKA 2. ČASŤ	maďarské ženské meno	spôsobia zranenie
Československá socialistická republika (skr.)					španielsky šachista					
islamská renta					vráta azyl, útočisko					
vlezením sa dostanú						zvislá jaskyňa kypri zem				
aetas (skr.)				meno Konštantína filipínske sídlo						
vlastnou rukou (skr.)			argentínsky bábnik slabý, po portugalsky							
hlavné tepny					filmový mimozemšťan ruské sídlo			padal	tyrani	
©2023 krížovky.digital	sídlo na Novom Zélande kaprovitá ryba						Ku Klux Klan (skr.) chorvátska rieka			
pec, po anglicky					vzdelávacie zariadenie meno Karola					
opytovacie zámeno				colný doklad acetylénová bavlna						
riadiaci orgán (skr.)			betónová tvarovka taxa, po poľsky							
autor, po rusky					čínska národnostná skupina ráno, po fínsky					
siatby, osevy							meno Oľgy šplhaj sa			
©2023 krížovky.digital	sobota (skr.)	robil rímskych 49						nízke napätie (skr.)	dvojhláska	L foneticky
TAJNIČKA 3. ČASŤ										
Ohio Latino Arts Association					pochopil					