

DIA

časopis
o sociálnej
a zdravotnej
pomoci
pre diabetikov

nádej

Číslo 1/2025 | Ročník IX. | Nepredajné

Spoločne, bez obáv...



PRÍDTE SI ODMEŤ
HLADINU CUKRU
V KRVÍ
A KRVNÝ TLAK

20. 9. 2025
OD 8.00 HOD.
MSKS MICHALOVCE

Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska
Slovenská diabetologická spoločnosť
Slovenská diabetologická asociácia
Slovenská komora zdravotníckych záchranárov

**O CUKROVKE
JE LEPŠIE
VEDIEŤ, AKO SA
JEJ ZĽAKNÚŤ!**

Stredná zdravotnícka škola Michalovce
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Michalovce
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek



XXI. MICHALOVSKÝ DIA DEŇ

pod záštitou Miroslava Dufinca, primátora Mesta Michalovce

Pripravujeme pre Vás hodnotné prednášky, prezentácie farmafiriem, diaponožíek a pod.
Vstup, pitný režim a občerstvenie zdarma.

ÚVODNÍK

Leto s cukrovkou – Radosti, výzvy a zvládanie obáv.

Leto je obdobím slnka, oddychu a stretnutí s blízkymi. Príroda láka na prechádzky, pohyb na čerstvom vzduchu a chvíle radosti. No pre diabetikov je toto obdobie aj skúškou odolnosti. Vyššie teploty môžu ovplyvniť hladinu cukru v krvi, aktivity vonku si vyžadujú plánovanie a výkyvy cien potravín či služieb prinášajú dodatočné starosti.

V posledných mesiacoch mnohí cítia neistotu – zdražovanie základných potravín, vyššie náklady na bývanie či zdravotnú starostlivosť nútia hľadať nové spôsoby, ako zvládnuť chorobu bez nadmerného finančného stresu. Strach, či to dokážeme, či zvládneme nielen cukrovku, ale aj ďalšie pridružené ochorenia, je prirodzený. No diabetici sú zvyknutí bojovať – sú odhodlaní, disciplinovaní a hľadajú riešenia aj v neľahkých situáciách.

Ako teda zvládnuť leto v rovnováhe?

Plánovanie je kľúčové – vhodný jedálniček, dostatočná hydratácia, pravidelný pohyb v prírode v čase, keď horúčavy neohrozujú zdravie.

Podpora komunity pomáha – zdieľanie skúseností, tipov na dostupné a zdravé stravovanie, či vzájomné povzbudenie pri zvládaní obáv. Pohyb a príroda prinášajú úľavu – aj krátke prechádzky dokážu zlepšiť fyzickú kondíciu aj duševnú pohodu.

Leto je tu. Skúsme ho prežiť čo najlepšie, v pokoji, s radosťou a vedomím, že napriek výzvam máme silu nájsť rovnováhu. Spoločne to zvládneme.

Mgr. Ing. Jozef Borovka
predseda ZDaES



OBSAH

Diabetici zo Zemplína
vo Vysokých Tatrách 4

Sebaúcta u pacienta
s diabetes mellitus 5

Aktivity
Zväzu diabetikov
a edukátorov Slovenska
v roku 2025 7

Teleošetrovateľstvo
na rozhraní diabetológie
a adiktológie 8

Tréning svalov
panvového dna
pri inkontinencii moču 11

Compliance u pacienta
s diabetes mellitus 14

Anonymní alkoholicy
aj medzi diabetikmi 18



Číslo 1/2025, ročník IX.

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, PhD.,
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: 11. jún 2025

Časopis vychádza s podporou MPSVaR SR.

DIABETICI ZO ZEMPLÍNA VO VYSOKÝCH TATRÁCH

■ Mgr., Ing. Jozef Borovka

Predseda Zväzu diabetikov a edukátorov Slovenska

Diabetik bojuje so svojim ochorením celý život. Niektorí svoje ochorenie zvládajú bez problémov iní s ním stále bojujú. Mnohí cítia aj prekážky v bežnom živote a to v zamestnaní, vo svojom okolí kde žijú, z nedostatku lekárov, ekonomickými problémami a pod. Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska im chce aspoň trochu pomôcť a preto organizuje pre nich rekondično – integračné a rehabilitačné pobyty.



Diabetici s ŤZP z našej organizácie privítali možnosť socializácie formou rekondično – integračného a rehabilitačného pobytu v Nízkych Tatrách v Relax Hoteli FIM. Takýto pobyt pripravujeme každý rok na základe verejného obstarávania. Termínom bol koniec apríla

ním odborníčka – diabetologička z Národného a diabetologického ústavu Ľubochňa MUDr. Silvia Dokušová, PhD. Zaujímavé boli interaktívne prednášky o stravovaní, kde sa do zostavovania jedálňička zapájali všetci účastníci. 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. Nechýbali prechádzky do prírody na Chopok, jaskyne, Liptovského Mikuláša a do blízkeho okolia. Bol



to pobyt, v ktorom sa mnohí poučili, ale si aj oddýchli a zabavili sa.

Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska ešte v roku 2025 pripravuje výmenný rekondičný pobyt v Chorvátsku, rekondičný pobyt v Nízkych Tatrách a **Michalovský DIA deň** (20. septembra v Mestskom kultúrnom stredisku od 8.00 hod.). Pripravujeme pre účastníkov hodnotné prednášky a poradne.

a začiatok mája. Tento termín nám priniesol veľmi krásne a teplé počasie. Hlavným zameraním však ostala edukácia zameraná na 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 poradením a usmerne-



SEBAÚCTA U PACIENTA S DIABETES MELLITUS

■ **Lubomíra Tkáčová, Anna Hudáková, Ľudmila Majerníková, Andrea Obročníková**

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Život s diabetes mellitus nie je len o liekoch, diétach a meraní hladiny cukru. Je to aj o tom, ako sa pacient cíti – o jeho sebaaprijatí, sebadôvere a vnútornej sile zvládať každodenné výzvy. V pozadí všetkých odporúčaní lekárov a nutričných poradcov stojí jedna tichá, ale kľúčová premenná: sebaúcta. Tá rozhoduje o tom, či pacient prijme svoju diagnózu ako bremeno, alebo ako výzvu.

Pojem sebaúcta (self-esteem) je často považovaný za synonymum slova sebahodnotenie, sebaocenenie, ale v slovenskej literatúre sa môžeme stretnúť s pojmami aj ako vlastné ocenenie, hrdosť, sebaláska. Gerring a Zimbardo (2002) považujú sebaúctu človeka za celkovú hodnotu jeho self, pričom tento postoj k sebe môže ovplyvňovať nálady, myšlienky, správanie a má veľký význam pre osobné a sociálne vzťahy jednotlivca. Sebaúcta je najdôležitejší postoj, aký jednotlivec môže zaujať voči sebe, ktorý zahŕňa pozitívne a negatívne hodnotenie (Ruisel, 2008). Sebaúcta je pocit vlastnej hodnoty a uvedomenia si toho, že vlastné „JA“ je hodné úcty, pričom sa sebaúcta stáva predpokladom kvality života a psychického zdravia človeka.

„Sebaúcta je presvedčenie, že moje vlastnosti a prejavy sú dobré a žiaduce. Ide o kompozitum emočných postojov voči vlastnej osobe, ktoré sa vyskytujú jednak u zdravej a jednak u narušenej osobnosti. Sebaúcta je významným zdrojom motivácie, pocitu pohody a mentálneho zdravia človeka“

(Cakirpaloglu, 2012, s.169).

Z tohto vyplýva, že u každého jedinca je dôležité sebahodnotenie, ktoré je dôležitým faktorom pre prežívanie pocitov v živote človeka. V prípade ak je sebaúcta príliš vysoká alebo príliš nízka, môže spôsobovať negatívne spoločenské, ale aj osobné problémy. Následkom vysokej sebaúcty môže byť nízka kritickosť človeka, ktorá sa prejaví v pocite nadradenosti nad ostatnými, avšak nízka sebaúcta zvyčajne negatívne ovplyvňuje osobnosť jednotlivca, čo má za následok, že si jednotlivec neváža sám seba, má komplikácie v oblasti sociálnych vzťahov a je prehnane kritický voči vlastnej osobe (Tkáčová, 2022). Obraz seba samého a ďalšie podobné konštrukty, ako napr. hodnotenie seba samého, sebaúcta, sebavedomie, spadajú do širšieho celku vyjadreného pojmom sebakoncepcia. Ide o schopnosť človeka objektivizácie, to znamená, že vie urobiť zo seba samého objekt vnímania a posudzovania. Človek si v priebehu celého života

o sebe utvára nejaký obraz, istú predstavu. Posudzuje a hodnotí seba samého, a tak si vytvára určitú sebakoncepciu a sebahodnotenie, teda vlastnosti, ktoré si pripisuje a o ktorých sa domnieva, že sú mu pripisované druhými ľuďmi. Sebakoncepciu možno definovať aj ako obraz alebo názor o sebe a zahŕňa aj dimenziu sebapoznania či sebaopozorovania (Ondriová, 2016).

Sebakoncepcia sa mení vplyvom pozitívnych a negatívnych skúseností. Zdravá sebakoncepcia je charakterizovaná napr. prijímaním samého seba, schopnosťou milovať seba a ostatných, chuťou do života, úprimnosťou, citlivosťou, empatiou. Narušená sebakoncepcia ovplyvňuje napr. rozhodnutia v živote človeka, sebaopodceňovanie, sociálnu izoláciu, ale taktiež sa môže podieľať na závislosti človeka od drog, gamblerstva, na psychických problémoch, čo môže viesť k sebaopoškodzujúcemu správaniu. Každý človek má v sebe vybudovanú potrebu sebaúcty, avšak ak sa jednotlivec stretne so skutočnosťami, ktoré sú v rozpore s jeho sebakoncepciou a sebaúctou, v rámci obranyschopnosti sa jednotlivec začne brániť. Najčastejšie sa u jednotlivcov prejavuje racionalizácia, ktorú jednotlivec využíva na vysvetlenie jeho konania. V prípade narušenej sebakoncepcie sa u človeka môže prejavovať selektívnosť, ktorá sa podieľa na vymedzení okruhu známych, jednotlivec rýchlejšie zabúda na veci, ktoré sú pre neho nepodstatné a nevýznamné. Rogers (1959) tvrdí, že každý jedinec má svoje vlastné ideálne self, ktoré reprezentuje ciele, pretože každý chce získať tento ideál seba samého, aby mohol naplno rozvíjať svoj potenciál. V rámci sebakoncepcie existujú faktory, ktoré pôsobia pozitívne a negatívne na jej formovanie. K týmto faktorom zaraďujeme fyzické faktory, zdravotný stav, sebaopateru, fyzický vzhľad a sociálne faktory. Ak chce jedinec získať ideál seba samého, je potrebné, aby mal zdravú sebaúctu (Tkáčová, 2022).

Sebaúcta je vnútorné hodnotenie vlastnej hodnoty a schopností. U človeka s chronickým ochorením môže byť sebaúcta narušená nielen samotnou diagnózou, ale aj reakciami okolia, frustráciou z obmedzení či neúspechov v liečbe.

U diabetika sa často objavujú:

- pocity zlyhania (keď sa cukor „vymkne kontrole“),
- hanba (keď si musí aplikovať inzulín na verejnosti),

- pocit odlišnosti (najmä u detí a dospievajúcich),
- strach z budúcnosti (komplikácie, strata nezávislosti).

Tieto pocity môžu viesť k nízkej sebaúcte, čo následne znižuje motiváciu dodržiavať liečbu a zhoršuje celkový zdravotný stav (Brown et al., 2016).

Pre zlepšenie sebaúcty pacientov s diabetom sa odporúča:

- Psychologická podpora – individuálna alebo skupinová terapia.
- Vzdelávanie – diabetologická edukácia zvyšuje sebadôveru v zvládaní ochorenia.
- Podpora okolia – rodina, priatelia a komunitné skupiny môžu posilniť pocit prijatia.
- Stanovenie realistických cieľov – úspech pri ich dosahovaní zvyšuje sebavedomie.

Štúdie ukazujú, že pacienti, ktorí majú vyššiu sebaúctu, lepšie zvládajú liečbu a majú menej komplikácií (Gonzalez et al., 2008).

Posilňovanie sebaúcty u diabetika je dôležitou súčasťou celkovej starostlivosti, pretože výrazne ovplyvňuje nielen psychickú pohodu pacienta, ale aj jeho schopnosť aktívne a zodpovedne pristupovať k liečbe. Mnohí pacienti po diagnostikovaní diabetu čelia pocitom neistoty, zlyhania alebo obmedzenia, čo môže viesť k zníženiu sebadôvery a motivácie. Preto je nevyhnutné pracovať s ich vnútorným nastavením a podporovať ich sebahodnotu na viacerých úrovniach. Jedným zo základných krokov je poskytnutie kvalitnej edukácie o ochorení. Ak pacient rozumie svojej diagnóze, vie, čo sa deje v jeho tele a prečo sú určité opatrenia potrebné, získa väčší pocit kontroly nad vlastným zdravím. Tento pocit kompetentnosti priamo podporuje rozvoj sebaúcty, pretože pacient sa prestáva cítiť ako bezmocná obeť choroby a začne ju aktívne zvládať. Ďalším dôležitým faktorom je psychologická podpora, ktorá môže zahŕňať individuálnu terapiu, skupinové poradenstvo alebo zapojenie sa do podporných skupín. Rozhovory s odborníkom pomáhajú pacientom spracovať emócie ako strach, úzkosť alebo frustráciu, ktoré sú s diagnózou často spojené. Podporné skupiny zároveň vytvárajú priestor pre zdieľanie skúseností, čo pacientovi ukazuje, že v tom nie je sám a že aj iní zvládajú podobné výzvy. Významnú úlohu zohráva aj rodina a blízke okolie, ktoré by mali byť pre pacienta oporou, nie zdrojom tlaku. Podpora a povzbudenie zo strany blízkych dokáže výrazne prispieť k lepšiemu vnímaniu vlastnej hodnoty. Pozitívna spätná väzba, oceňo-

vanie pokrokov a rešpektovanie emócií pacienta sú kľúčové prvky, ktoré budujú zdravé sebavedomie. V neposlednom rade je dôležité podporovať pacienta v malých, ale konkrétnych krokoch, ktoré dokáže dosiahnuť. Zvládnutie denného režimu, pravidelné meranie glykémie, zdravé stravovanie alebo fyzická aktivita – každý úspešne zvládnutý krok posilňuje pocit, že pacient má svoju situáciu pod kontrolou, čo priaznivo ovplyvňuje jeho sebaúctu.

Celkovo možno povedať, že posilňovanie sebaúcty u diabetika vyžaduje celostný prístup, v ktorom sa spája edukácia, psychická podpora, sociálne väzby a vytváranie podmienok na zažívanie úspechu. Len vďaka tomu je možné nielen zlepšiť psychické zdravie pacienta, ale aj podporiť jeho aktívnu účasť na liečbe a zlepšiť kvalitu života (ADA, 2022).

Výskum o sebaúcte u pacientov s diabetom ukazuje, že tento faktor zohráva kľúčovú úlohu v psychickom a fyzickom zvládaní choroby. Rôzne štúdie potvrdzujú, že nízka sebaúcta môže zhoršiť nielen psychický stav pacientov, ale aj ich schopnosť riadiť svoju chorobu, čo vedie k horšiemu manažmentu diabetu a zvýšenému riziku komplikácií. Na druhej strane, vyššia sebaúcta je spojená s lepšou motiváciou, aktívnym prístupom k liečbe a vyššou adharenciou k liečebným odporúčaniam. Ako naznačuje výskum Wernera a Schmitza (2018), pacienti s vyššou sebaúctou majú lepšiu schopnosť vyrovnávať sa s výzvami, ktoré diabetes prináša, a efektívnejšie zvládajú každodenný manažment choroby. Naopak, nízka sebaúcta často vedie k negatívnemu vnímaniu vlastnej hodnoty a schopností, čo môže spôsobiť emočný stres, depresiu alebo úzkosť, ktoré následne znižujú motiváciu na správne liečenie. Zistenia z Gonzalez et al. (2008) ukazujú, že depresia, ktorá je často spojená s nízkou sebaúctou, zhoršuje adharenciu k liečbe a môže viesť k zanedbávaniu zdravia, ako je nedodržiavanie diét alebo nepravidelné meranie hladiny glukózy. Depresívne symptómy môžu pacienta zbaviť viery vo vlastnú schopnosť riadiť diabetes, čo vedie k horším zdravotným výsledkom. Výskum jasne ukazuje, že psychosociálna podpora zo strany rodiny, terapeutov alebo podporných skupín môže výrazne zlepšiť sebaúctu diabetika. Podľa Müllera a Thompsona (2017) sa pacienti, ktorí majú prístup k psychologickému alebo sociálnemu podpore, cítia menej izolovaní a majú vyššiu schopnosť zvládať stres spojený s ochorením. Podporné skupiny, či už online alebo osobné, pomáhajú pacientom s diabetom vyrovnávať sa s emocionálnymi ťažkosťami, zlepšiť



ich sebadôveru a vytvoriť pocit spolupatričnosti, čo vedie k lepšiemu riadeniu choroby. Sociálna podpora má vplyv aj na zníženie psychického stresu, ktorý môže byť spúšťačom emocionálneho vyčerpania a depresie. Podľa štúdie Wernera a Schmitza (2018), silná sociálna podpora zlepšuje celkovú psychickú pohodu a zvyšuje adhérenciu k liečbe, čo následne vedie k lepšiemu manažmentu diabetu. Sebaúcta je tiež úzko spojená so sebaaprijatím, ktoré je nevyhnutné pre pacientov s chronickým ochorením, ako je diabetes. Sebaaprijatie im umožňuje vyrovnať sa s ich diagnózou a neprijímať ju ako stigma alebo prekatie. Brown et al. (2016) vo svojej systematickej revízii uvádzajú, že pacienti, ktorí dokážu prijať svoju diagnózu a zvýšiť svoju sebadôveru, sa aktívnejšie podieľajú na liečbe, čo vedie k lepšiemu psychickému zdraviu a nižšiemu výskytu komplikácií. Sebaaprijatie je obzvlášť dôležité u detí a dospelých, ktorí môžu čeliť väčšiemu tlaku zo strany rovesníkov a spoločnosti. Deti s diabetom, ktoré mali vyššiu sebaúctu, sa lepšie vyrovnávali s náročnými situáciami a vykazovali lepšiu kontrolu nad hladinou glukózy v krvi.

Sebaúcta je kľúčovým faktorom v riadení diabetu a zlepšení kvality života pacientov. Nízka sebaúcta môže viesť k zníženej motivácii, depresii a zhoršeniu zdravotného stavu, zatiaľ čo vyššia sebaúcta podporuje lepšiu adhérenciu k liečbe, psychickú pohodu a celkovú zdatnosť pri zvládaní každodenných výziev, ktoré diabetes prináša. Pre-

to je nevyhnutné zahrnúť psychosociálnu podporu do celkového manažmentu diabetu, čím sa môže zlepšiť sebaúcta a schopnosť diabetikov riadiť svoju chorobu. Budúci výskum by mal pokračovať v zlepšovaní intervencií zameraných na podporu sebaúcty u diabetikov, s dôrazom na individuálne terapeutické prístupy, psychologickú podporu a sociálne siete, ktoré môžu výrazne zlepšiť kvalitu života pacientov a znížiť ich zdravotné riziká.

KEGA-015PU-4/2024 - Aplikácia nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov k svojmu zdraviu

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ADA, 2022. Psychosocial Care for People with Diabetes: Position Statement of the American Diabetes Association. (2022). Diabetes Care.
- BROWN, C. et al. 2016. Diabetes and psychological wellbeing: A systematic review of patient-reported outcomes. In Journal of Clinical Nursing, 25(1-2), 19-30.
- CAKIRPALOGLU, P. 2012. Úvod do psychológie osobnosti. Praha: Grada Publishing, a.s. 169 s. ISBN 978-80-2474-033-1.
- GERRIG, R. J., ZIMBARDO, P. 2002. Psychology and life. 16.vyd. Boston: Allyn-Bacon, 2002. 498 s. ISBN 0-205-34454-2.
- GONZALEZ, J. S. et al. 2008. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. In Diabetes Care, 31(12), 2398-2403.
- MÜLLER, J., THOMPSON, S. 2017. Support interventions for people living with diabetes: A systematic review of evidence-based strategies. In Journal of Health Psychology, 22(9), 1145-1156.
- ONDŘOVÁ, I. 2016. Vybrané aspekty sebakoncepcie u seniora. [online]. 2016 [cit.2025-04-29]. Dostupné na internete: <https://www.seniorzone.cz/33/vybrane-aspekty-sebakoncepcie-u-seniora-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErlHWTr4.CGKN-KjFQtKcc/?ns=1607087769>.
- RUISEL, I. 2008. Osobnost a poznání. 1.vyd. Bratislava: Ikar, a.s., 2008. 256 s. ISBN 978-80-551-1599-3.
- TKÁČOVÁ, Ľ. 2022. Filozofia v ošetrovateľstve a vybrané humanistické konceptuálne modely. Prešov: PU v Prešove, FZO, 2022. 85 s. ISBN 9780-555-2976-9.
- WERNER, P., SCHMITZ, N. 2018. The role of self-esteem and social support in diabetes management: A longitudinal study. In Psychology & Health, 33(4), 482-498.

AKTIVITY ZVÄZU DIABETIKOV A EDUKÁTOROV SLOVENSKA V ROKU 2025

Rekondičný pobyt – dospelí

Demänovská dolina, Hotel FIM
27. 4. – 3. 5. 2025

Detský rekondičný DIA tábor

Žiarska dolina, Hotel Spojár
29. 6. – 5. 7. 2025

Rekreácia Diabetik a rodina

Žiarska dolina, Hotel Spojár
5. 7. – 11. 7. 2025

Výmenný rekondičný pobyt v Chorvátsku

Crikvenica
22. 8. – 31. 8. 2025

21. Michalovský DIA deň

MsKS Michalovce,
Nám. osloboditeľov
20. 9. 2025

Rekondičný pobyt – dospelí

Demänovská dolina, Hotel FIM
21. 9. – 27. 9. 2025

Rekondičný pobyt – dospelí

Demänovská dolina, Hotel FIM
27. 9. – 3. 10. 2025

Meranie glykémie počas štyroch advenčných týždňov

Tesco Michalovce
27. 11. – 21. 12. 2025

Detský Mikuláš

MsKS Michalovce
27. 11. 2025

Centrum sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov

Michalovce, rok 2025



 Edukácie 27. 2. 2025, 24. 4. 2025, 19. 6. 2025, 7. 8. 2025, 27. 11. 2025 (MsKS o 15.30 hod)

■ TELEOŠETROVATEĽSTVO NA ROZHRANÍ DIABETOLÓGIE A ADIKTOLÓGIE

■ **PhDr. Katarína Lancošová, MPH**

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Diabetici (najmä s typom 2) môžu byť náchylní na psychickú záťaž, depresiu a následne aj na závislosť od jedla (emočné prejedanie sa, cukor), alkohol – na znižovanie stresu, čo je nebezpečné pri hypoglykémii, závislosť na liekoch (napr. benzodiazepíny). Teleošetrovateľstvo môže pomôcť v sledovaní správania, podpore disciplíny a včasnom zachytení problémov. Chronickí užívatelia alkoholu a drog majú vyššie riziko vzniku porúch glukózovej tolerancie, metabolického syndrómu, DM 2. typu (napr. v dôsledku poškodenia pečene, pankreasu). Poruchy súvisiace s užívaním návykových látok predstavujú globálny problém, týkajúci sa osôb akejkoľvek národnosti, rasy, vzdelania alebo pohlavia.

Predpokladá sa, že asi 50 miliónov ľudí na celom svete trpí problémami, ktoré súvisia s užívaním návykových látok, pričom nepriaznivé užívanie alkoholu vedie k úmrtiu takmer 3,3 milióna ľudí každý rok. Prevalencia užívania alkoholu sa globálne odhaduje na 5,1 % s príčinným vzťahom medzi zneužívaním alkoholu a ďalšími problémami v oblasti duševného zdravia, vážnych sociálnych dopadov ako je rozpad rodiny a strata zamestnania. Predstavuje jeden z najdôležitejších determinantov zdravia v EÚ. Podľa správy WHO „Alkohol v Európskej únii“ na každého občana pripadá v priemere 12,4 litra alkoholu ročne (WHO, 2021). Medzi krajiny s vysokou konzumáciou alkoholu a poruchami spôsobenými jeho zneužívaním patrí v európskom regióne aj Slovensko. V psychiatrických ambulanciách bolo v roku 2023 vyšetrených 29 646 osôb na poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu, z nich u 75,3 % bol diagnostikovaný syndróm závislosti od alkoholu. Približne štvrtinu vyšetrených osôb tvorili ženy, ktorých podiel sa v sledovanom období rokov 2011 – 2023 mierne zvýšil z 21,5 % na začiatku obdobia na 25,3 % na konci obdobia. Počet vyšetrených pacientov s poruchou psychiky zapríčinenou užívaním alkoholu oproti predchádzajúcemu roku vzrástol o 2,7 % (NCZI, 2023).

Teleošetrovateľstvo je definované ako súbor ošetrovateľských činností, ktoré využívajú informačné a komunikačné technológie na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Prostredníctvom týchto technológií môže sestra napríklad zabezpečiť monitorovanie pacienta, vzdialene zbierať dáta, vzdialene zasahovať, poskytovať ošetrovateľské rady, inštruovať pacienta k rôznym úkonom a viesť manažment bolesti (Gidora, Boryccki, 2019). Cloyd a Thompson (2020) ďalej podrobnejšie definujú teleošetrovateľstvo ako využívanie telekomunikácie a informačných technológií na poskytovanie ošetrovateľských činností v starostlivosti o zdravie a ďalej v situáciách, kedy je veľká vzdialenosť medzi pacientom a sestrou, alebo medzi jednotlivými sestrami. Autori charakterizujú teleošetrovateľstvo ako jednu z najdôležitejších technologických udalostí konca 20. storočia, ktorá sa stala bránou do moderného ošetrovateľstva. Najčastej-

šie vyskytujúcim sa ošetrovateľským prostredím pre uplatnenie teleošetrovateľstva je starostlivosť v prirodzenej komunite a domove pacienta. Domáca starostlivosť poskytovaná pomocou informačno-telekomunikačných technológií na diaľku sa využíva najmä u pacientov s chronickými ochoreniami, u pacientov imobilných alebo málo pohyblivých a u pacientov žijúcich v oblastiach ďaleko od zdravotníckeho zariadenia. Starostlivosť sa premieňa predovšetkým do oblastí ako je poradenstvo, dodávanie informácií týkajúcich sa zdravia, edukáciu a inštruovanie pacientov, rodinných príslušníkov, opatrovateľov (Kirsch et al., 2015). Teleošetrovateľstvo je ďalej zamerané tiež na zlepšenie kvality starostlivosti, bezpečnosti pacientov a na rýchly prístup k ošetrovateľskej starostlivosti prekonaním geografických bariér u pacientov vo vzdialených a odľahlých regiónoch. S využívaním teleošetrovateľstva prichádza nemalo výhod. Jednou z najväčších je previazanosť sestry a pacienta, ktorý sa kedykoľvek na sestru môže obrátiť, ak potrebuje pomôcť, poradiť. Používanie počítačov, mobilných telefónov, SMS a ďalších komunikačných technológií je už bežnou súčasťou ošetrovateľstva. Stalo sa tak na jednej strane vďaka stále rastúcemu technologickému pokroku a na druhej strane kvôli nutnosti väčšej a lepšej dostupnosti zdravotníckej starostlivosti (Souza et al., 2016).

Rozdelenie podľa spracovávaných informácií a dát (Středa, Hána, 2016) delia podľa toho, či spracovávajú verbálnu komunikáciu, vizuálnu komunikáciu alebo dátovú komunikáciu. Verbálna komunikácia je možná pomocou slov prostredníctvom ľudského hovoreného jazyka. Najčastejšie prebieha cez mobilný telefón ako najjednoduchší a najrozšírenejší spôsob diaľkového spojenia medzi ľuďmi. Vizuálna komunikácia prebieha prostredníctvom multimédií so zvukovým aj obrazovým efektom. Ide najmä o videokonferenčné hovory. Dátová komunikácia je prenos obrazových a hlasových súborov, ktoré sú uložené a je k dátam možný aj neskorší prístup (Šimíček, Drápalová, 2015). Základnými nástrojmi, ktoré sestry používajú k spojeniu sa s pacientom sú mobilný telefón, počítač či notebook. Predpokladom pre správne fungovanie

je dobré sieťové pripojenie a kvalitné pokrytie mobilným signálom, čo v niektorých oblastiach aj napriek dnešnej technologickej vyspelosti stále môže byť komplikáciou. Pre sprostredkovanie obrazu používajú digitálne webové kamery, ktoré sú dnes už často súčasťou počítačov, špecializovaný softvér poskytujúci záznamy o pacientoch, ktoré sa môžu súčasne zobrazovať aj ďalším povereným zdravotníckym pracovníkom (Středa, Hána, 2016).

Ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti neodmysliteľne patrí kvalitná teleedukácia, ktorá slúži ako nástroj informovanosti, erudovanosti v ošetrovateľstve, ktorého cieľom je dosiahnuť pozitívne zmeny vo vedomostiach a zručnostiach pacientov (Ozorovský, Vojteková, 2016). Edukačná rola sestry je mnohostranne zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jedinca i skupiny v záujme podpory zachovania a obnovy zdravia. Edukačné ovplyvňovanie sa realizuje formou získavania nových vedomostí, zmien postojov, presvedčení, ako aj zmien motivácie prežívania, správania a konania človeka (Magurová, Majerníková, 2009). Teleošetrovateľstvo mení spôsob poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, zásadne nedochádza k zmene cieľov a úloh ošetrovateľskej praxe aplikovaním ošetrovateľského edukačného procesu. Sestry poskytujú informácie, vzdelávajú pacientov dištančnou formou komunikácie a s využívaním interaktívnych informačno-technologických nástrojov – internet, tablet, mobil a technológií – link, web stránky, email, youtube za účelom riešenia ošetrovateľských problémov. Sestry rovnocenne implementujú teleošetrovateľstvo v rolách ako tvorkyne, edukátorky, výskumníčky a realizátorky telehealth. Determinantom role sestry v teleošetrovateľstve je gramotnosť – zdravotná, počítačová, informačná, vedecká i mediálna gramotnosť a ďalšie nové potrebné k teleedukácii. Teleedukácia má veľký význam vo všetkých odboroch ako aj v adiktológii (Bachratá et al., 2021).

Názory na alkoholizmus ako chorobu sú rôznorodé. Závislosť je duševné ochorenie, ktoré výrazným spôsobom mení ľudské myslenie i prežívanie a má obrovský devastujúci dopad na jedinca a jeho rodinu či blízke okolie. Neexistuje len jediný faktor, ktorý určuje zvýšené riziko stať sa závislým jedincem. Rozvoj závislosti podmieňujú mnohé vnútorné faktory a determinanty prostredia, ktoré sú navzájom prepojené a vedú k postupnému vzniku závislosti (Rabinčák, 2016). Prístupy k definíciám, diagnostike a liečbe sa vyvíjali s rozširovaním poznania tohto ochorenia. Súčasná odborná terminológia rozlišuje úzus psychoaktívnych látok, ktoré predstavuje jednorazové, alebo opakované užívanie, ktoré nevedie k žiadnemu významnému poškodeniu užívateľa. Abúzus predstavuje škodlivé, rizikové a dysfunkčné užívanie, pri ktorom dochádza k psychickému, telesnému alebo interpersonálnemu

poškodeniu jedinca a syndróm závislosti (Jeřábek, 2015). S cieľom lepšieho pochopenia, porozumenia komplexnosti tohto bio-psychosociálneho javu je potrebný interdisciplinárny prístup, ktorý v sebe spája intelektuálny kapitál disciplín, ale zároveň rešpektuje stanovené hranice. Okrem spolupráce si vyžaduje aj ochotu pracovať s cieľovou skupinou užívateľov návykových látok, ich príbuznými a vzájomné zdieľanie informácií. Z hľadiska zapojenia interdisciplinárnej praxe vyžaduje spoluprácu viacerých odborov a profesií, v ktorých má ošetrovateľstvo a úloha sestry nesporné miesto (Miovský, 2015). Sestry svojim postavením v procese starostlivosti sú článkom, s ktorým pacienti viac zdieľajú informácie. Majú kľúčové postavenie v poskytovaní podpory, identifikácii problémov, poskytovaní motivačnej podpory. Účasť sestry v interdisciplinárnom tíme profesionálov je nevyhnutná svojim spôsobom nenahraditeľná a má svoje opodstatnenie, dôležité miesto a význam pre efektívne poskytovanie starostlivosti a liečbu pacientov so závislosťou na alkohole (Keys, 2011).

IMPLEMENTÁCIA TELEOŠETROVATEĽSTVA V PODPORNEJ SKUPINE

V Slovenskej republike je teleošetrovateľstvo málo rozvinuté a preskúmané. Starostlivosť pacienta sa v dominantnej miere poskytuje tradičným ošetrovateľským prístupom, a to bezprostredným kontaktom medzi sestrou a pacientom. Pred dvoma rokmi vzniklo občianske združenie AMETHYST – TRIEZVY ŽIVOT a facebooková podporná skupina s názvom AMETHYST – prijmi svoju závislosť. Zakladateľkou je PhDr. Katarína Lancošová, MPH a Mgr. Olena Šipláková. Členmi stránky sú závislí a ich blízki príbuzní. Prostredníctvom stránky sa realizujú online stretnutia/komunity, krízové intervencie, doliečovací proces, poradenstvo, edukácia závislých a rodinných príslušníkov a motivačné rozhovory. Terapeutická komunita je zameraná na obnovu fyzického a psychického zdravia pacienta, na profylaxiu a riešenie sociálneho vylúčenia a na prácu ďalšieho sociálneho začleňovania. Stretnutia sú online pravidelne, minimálne raz za mesiac. Počas online stretnutia členovia sami navrhnu tému, o ktorej sa chcú rozprávať, čo ich trápi, v čom potrebujú pomôcť, poradiť, podporiť. Krízová intervencia je odborná metóda práce s pacientom v situácii, ktorú osobne prežíva ako záťažovú, nepriaznivú a ohrozujúcu. Členovia majú kontakt na sestry z podpornej skupiny a ak prežívajú krízu (craving, laps/recidívu) kontaktujú ich a spoločne hľadajú riešenie a spôsob, ako to prekonať. Prostredníctvom krízovej intervencie členovia prekonalí mnohé cravingy, zastavili lapy a tak predišli recidíve. Sestry realizujú aj edukáciu o spúšťačoch, cravingu (bažení) a stratégiách jeho zvládania, lapse/recidíve a doliečovacom procese a o copingových stratégiách na zvládanie stresu. Členovia sú sestry nápomocné aj pri tvorbe krízového plánu

(zvládnutie cravingu) a havarijného plánu (zvládnutie recidívy). Rodinných príslušníkov edukujú o spoluzávislosti. Na stránku sa pravidelne pripájajú edukačné príspevky vo forme príručiek, súborov a prezentácií. V rámci podpory doliečovacieho procesu sú pripnuté na stránku aj stretnutia svojpomocných skupín, s ktorými spolupracuje podporná skupina ako sú anonymní alkoholici a A-kluby. Súčasťou práce podpornej skupiny je namotivovať člena k abstinencii. Pomocou teleošetrovateľstva sa implementujú aj motivačné rozhovory. Motivačný rozhovor je metóda komunikácie, ktorá umožňuje vyvolať v človeku prirodzenú zmenu. Po liečbe častokrát závislý zažíva ťažké situácie, s ktorými sa nedokáže sám vyrovnávať. Vtedy je úlohou sestry ho namotivovať k správne rozhodnutiu a byť mu oporou. Niekedy je motivačné aj to, že cíti, že nie je na to všetko čo prežíva sám, že sestry stoja pri ňom. Nielen sestry, ale aj členovia pravidelne prispievajú motivačnými citátmi a príspevkami. V komentároch často vznikne diskusia a vzájomná podpora. Súkromie členov je chránené tak, že skupina je súkromná a len administrátorky schvaľujú členstvo v skupine. Aj za tú krátku dobu sa teší podporná skupina mnohým úspechom členov. Mnohí si našli prácu, dávajú si do poriadku vzťahy v rodine, našli si nových priateľov aj medzi členmi skupiny, naučili sa zvládať stresové situácie a riešiť problémy. Viacerí členovia uvádzajú, že podporná skupina je ich druhá rodina, v ktorej nachádzajú podporu a porozumenie.

Na základe týchto skúseností môžeme konštatovať, že teleošetrovateľstvo má veľký význam aj v adiktológií. Spája ľudí na diaľku a pomáha im vzájomne sa podporovať. A čo je najdôležitejšie, získavajú vedomosti, dostávajú našu podporu a pomoc pri zvládaní záťažových situácií.

Skúsenosti s teleošetrovateľstvom poukazujú na to, že je účinné pri poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí a v nadobúdaní vedomostí pacienta o svojom ochorení. Informačné technológie sú účinnými nástroj-

mi a stratégiou na zlepšenie vedomostí a zručností nielen samotných pacientov, ale aj ich rodinných príslušníkov (Bachratá et al., 2021). K pochopeniu závislého chovania je potrebné venovať pozornosť všetkým určujúcim aspektom. Je potrebné rozpoznať schopnosti, príležitosť a motiváciu správania a ich vzájomné interakcie. Jednou z podmienok vysokej kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je odborný, kvalifikovaný, ale predovšetkým individuálny prístup sestry k pacientovi. V psychiatrickom ošetrovateľstve je úroveň ovplyvnená aj špecifickým vzdelaním sestier, sprevádzaná s osvojením psychoterapeutických prístupov a schopností pozitívneho ovplyvňovania a motivácie pacientov (Rabinčák, 2016).

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BACHRATÁ, Z., KRISTOVÁ, J., SLEŽÁKOVÁ, Z., MIKLOVIČOVÁ, M. 2021. Teleošetrovateľstvo - záujem sestier o inovatívnu možnosť ošetrovania v 21. storočí. In Ošetrovateľský obzor. 2021, č. 18, s. 10-16. ISSN 1336-5606.
- CLOYD, B., THOMPSON, J. 2020. Virtual Care Nursing: The Wave of the Future. In Nurse Leader, 2020, ISSN 1541-4612. 18.2: 147-150.
- GIDORA, H., BORYCKI, E. M. 2019. KUSHNIRUK, A. W. 2019. Effects of Telenursing Triage and Advice on Healthcare Costs and Resource Use. In ITCH, 2019, 133-139. ISBN 978-1-61499-951-5
- JEŘÁBEK, P., 2015. Psychopatologie závislosti. In: K. KALINA et al., Klinická adiktologie. Praha: GRADA, s. 190 - 210. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KEYS, V. 2011. Withdrawal during hospitalization: Easy recognition and consistent intervention are crucial. In: American Journal of Nursing [online], vol. 111, no. 1. pp. 40 - 44, [cit. 2025-04-10]. ISSN: 0002-936X. Dostupné z: DOI: 10.1097/01.NAJ.0000393058.86439.9e.
- KIRSCH, S. D. et al. 2015. Feasibility of using a pediatric call center as part of a quality improvement effort to prevent hospital readmission. In Journal of pediatric nursing, 2015, ISSN 251-936-89. 30.2: 333-337.
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve. Martin: Osveta. 2009. 156 s. ISBN 97-8808-0633-264
- MIOVSKÝ, M. et al. 2015. Pražský komprehenzivní model akademických studijních programů oboru adiktologie In Adiktologie [online], vol. 16. no. 1. pp. 36 - 48. [cit. 2025-04-10]. ISSN 1213-3841. Dostupné z: DOI: 10.1515/nsad-2015-0050.
- NCZI, 2019. Poškodenie zdravia konzumáciou alkoholu v Slovenskej republike [online]. © 2021 [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <<http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Poskodzeniezdravia-konzumaciou-alkoholu-v-Slovenskej-republike-2019.aspx>>.
- OZOROVSKÝ, V., VOJTEKOVÁ, I. 2016. Zdravotnícky manažment a financovanie. Bratislava: Wolters Kluwer s.r.o. 2016. 344 s. ISBN 978-80-8168-522-4.
- SOUZA, D. et al. 2016. Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. In Applied nursing research, 2016, ISSN: 2175-2990. 29:254-260.
- STŘEDA, L., HÁNA, K. 2016. EHealth a telemedicina, učebnice pro vysoké školy [online]. 2016. Praha: Grada publishing, 2016. [cit. 2025-04-10]. ISBN 9788027190430. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=wGfYcWAAQBAJ&printsec=frontcover&key=AlzaSyDIPf189JdFhWBVsMVsavVo6aNH05xITc#v=onepage&q&f=false>
- ŠIMÍČEK, V., DRÁPALOVÁ, J. 2015. Spojovací technika [online]. Code Creator, 2015. [cit. 2025-04-10]. ISBN 978-8088058-14-4. Dostupné z: <https://publi.cz/books/86/Impresum.html>.
- RABINČÁK, M. 2016. Implementácia psychoedukačných programov ako terapia do komunitného ošetrovateľstva In Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách. Zborník III - Medzinárodnej vedeckej konferencie. Warszawa: WYŻSZA SZKOŁA FINANSÓW I ZARZĄDZANIA, s. 378 - 384. ISBN 978-83-61087-41-0.
- WHO, 2018. Global status report on alcohol and health : alcohol fact sheet [online]. © 2021 [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>>.

Ďakujeme všetkým, ktorí sa o nás diabetikov starajú



■ TRÉNING SVALOV PANVOVÉHO DNA PRI INKONTINENCII MOČU

■ **PhDr. Marianna Mihaľová, PhD.**

Prof. doc. et. doc. PhDr. Magdaléna Hagovská, PhD. MPH.

Lekárska Fakulta UPJŠ v Košiciach, Klinika FBLR

Podľa epidemiologických odhadov prevalencia v Slovenskej republike bola 25 %, čo svedčí o tom, že odhadovaný počet je asi 530 tisíc žien s močovou inkontinenciou (Švihra, 2001).

Incidencia inkontinencie moču je vysoká. V priebehu života má každá druhá žena vrátane mladých žien ťažkosti s udržaním moču. Incidencia inkontinencie u žien sa pohybuje v rozmedzí 3-11 % a rastie starnutím sledovaných žien. Takmer polovicu všetkých foriem inkontinencie moču predstavuje stresová inkontinencia, 20 % sa vyskytuje stresová inkontinencia v kombinácii s urgentnou a asi 30 % ide výlučne o urgentnú inkontinenciu.

Liečba chirurgická je možná pri stresovej inkontinencii, pri urgentnej a zmiešanej inkontinencii moču je operačná liečba kontraindikovaná, ale všetky typy inkontinencie sú vhodné na rehabilitačnú liečbu. Hampel (1997) vo svojej výskumnej štúdii uvádza podiel rôznych typov inkontinencie moču: 49 % - stresová, 29 % - zmiešaná, 22 % - urgentná.

Výskyt inkontinencie moču u žien na Slovensku bol najnižší vo vekovej skupine 30-39 rokov (23,3 %), najvyšší výskyt v skupine starších ako 80 rokov (55,6 %). Prevalencia inkontinencie moču na Slovensku sa podobá s incidenciou v iných krajinách (Hagovská, 2020).

Rizikové faktory inkontinencie moču

Obezita zvyšuje vnútrobrušný a vnútramechúrový tlak. Nadmerné množstvo tukového tkaniva tlačí na vnútorné orgány a následne oslabuje panvové dno. Stresová inkontinencia moču sa u obéznych žien vyskytuje častejšie ako urgentná.

Vek je hlavný rizikový faktor, inkontinencia moču sa najčastejšie vyskytuje u staršej populácii. Hlavný súvis je spojený s funkčnými a morfológickými zmenami v dolných močových cestách (Milson, 2009).

Vyššie riziko vzniku inkontinencie moču je pri vaginálnom pôrode a počas tehotenstva. Medzi ďalšie rizikové faktory patria operácie v oblasti malej panvy a zákroky ako napr. kyretáž.

Zápcha ovplyvňuje mechanizmus inkontinencie viacerými spôsobmi, napríklad mechanický tlak stolice na okolité štruktúry panvového dna, možné poškodenie pudentálneho nervu pri opakovanom tlačení na stolicu.

K významným rizikovým faktorom patrí ochorenie priedušiek a pľúc, ktoré zvyšuje vnútramechúrový a vnútrobrušný tlak. U fajčiarok sa inkontinencia vyskytuje častejšie ako nefajčiarok.

Inkontinencia sa často vyskytuje u neurologických a psychiatrických ochorení, po NCMP, u pacientov s Parkinsonovou chorobou a sklerózou multiplex.

Častý výskyt inkontinencie je aj u ľudí so zníženou pohyblivosťou. Hypomobilita znamená signifikantné zvýšenie pravdepodobnosti úniku moču.

Typy inkontinencie moču

Stresová inkontinencia moču (SUI)

Stresová inkontinencia je nedobrovoľný únik moču pri fyzickej námahe, kýchaní, kašľaní. Nie sú prítomné príznaky hyperaktívneho močového mechúra – urgencia, frekvencia, noktúria. Svaly panvového dna sú oslabené a pri vysokom vnútrobrušnom tlaku dochádza k úniku moču. V etiológii hrá najväčšiu úlohu hypermobilita močovej trubice, t.j. je pohyb pri kontrakcii svalov panvového dna nad 10 mm. To spôsobuje, že uretra zostáva pri náhlom zvýšení intraabdominálneho tlaku otvorená. Ďalšou príčinou SUI je poškodená funkcia uzáveru močovej rúry.

Hyperaktívny močový mechúr (OAB)

Hyperaktívny mechúr (OAB) je charakterizovaný urgenciou, frekvenciou a nočným pomočovaním. Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu (ICS) definovala OAB ako urgenciu s alebo bez inkontinencie s frekvenciou močenia viac ako 8 krát denne a nočným pomočovaním 2 a viackrát v noci (Haylen, 2010). Príčin vzniku OAB je viacero. Patria k nim infekcie, tehotenstvo, diabetes mellitus, nadhmotnosť a obezita ako aj úzkostné stavy. Z týchto faktorov nadhmotnosť a obezita predstavujú zvýšené riziko vzniku ďalších zdravotných problémov (Truzzi, 2016).

Vznikajú tri skupiny pacientov s OAB (Abrams, 2000):

1. OAB bez inkontinencie
2. OAB s urgentnou inkontinenciou
3. OAB so zmiešanou – urgentnou a stresovou inkontinenciou

Symptómy: urgencia, močenie častejšie ako každé dve hodiny cez deň, dvakrát v noci a viac, urgentná inkontinencia.

Frekvencia mikcie – označujeme počet močení. Za normálnu frekvenciu mikcie je považovaných 4 - 7 močení denne, pričom tento počet zostáva konštantný a nemení sa vekom. Príčinou zvýšenej frekvencie mikcie môže byť:

- Zvýšený príjem a výdaj tekutín pri zachovanej funkčnej kapacite močového mechúra (diabetes mellitus, diabetes insipidus).
- Zníženie funkčnej kapacity močového mechúra (cystitída, anxieta).

- Zníženie štrukturálnej kapacity močového mechúra (pooperačné stavy, malignity).

Noktúria – je definovaná ako prebudenie sa s cieľom nutne vykonať mikciu.

Urgencia – je pocit náhle vzniknutého silného nútenia na močenie, ktoré môže vyústiť v epizódu inkontinencie.

Urgentná inkontinencia moču: sťažnosť na nedobrovoľný únik moču počas urgencie, alebo nasledujúci bezprostredne po urgencii. Je charakterizovaná spontánnou alebo vyprovokovanou kontrakciou močového mechúra počas plniacej fázy, sprevádzanou rýchlym nutkaním, ktoré pacientka nevie potlačiť. Úniku moču predchádza urgencia.

Zmiešaná inkontinencia moču (ZUI)

ZUI je veľmi častá u starších žien. Vyskytuje sa stresová a urgentná inkontinencia moču. Jeden zo symptómov je závažnejší ako druhý. Liečba začína ovplyvnením závažnejšieho symptómu (Hagovská, 2020).

Funkčná anatómia svalov panvového dna

Vnútna vrstva – diaphragma pelvis je hlavnou súčasťou hlbokého stabilizačného systému. Podopiera orgány malej panvy, napomáha uzatváraniu konečníka. Tvoria svaly: m. levator ani – hlboká vrstva: m. puborectalis, m. pubococcygeus, m. iliococcygeus, m. ischiococcygeus, m. coccygeus – kostrčový sval má tvar trojuholníka. (Hagovská, 2014, 2016).

Stredná vrstva – diaphragma urogenitale – stabilizácia bedra a panvy. Dáva tonus dolným končatinám, zodpovedá za pružnosť chôdze. Pri jej dysfunkcii sa zhoršuje tolerancia chôdze po tvrdom teréne, sploštuje sa nožná klenba, môže vzniknúť plochá noha. Tvoria svaly: m. sphincter urethrae internus, hlboké priečne perineálne svaly, compressor urethrae, urethrovaginal sphincter (Hagovská, 2014, 2016).

Povrchová vrstva – urogenitálny trojuholník – sfinkterová a vylučovacia funkcia. Do posturálnych funkcií sa zapája najmenej, aktivuje sa napríklad pri kašli. Tvoria svaly: m. bulbospongii, m. ischiocavernosus, povrchové priečne perineálne svaly, m. sphincter ani externus, m. sphincter urethrae externus (Hagovská, 2014, 2016).

Tréning svalov panvového dna

Tréning svalov panvového dna je definovaný ako opakovaná selektívna, vôľová kontrakcia alebo relaxácia určitých svalov panvového dna. To si vyžaduje vedomie o používaní správneho svalu a vylúčení nechcenej kontrakcie pripojených svalových skupín (Bo, 2013).

Činnosť priečne pruhovaných svalov je možné pomerne ľahko modifikovať, ak sú prístupné vizuálnej kontrole. Na rozdiel od toho, sú svaly panvového dna za normálnych okolností len zriedka

riadené vôľou, takže ich činnosť si neuvedomujeme. Viaceré štúdie ukázali, že dokonca ani po podrobnom poučení o technike cvičenia nebolo asi 30 % pacientov pri prvej návšteve schopných správne kontrahovať panvové svalstvo (Hagovská, 2014, Bo, 2013).

Zásady pri cvičení:

1. Precvičujeme prednú časť panvového dna, oblasť močovej trubice, zadnú časť panvového dna, oblasť konečníka a celú panvovú oblasť.
2. Vedomá kontrakcia a relaxácia svalstva.
3. Pri každom posilňovaní je nutné svaly rovnako dlho uvoľňovať.
4. Dôležité je nezadržiavať dych pri napínaní svalstva.
5. Optimálne trvanie jednej kontrakcie je minimálne päť, maximálne desať sekúnd.
6. Počet opakovaní je 10 – 20 kontrakcií.
7. Cvičí sa 15 – 30 minút denne.
8. Intenzívne tréningy sú denne, menej intenzívne, minimálne 2x do týždňa.
9. Dôležité je skontrolovať, či pacientka pochopila cvičenie, aby nedošlo k vytlačaniu svalov namiesto ich sťahu.
10. Dôležité je skontrolovať, či okolité povrchové svaly nepreberajú funkciu svalov panvového dna pri cvičení t.j., že pacientka dvíha panvu namiesto kontrakcie svalov panvového dna (Hagovská, 2016).

Postup pri cvičení:

1. **Vizualizácia:** pacientka vizuálne pomocou zrkadla sleduje svoju oblasť panvového dna, sťah pošvy a konečníka. Vhodné je pacientku edukovať, napr. inštruktážou s modelom panvy a svalov panvového dna.
2. **Relaxácia:** zníženie napätia m. rectus abdominis a m. gluteus maximus, najlepšie v ľahu na chrbte s flektovanými DK. Schopnosť relaxácie svalov PD.
3. **Izolácia:** predstavuje izolovanú kontrakciu svalov konečníka a pošvy. Brušné a sedacie svaly musia byť relaxované. Nacvičujeme dlhé kontrakcie, ktoré sú určené na zlepšenie vytrvalosti, napr. udržanie moču pri nákupoch, prechádzkach a pod. Trénujeme vyšším počtom opakovaní cvikov s menšou záťažou. Krátke kontrakcie sú dôležité pre nácvik schopnosti ich rýchlej kontrakcie pri náhlom kašli, kýchaní, behu, tanci a pod. Trénujeme menším počtom cvikov so submaximálnou záťažou. Pacient musí zvládnuť oba typy tréningu. Pre správnu funkciu panvového dna je optimálne sledovať oba tieto ciele (Bo, 2013).
4. **Posilňovanie:** doba udržania sťahu svalov PD je od 1 – do 10 sekúnd. Zvyšuje sa aj počet opakovaní sťahov. Po zvládnutí cvičenia v ľahu sa cvičí v sede, stojí a počas vykonávania každodenných činností a problémových situáciách.

Zmeny polohy tela pri tréningu – silovo-vytrvalostný tréning sa precvičuje v polohe na chrbte, na bruchu, na boku, v kľaku, v sede, stojí a následne pri chôdzi (Hagovská, 2016).

Cviky na posilnenie svalov panvy a dolných končatín 10 minút:

1. Ľah na chrbte, kolená pokrčené, dvíhame panvu smerom nahor (most), 3x po 7 opakovaní.



2. Ľah na chrbte, kolená pokrčené, dvíhame panvu smerom nahor s extendovanou DK, 3x po 7 opakovaní na každú DK.



3. Ľah na chrbte, kolená pokrčené, jedna DK vyrovnaná v kolene s dorzálnou flexiou členka a spúšťame nad podložku a späť, opakujeme každú DK 3x po 7 opakovaní.



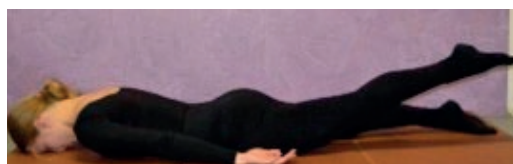
4. Ľah na chrbte, kolená pokrčené, jedna DK vyrovnaná v kolene, dorzálna flexia členka malé krúžky P/L, pohyb vychádza z BK, každá DK 2x po 7 opakovaní P/L.



5. Ľah na chrbte, priťahujeme koleno k bruchu a hlavu ku kolenu, striedavo, naraz, opakujeme 3x po 7 opakovaní.



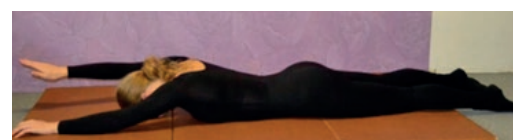
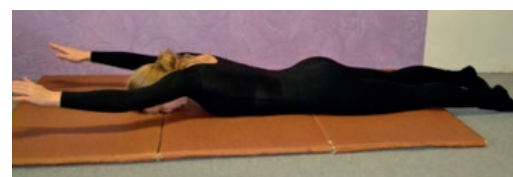
6. Ľah na bruchu, dvíhame extendovanú DK v KK striedavo hore, 3x po 7 opakovaní.



7. Ľah na bruchu, izometrická kontrakcia m.gluteus maximus 3x 20s.



8. Ľah na bruchu, dvíhame extendované HK striedavo hore, potom obidve naraz 3x po 7 opakovaní.



9. Ľah na bruchu, dvíhame striedavo PHK a ĽDK, potom opačne, 3x po 7 opakovaní.



10. Ľah na bruchu, naraz dvihneme HK a DK (parastutista), výdrž 3x 15s.



Tréning svalov panvového dna je efektívna intervencia v zlepšení symptómov úniku moču, ktorá má aj pozitívny vplyv na redukciu rizika pádov a významne znižuje strach z pádov u senioriek s urgentnou inkontinenciou moču.

Čím je lepšia rovnováha, tým je nižší počet močení cez deň a v noci a nižší počet urgencií a ur-

gentných inkontinencií. Čím je lepšia rovnováha, tým je menej symptómov hyperaktívneho mechúra a lepšia kvalita života pri diagnóze hyperaktívneho mechúra.

Tréning svalov panvového dna zlepšuje symptómy úniku moču, ovplyvňuje posturálnu kontrolu, riziko a strach z pádov a má pozitívny vplyv na zlepšenie ADL a kvality života senioriek.

Literatúra:

- ABRAMS, P.-ANDERSSON, KE.-APOSTOLIDIS, A. et al. 17.6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. *Neurourol Urodyn.* 2018 Sep;37(7):2271-2272.
- BO, K.-BERGHMANS, B.-MORKVED, S. et al. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor, 2nd Edition, 2015, p.446, Churchill Livingstone ISBN: 9780702044434
- HAGOVSKÁ, M. Fyzioterapia inkontinencie moču. [Physiotherapy of urine incontinence]. - 1. vyd. - Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2014. - 243 s. - ISBN 9788081521331.
- HAGOVSKÁ, M. Rehabilitačná liečba inkontinencie moču a kvalita života inkontinentných pacientov: Dizertačná práca; školiteľ Peter Takáč. - Trnava, 2010. - 155 s.
- HAGOVSKÁ, M. Hodnotenie efektu tréningu kognitívnych funkcií v kombinácii s pohybovým programom u seniorov s miernym kognitívnym deficitom. Habilitačná práca Brno, 2016-2017. - 185 s.
- HAGOVSKÁ, M.- ŠVIHRA, J. Klinický štandard fyzioterapie hyperaktívneho mechúra (OAB) a urgentnej inkontinencie moču žien, MZSR, 2020
- HAYLEN BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-26.
- MILSON, I.-ALTMAN, D.- LAPITAN, M.C., Nelson, R., Sillen, U., Thom, D. Epidemiology of Urinary and Faecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. Incontinence, 4th International Consultation on Incontinence. Plymouth : Plymbridge Distributors Ltd, 2009. p. 35-111.
- TRUZZI, JC, Gomes CM, Bezerra CA, Plata IM, Campos J, Garrido GL, et al. Overactive bladder - 18 years - Part II. *Int Braz J Urol* 2016; 42(2): 199-214.

COMPLIANCE U PACIENTA S DIABETES MELLITUS

■ Anna Hudáková, Ľubomíra Tkáčová
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov

Diabetes mellitus je svojou povahou chronickým ochorením, vedie k vysokej morbidite a výrazným spôsobom obmedzuje život pacientov. V celosvetovom meradle zaznamenávame nárast incidencie a prevalence diabetes mellitus. Svetová zdravotnícka organizácia vydáva pravidelné štatistiky o výskyte diabetu na všetkých kontinentoch. V roku 2013 zaznamenali 382 miliónov pacientov, ktorí trpia týmto ochorením na celom svete. Na základe doterajšieho postupu ochorenia sa predpokladá, že v roku 2035 bude 592 miliónov chorých. Ide o 55 %-ný nárast oproti dnešnej populácii s odpovedajúcou prevalenciou 10,1 %.

Nespolupráca je zaznamenaná v najväčšom rozsahu u pacientov, ktorí trpia chronickým ochorením. Nespolupracujúci pacienti odmietajú liečbu, sami si zvolia dennú dávku liekov, lieky užívajú len v období návštevy lekára, a tiež nedodržiavajú stanovený časový interval dávky lieku. Lekár musí u týchto pacientov realizovať časté kontroly. Dôležitý je rozhovor s pacientom, podávanie informácií, ktoré sú pre pacienta prvoradé a snaha o zistenie dôvodu pacientovej nespolupráce (Magerčiaková, 2014). Nevyhnutným faktorom pre úpravu zdravia a motivácie pacienta je vzťah medzi lekárom a pacientom, tiež vzťah medzi sestrou a pacientom. Existuje veľa príkladov,

ktoré opisujú, že nejde len o neštandardný postoj, ktorý je jednostranný, ale ide o dialóg, ktorý je dlhý a vzájomný (Madařová, 2019). Pacienti sú zmätení a často dochádza k tomu, že sami nechcú a neakceptujú liečbu tohto ochorenia.

Základom pri kontakte s pacientom je jeho aktivizácia a vytvorenie dobrého vzťahu, ktorý je predpokladom efektívnej spolupráce súčasne s motiváciou. Od pacienta sa očakáva, že bude efektívne spolupracovať, bude aktívny a hlavne trpezlivý. U pacienta sa však môžu vyskytnúť pocity ako neistota, úzkosť, popieranie závažnosti situácie, vyhýbanie sa riešeniu situácie. Príčinou spomínanej reakcie môže byť napríklad negatívna skúsenosť s opakovanými pokusmi o zmenu. Rovnako frustrácia zdravotníkov zhoršuje spoluprácu, a tiež aj samotnú motiváciu pacienta. Dôležitým postupom je ponechať pacientovi viac priestoru, rozprávať sa s ním, snažiť sa vypočuť jeho pocity, prípadné pochybnosti. Nevyhnutné je ukázať mu záujem zo strany lekára a sestry, tiež je dôležité oceniť snahu pacienta a nešetriť pochvalou (Štefánková et al., 2017).

Complianciu vnímame ako „poddajnosť“ ako vyhovieť požiadavkám, ich splnenie, dodržanie pravidiel. V medicínskom význame vnímame compliance ako ochotu spolupracovať na liečebnom režime a dodržiavať odporúčanú liečbu a iné kritériá. Problematika compliance jedinca je nevyhnutnou súčasťou efektivity liečby. Ošetrova-

teľstvo chápe človeka ako bio-psycho-sociálnu a spirituálnu bytosť so všetkými jej potrebami. V prípade, že ide o ochorenie diabetes mellitus, pacient prechádza mnohými fázami psychologických zmien. Prichádzajú zmeny, ktoré musí pacient vo svojom živote akceptovať a udržiavať po tom, čo mu bol diagnostikovaný diabetes mellitus. Pri poskytovaní starostlivosti sa pacient často ocitne v situácii, v ktorej nevie či má realizovať postupy, ktoré mu odporúčať lekár. V priemere až tretina pacientov pri krátkodobej liečbe nespolupracuje a nedodríava liečbu, ktorú má stanovenú. Väčšia polovica pacientov prestáva spolupracovať pri dlhodobej liečbe.

Komunikácia umožňuje ľuďom navzájom sa dorozumieť. Spôsob, akým sa komunikácia vedie, určuje či si s človekom rozumieme alebo zase naopak. Správna komunikácia pomáha vytvárať dobré podmienky tak ako pre učenie, tak aj pre edukáciu. Komunikácia môže pomôcť k tomu, aby pacienti dodržiavali odporúčania lekára, sestry, nutričného terapeuta a iných odborníkov v zdravotníctve. V prípade, že komunikácia je vedená nesprávne a nekladie sa dôraz na emocionálnu a behaviorálnu oblasť pacienta, nemusí splniť požadovaný cieľ.

Pri komunikácii nesmieme zabúdať na verbálnu aj neverbálnu komunikáciu (intonácia hlasu, mimika, gestá, posturika, proxemika). V záujme motivácie a následnej spolupráce pacienta je dôležité správne vedenie rozhovoru s pacientom. Počas rozhovoru sledujeme pacientove reakcie, je potrebná koncentrácia na tému, ktorú je potrebné analyzovať, tiež nezabúdať na fakt, aby sa pacient od danej témy neodklonil. Štandardom je situácia, pri ktorej zdravotník (sestra) s pacientom spolupracuje ako rovnocenný partner. Najefektívnejšie je vychádzať z toho, čo pacient pozná, o čom aktuálne premýšľa, čo ho zaujíma, respektíve trápi. Pacientovi je potrebné dať priestor na vyjadrenie jeho otázok, postrehov a poznámok. V súčasnosti je možné rozdeliť motivačný rozhovor s pacientom do štyroch základných fáz.

1. Fáza: vytvorenie dobrého pracovného vzťahu – je charakterizovaná dobrým partnerským prístupom, taktiež dôverou, otvorenosťou a aktívnou spoluprácou. Pri vytváraní dobrého vzťahu je potrebné prejsť záujem, najlepším spôsobom ako prejsť záujem je pochvala pacienta v snahe, pokroku. Jeho aktivitu môžu podporiť otvorené otázky, ktoré sa kladú ešte skôr, ako sa začnú poskytovať informácie. A to napríklad: „Čo viete o vašej chorobe?“ alebo „Aké máte pocity, ako sa na to pozeráte?“ Pacient musí mať istotu, že záujem o neho a o jeho stav je skutočný. U pacienta by sa mala často overovať jeho spolupráca a otvorenosť vhodnými otázkami.

2. Fáza: zámer rozhovoru – ako prvé je potrebné konkrétny zámer nájsť. Zámerom sa myslí téma, ktorá je relevantná z pohľadu lekára, a tiež aj pacienta. Spoločné hľadanie témy je výhodou kvôli väčšej aktivite pacienta. Ak však zdravotník (sestra) sám chce alebo potrebuje analyzovať určitú tému, je dobré opýtať sa na súhlas pacienta a počkať na jeho odpoveď, ktorá môže byť akákoľvek. Pri rozhovore je prioritná spolupráca oboch účastníkov.

3. Fáza: vybavenie a poskytovanie informácií – podstatné je spoločne hľadať motiváciu pacienta, aktuálny obsah jeho nápadov, skúseností a potrieb. Pozitívom rozhovoru je, ak pacient uvažuje samostatne, čo následne pretaví do svojej činnosti. Súčasť tejto fázy je zo strany zdravotníka (lekára, sestry, fyzioterapeuta a pod.) poskytovanie pacientovi množstvo podstatných informácií a odporúčaní.

4. Fáza: plánovanie – v tejto fáze sa vytvára konkrétny plán, ktorý sa však nemusí vytvoriť pri nastolení prekážok. Cenným poznatkom tejto fázy je vnímanie pozitívnych emócií, nádej, dôvera u pacienta. Opakom je vytvorenie plánu pre pacienta, ktorý pre neho nie je reálny a vyhovujúci. Práve takýto plán vedie k nespolu práci, teda ku non-compliancii pacienta, k jeho zlyhaniu, následne k pocitom osobnej neschopnosti. Prevenciou nespolu práce zo strany pacienta je konštruktívne vedenie rozhovoru, v zmysle „krok po kroku“ s následným uistením sa o spätnú väzbu od pacienta. Plánovanie je vhodné štýlom dosiahnutia najväčšieho možného úspechu. Práve preto je dôležité zo strany zdravotníka reagovať na pacienta pokojným tempom, smerovať ho k jednoduchším úlohám a snažiť sa udržať pacienta v čo najaktívnejšom stave. Na konci rozhovoru je dôležité zhrnúť podstatné veci a hlavného zámeru rozhovoru. Pozitívna spätná väzba od pacienta jednoznačne potvrdí úspešnosť rozhovoru (Štefánková, 2017).

Edukácia sa chápe ako výchova pacienta k samostatnej starostlivosti o svoje vlastné ochorenie, a tiež výchova k zlepšeniu spolupráce so zdravotníckym tímom (Jirkovská, 2019). Edukácia pacienta sa delí na viacero foriem edukácie. Ako prvé je to edukácia individuálna, kde kontakt medzi pacientom a lekárom je veľmi úzky. Spomínaná forma edukácie rešpektuje v čo najväčšej miere pacienta, jeho zdravotný stav, vek, pohlavie a podobne. Druhou formou edukácie je skupinová forma edukácie. Edukácia sa vykonáva v skupinách, kde je viac pacientov. Je potrebné nezabudnúť na ich znaky, ktoré sú v skupine spoločné. K ďalším formám edukácie patrí klubová činnosť a kurzy. Činnosť vykonávaná v klube spája pacientov podľa toho, aké majú záujmy alebo aj podľa toho, aký majú zdravotný stav. Kurzy pripravujú určité skupiny, primeraný počet ľudí je 10 (Majerníková et al., 2017).

Pacientov postoj k liečbe ovplyvňuje veľmi veľa faktorov, ktoré sú rôzne: náboženstvo, médiá, kultúra, ale najviac postoj pacienta ovplyvňuje lekárovo správanie, a tiež aj správanie ďalších zdravotníckych pracovníkov (Jirkovská, 2019). Dôležité je, aby rodina stále využívala edukáciu, pretože vedomosti, ktoré nadobudli, je potrebné stále obmieňať, získavať vedomosti, ktoré sú nové a tiež zdokonaľovať sa v už získaných vedomostiach (Derňárová, 2018). Edukáciu v ošetrovateľstve rozdeľujeme na:

- A. Základná edukácia** zahrňuje najdôležitejšie informácie o ochorení, realizuje sa zvyčajne ak chorý, prípadne zdravý človek nemá o danej problematike žiadne informácie (napr.: diétne obmedzenia pri ochorení diabetes mellitus). Tento typ edukácie poskytuje iba základné vedomosti pacientovi/klientovi a jeho rodine na „prežitie“, pretože väčšinou nie sú schopní byť edukovaní o všetkých vedomostiach a zručnostiach súvisiacich so zdravotným stavom. Novodiagnostikované ochorenie môže spôsobiť zmeny v psychike (napr.: neakceptovanie daného ochorenia, popieranie, šok a pod.), preto aj z tohto dôvodu je zvyčajne potrebné pacientovi poskytnúť iba základnú formu edukácie.
- B. Komplexná edukácia** je edukácia rozširujúca, ktorá poskytuje pacientovi/klientovi a jeho rodine komplexnejšie informácie. Môže byť realizovaná prostredníctvom kurzov, rekondičných pobytov, pri liečbe v ambulancii, opakovaných hospitalizáciách, v liečebných kúpeľoch, prostredníctvom ADOS (napr.: rekondičný pobyt pre dieťa s diabetes mellitus a jeho rodiča, aby sa komplexnejšie aj počas dňa spoločne naučili zvládať denný režim pre správnu kompenzáciu ochorenia pod vedením edukačného zdravotníckeho tímu). Hlavne pri chronických ochoreniach sa postupne začína pacient pomocou edukácie starať o svoje zdravie, preberať zaň zodpovednosť tak, aby svoje ochorenie čo najefektívnejšie zvládal a viedol čo najkvalitnejší život. Napr. pacient s diabetom sa postupne pri návštevách diabetológa a sestry naučí vytvoriť si vhodnú diétu, regulovať hladiny glykémie aj pomocou pohybu, odstraňovania stresu, úpravou denného režimu.
- C. Reedukačná edukácia** je pokračujúca, rozvíjajúca, napravujúca, pokračujúca kontinuálna edukácia. Nadväzuje na predchádzajúce vedomosti, prehľbuje ich, aktualizuje a poskytuje aj nové vedomosti, zručnosti a zmeny postojov vzhľadom k zmenám v zdravotnom stave pacienta (napr.: pri zmene terapie diabetika z perorálnych liekov na inzulín, nie je potrebné edukovať pacienta o diéte, ochorení ak má dostatočné vedomosti ale ako ho naučiť aplikovať si inzulín). Počas každodenného života sa pacient spolu so svojou rodinou stretáva s rôznymi problémami, ktoré potrebuje konzultovať, poradiť sa, prehľbiť už zís-

kané vedomosti, obohatiť sa o nové vedomosti, zručnosti, postoje, pretože v medicíne dochádza k objasneniu nových poznatkov, aj preto je dôležitá táto pokračujúca edukácia a reedukácia. Dôležitá je aj z hľadiska procesu zabúdania, pretože tento typ edukácie má za úlohu prehľbovať a obnovovať už aj raz získané vedomosti a zručnosti. Miestom pre pokračovanie edukácie nie sú iba nemocničné zariadenia, ambulancie, ADOS ale aj laické organizácie, ktoré sa zaoberajú touto problematikou (kluby diabetikov) (Magurová, Majerníková, 2009).

Ošetrovateľstvo má možnosť výrazným spôsobom ovplyvniť kvalitu života diabetikov. Jeho konečným cieľom je kompenzácia ochorenia diabetika. Diabetici majú právo na komplexnú starostlivosť, ale súčasne majú povinnosť rešpektovať pokyny zdravotníckeho tímu. Z uvedeného dôvodu musia sestry disponovať kvalifikovanými vedomosťami i adekvátnou starostlivosťou o diabetikov. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s ochorením diabetes mellitus 1. typu a jeho rodinu zahŕňa starostlivosť o biologické, psychické i sociálne potreby.

Mnohé štúdie (napr. DCCT – Diabetes Control and Complications Trial) poukázali na prínos intenzifikovaných inzulínových režimov v zmysle zlepšenia metabolickej kontroly a významne zníženého rizika mikrovaskulárnych komplikácií. Optimálna metabolická kontrola a dosiahnutia štandardných hodnôt glykémii znamenalo aj častejšie hypoglykémie. Glykemické ciele musia byť preto reálne a prísne individuálne. Inzulínová pumpa predstavuje metódu liečby inzulínom, ktorá najbližšie napodobňuje fyziologickú sekreciu inzulínu. Pumpa je elektronicko-mechanickým zariadením, ktoré kontinuálne podáva inzulín cez kanylu zavedenú do podkožia (Perušičová, 2017). Svojou veľkosťou sa dá porovnať s mobilným telefónom, umiestňuje sa na tele v špeciálnych obaloch, na opasku alebo vo vrecku nohavíc, v náprsnom vrecku, resp. v spodnej bielizni. Na pumpu sa napája špeciálny infúzny set. Význam inzulínovej pumpy spočíva v zlepšení metabolickej kompenzácie, a tým predchádzaniu komplikáciám diabetu. Najväčší benefit pumpy predstavuje zlepšenie kvality života. Jej prínos ocenia pacienti najmä v náročnom povaní, pri športových aktivitách. Uvedené riešenie má najväčší podiel u žien v čase gravidity, kedy im umožní zachovať kompenzáciu ochorenia spojenú s primeraným komfortom.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s inzulínovou pumpou zahŕňa uspokojenie všetkých potrieb diabetika s uvedeným druhom liečby. Tomagová a kol. (2008) uvádza, že: potreba je prejavom nedostatku niečoho, čoho odstránenie je žiaduce. Rovnako je stimulom k vyhľadávaniu určitej podmienky nevyhnutnej k životu a k jej na-

plneniu. Prežívanie nedostatku ovplyvňuje okrem somatickej oblasti aj psychickú činnosť človeka. V termíne potreba je zdôraznená jednota vnútorného a vonkajšieho stavu človeka. Každý jedinec vyjadruje a uspokojuje potreby svojim spôsobom, určitý druh motivovaného správania sa prejavuje u každého človeka inak. V priebehu života sa potreby jedinca menia z hľadiska kvantity a kvality.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s inzulínovou terapiou zohľadňuje nasledovné potreby:

- A. Príjem potravy** – sestra zabezpečuje informácie o hlavných zásadách diéty, rozdelenie potravín podľa obsahu a druhu sacharidov, náhradné sladidlá, ekvivalenty obsahu sacharidov vrátane výmenných jednotiek, alkohol, tuky, praktické cvičenia, ukážky jedálnych lístkov, diétu liečbu pri nadváhe a hyperlipoproteínemii aj zostavovanie modelových jedálnych lístkov.
- B. Selfmonitoring** – sestra zabezpečuje kontrolu glykémie, glykozúrie, ketonurúrie a krvného tlaku. Rovnako kontroluje záznam glykémii a dávok inzulínu v závislosti od pohybovej aktivity. Je zodpovedná za vyšetrenie glykolyzovaného hemoglobínu, správnosť obsluhy glukomeru v záujme kompenzácie diabetu.
- C. Pohyb** – sestra zabezpečuje v rámci pohybu možnú aktivitu pri liečbe diabetu, odporúča vhodné športy, úpravy inzulínu, vplyv fyzickej záťaže na hladinu glykémie. Kooperácia telesnej aktivity a liečby je nevyhnutne potrebná pre diabetika. Sestra edukuje diabetika v rámci pohybovej aktivity o možnostiach pohybu a úprave samotnej diéty podľa selfmonitoringu.
- D. Prevencia komplikácií ochorenia** – sestra zabezpečuje edukáciu o skorých a neskorých komplikáciách diabetu. Pri zabezpečení štandardnej metabolickej kompenzácie a primeranej starostlivosti nemusia chronické komplikácie u diabetika vôbec vzniknúť.
- E. Špecifické potreby** – k osobitným situáciám pre pacienta s diabetom patria: dovolenka, športovanie, sexuálny život, gravidita, pridružené ochorenia a pod., kde sestra zabezpečuje dostatočné informácie pri jednotlivých špecifických situáciách diabetu a predstavuje dôležitý zdroj údajov pre diabetika a jeho rodinu, najmä v období gravidity.
- F. Psychosociálne potreby** – sestra zabezpečuje mnohé intervencie z hľadiska uspokojenia psychosociálnych potrieb, ktoré zvyšujú pocit istoty a bezpečia, podporujú prežívanie spolupatričnosti, stabilizujú sebahodnotenie, pomáhajú utvárať pohľad na aktuálnu životnú situáciu a rovnako pomáhajú objaviť možné riešenia problémov (Kudlová, 2015).

V procese uzdravovania jedinca je dôležitá jeho spolupráca na liečebnom režime. Samotná nespôlupráca pacienta pri liečbe a nedodržanie stanoveného liečebného režimu môže byť vedo-

má aj nevedomá. Úroveň nespôlupráce pri liečbe sa odhaduje na 25-50 %. Hlavnými rizikovými faktormi non-compliance môžu byť: vek nad 65 rokov, psychické ochorenie, znížené zmyslové vnímanie, sociálna izolácia, nedôvera k lekárovi alebo liečbe, popieranie choroby, nedostatok informácií alebo motivácia. Príčiny non-compliance môžeme hľadať aj na strane zdravotníckeho personálu (napr. v niektorých zdravotníckych zariadeniach pretrvávajú paternalistická úloha lekára, ktorý neprípúšťa možnosť partnerského vzťahu s pacientom), tiež nedostatočná podpora z okolia pacienta alebo psychologický tlak postojov a stigmy spoločnosti. Non-compliance môžeme účinne detekovať vo farmakoterapii, v režimových opatreniach a pri dodržiavaní diétoterapie.

Compliance pacienta pri ochorení diabetes mellitus je hlavným pilierom liečebného režimu. Komplexná edukácia, ktorá sa realizuje počas hospitalizácie diabetika, neodmysliteľne patrí k jeho terapii. Diabetik musí efektívne ovládať selfmonitoring glykémie, úpravu bolusov inzulínu, v niektorých prípadoch i bazálne dávky inzulínu, v súvislosti so životnými situáciami a iné požiadavky vyplývajúce z ochorenia. Efektívna spolupráca pacienta a jeho rodiny so sestrou je jednoznačne stimulom pre edukačné poradenstvo (v rámci ambulantného ošetrovania). Všetky intervencie sestry smerom k diabetikovi sú akousi výzvou pre hľadanie nových možností v rámci ošetrovateľstva.

Spolupráca pacienta patrí k nenahraditeľnému štandardu zvládania tohto ochorenia. Motivovať nespôlupracujúceho pacienta s ochorením diabetes mellitus prostredníctvom edukačných stretnutí, prípadne na Online platforme so zameraním na ochorenie je niekedy veľmi náročná cesta. Informačná cesta je blízka prioritne mladšej populácii, ktorú je potrebné nasmerovať na pozitívny prístup k svojmu zdraviu pre stúpajúcu incidenciu ochorenia najmä v tejto populácii.

BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY

- DERŇAROVÁ, L., 2018. Špecifická edukácia a starostlivosť u detí s diabetes mellitus 1. typu. 1. vyd. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-2064-3.
- JIRKOVSKÁ, A., 2019. Liečba diabetu inzulínovou pumpou a monitorace glykémie: praktická doporučení pro edukaci. 6 rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-601-6.
- KUDLOVÁ, P., 2015. Ošetrovateľská péče v diabetologii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5367-6.
- MADAJOVÁ, E., 2019. Můj život s cukrovkou 9: příběhy diabetiků a ich pohľad na život s cukrovkou. Bratislava: Združenie na pomoc diabetikom. ISBN 978-80-970637-8-8
- MAGERČIAKOVÁ, M., 2014. Compliance pacienta v kontexte edukácie. In: Zdravotnícke štúdie [online]. Roč. 7, č.2, s.11-15 [cit.2020-12-14]. ISSN 1337-723X. Dostupné z: <https://www.ku.sk/app/cmsSiteBoxAttachment.php?ID=6734&cmsDataID=0>
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve. Martin: Osveta. 154 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MAJERNÍKOVÁ, L., et al., 2017. Education and knowledge of patients with type 2 diabetes mellitus. In: MMK 2017. Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky [elektronický zdroj]: recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference. - Hradec Králové: Magnamitas, 2017. - ISBN 978-80-87952-22-1. - CD-ROM, S. 697-702.
- PERUŠIČOVÁ, J., 2017. Diabetes mellitus : onemocnění celého organismu. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-512-5.
- ŠTEFÁNKOVÁ, J. et al., 2017. Motivace pacienta v diabetologické ambulanci. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4590-2.
- TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., a kol. 2008. Potreby v ošetrovateľstve. Martin: Osveta 2008. 196s. ISBN 978 - 80- 8063 -270-0.

■ PhDr. Katarína Lancošová, MPH

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

■ doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., MPH

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Alkoholizmus patrí z hľadiska štatistík k najrozšírenejšiemu druhu závislosti. Na celom svete je podľa dostupných údajov 380 miliónov ľudí závislých od alkoholu. Stredná a východná Európa, kde sa nachádza aj Slovensko, je v epicentre svetovej epidémie nadmernej konzumácie alkoholu. Nadmerné pitie alkoholu vedie k závažným poruchám zdravia. Závislosť od alkoholu je jednou z najzávažnejších, pretože okrem psychických porúch je spravidla sprevádzaná celým radom telesných poškodení a chorôb nevynímajúc aj ochorenie diabetes mellitus.

Súčasná odporúčania Americkej diabetologickej spoločnosti (ADA) uvádzajú, že diabetici nemusia obmedzovať príjem alkoholu, pokiaľ nepresahuje jeden alkoholický nápoj denne u žien a dva u mužov a pokiaľ nie je prítomná špecifická kontraindikácia ako riziko závislosti, ťažká hypertriglyceridémia alebo pankreatitída. Žiadny typ alkoholu nie je uprednostňovaný pred ostatnými. Alkohol môže znižovať schopnosť rozpoznať hypoglykémiu a adekvátne zareagovať, čo môže mať katastrofálne dôsledky. Aby bolo minimalizované riziko hypoglykémie, odporúča ADA konzumovať alkohol spoločne s jedlom. Etanol má vlastnosti nutrientu s nezanedbateľným obsahom energie, toxické a psychoaktívne látky. Jeho vplyv na ľudské zdravie je nanajvýš komplexný a na úplné pochopenie všetkých patofyziologických mechanizmov bude ešte treba mnoho vedeckej práce. Rozhodnutie, aké odporúčania ohľadom pitia alkoholu klásť diabetikom, teda aj naďalej zostáva z veľkej časti na samotnom lekárovi a na jeho znalosti individuality každého pacienta (Mudra, Rušavý, 2005).

Reakcie na alkohol sa môžu u jednotlivcov líšiť, no určite by ste nemali s pitím experimentovať. Ak je alkohol súčasťou vášho života už dlhší čas a s jeho požívaním máte problém, nebojte sa obrátiť na odborníka. So svojím lekárom tiež prediskutujte možné zmeny v životospráve, no začať s novými výzvami môžete aj

sami. Možno vás o abstinencii presvedčia nasledujúce riadky.

Anonymní alkoholici (AA) sú dnes najrozšírenejšou svojpomocnou skupinou na svete. Za 88 rokov od založenia sa táto svojpomocná skupina (spoločenstvo) rozšírila do 180 krajín, oslovila viac ako dva milióny členov a získala uznanie laickej i odbornej verejnosti. Viaceré štúdie potvrdili, že AA majú overiteľné nadpriemerné výsledky v liečbe závislosti od alkoholu (Nešpor, 2003). AA sa definujú ako „**spoločenstvo mužov a žien, ktorí sa navzájom delia o svoje skúsenosti, silu a nádej, aby mohli riešiť svoj spoločný problém a pomáhať ostatným uzdraviť sa z alkoholizmu**“. Najlepšou zárukou abstinencie (triezvosti) sa pre nich stala intenzívna práca s ďalšími alkoholikmi, ktorí potrebovali pomoc.

Dôležitá je aj podpora skupiny, ktorá človeka akceptuje takého, aký je a aj vtedy, keď ho možno odvrhli i najbližší (Janiaková, 2021). Existuje program dvanástich krokov, ktorý privedie človeka z okraja spoločnosti k nájdeniu plnohodnotného zmyslu života. Základným predpokladom 12-krokového modelu je, že ľudia si môžu navzájom pomáhať dosiahnuť a udržať abstinenciu (triezvosť) od látok či správania, od ktorého sú závislí. Môžu to robiť prostredníctvom stretnutí, na ktorých zdieľajú svoje skúsenosti a vzájomne sa podporujú v pokračujúcej snahe o udržanie triezveho života.

Dvanásť krokov k triezvemu životu

Prvý krok **prijíma** plný negatívny dopad procesu závislosti na život alkoholika. Je to víťazstvo nad ľudským sklonom popierať. Alkoholik uznáva, že predsavzatia a stratégie aké mal, nech boli akokoľvek dobre mienené, ho neoslobodili od procesu závislosti a všetkých jeho mechanizmov, ktoré sú hlboko zakorenené v jeho mozgu, emóciách a správaní.

V druhom kroku je potrebné, aby si uvedomil, že len **sila väčšia (vyššia) ako jeho mu dokáže pomôcť**. Nie je nevyhnutné, že väčšia/vyššia sila znamená len vieru v božskosť. Znamená to ochotu veriť a uznať princíp vyššej pravdy, ako sú okamžité túžby alebo hrôzy ega.

V treťom kroku sa alkoholik rozhodne **odovzdať svoju vôľu a svoj život Bohu/Vyššej sile** ako ju on sám chápe. Slovo Boh má pre mnohých ľudí náboženský význam. Pre mnoho iných znamená dôverovať univerzálnej pravde a vyšším hodnotám, ktoré spočívajú v jadre ľudských bytostí, ale ktorých sa chamtivé, úzkostné a minulosťou podmienené ego bojí a odporuje im.

Štvrtý krok je veľmi dôležitý. Alkoholik pracuje na svojej dôkladnej **morálnej inventúre samého seba**. Nejde o sebaodsudenie, ale o prípravu na nový život v triezvosti. Skúma vlastné vedomie, aby identifikoval, kde a ako klamal seba či iných, ale nie preto, aby sa bahní vo vlastnej vine, ale aby sa odbremenil

a pomohol si tak pripraviť cestu do budúcnosti.

V piatom kroku **priznáva** Bohu/Vyššej sile, samému sebe a inej ľudskej bytosti presnú povahu svojich chýb. So súcitom voči sebe plne uznáva to, čo zistil vo štvrtom kroku. Informácie odovzdá ďalej svojmu „sponzorovi“ a tým toto morálne sebaskúmanie mení na konkrétnu realitu. Hanbu za to, čo spôsobil, nahrádza pocit zodpovednosti. Od bezmocnosti sa posúva k sile a začiatku pokory a vďačnosti.

V šiestom kroku je prístupný tomu, aby **Boh/Vyššia sila odstránil všetky jeho charakterové chyby**. Prijíma, že jeho chyby a nedostatok integrity nepredstavujú to, kto skutočne je a je ochotný tieto sklony opustiť. Či už tie chyby z minulosti, ktoré sú výsledkom inventúry alebo aj tie, ktoré sa v budúcnosti znova objavujú – lebo je úplne isté, že nastanú. Týmto hľadá inšpiráciu a podporu pre svoj vlastný pocit Vyššej sily, nech ju už chápe akokoľvek.

V siedmom kroku pokorne **požiada Boha/Vyššiu silu, aby odstránil jeho nedostatky**. Tieto nedostatky predstavujú všetko, v čom nie je dobrý, či dokonca stráca zo zreteľa vlastný potenciál. Preto, keď sa vzdáva krátkodobých odmien plynúcich zo závislého správania, volí si obrovské obohatenie toho, kým je. Namiesto pýchy, tej zúfalej grandióznosti ega, nastupuje pokora.

V ôsmom kroku **spíše alkoholik zoznam všetkých ľudí, ktorým ublížil** a je ochotný to napraviť. Je pripravený akceptovať zodpovednosť za každý spáchaný hriech či opomenutie, ktorých sa dopustil na ľuďoch vo svojom živote. Nekonať tak z pocitu hanby, ale z túžby vo vlastný rast a pokoj v duši. Pripraví si ako, kedy a voči komu chce vykonať nápravu. Je takisto pripravený prijať aj to, že niektorí ľudia sa s ním nebudú chcieť rozprávať, pretože im veľmi ublížil. Zoznam náprav je však



o vlastnej očiste a hľadaní vlastného pokoja bez ohľadu na (ne) prijatie od iných.

Deviaty krok slúži na **realizáciu náprav** vo všetkých prípadoch, v ktorých to bolo možné, okrem prípadov, kedy by táto náprava mohla iným ublížiť. Jeho cieľom nie je, aby sa cítil alebo vyzeral dobre, ale aby napravil to, čo sa dá. Pri niektorých ľuďoch, ktorým ublížil, ho tento krok povedie k odkomunikovaniu plnej zodpovednosti a ľútosti.

V desiatom kroku pokračuje vo svojej **osobnej inventúre** a keď urobil chybu, hneď sa k nej prizná. Ľudská bytosť je väčšinou veľmi ďaleko od správania a interakcií svätcov, a preto si môže dovoliť skončiť proces morálnej sebainventúry iba vtedy, keď sa skončí jej pozemská púť. Dovtedy musí pokračovať deň za dňom.

V jedenástom kroku alkoholik pomocou meditácie a modlitby k Bohu/Vyššej sile ako ju on sám chápe, prosí o to, aby spoznal jeho vôľu a **mal silu ju uskutočniť**. Toto nie je požiadavka vzdať sa, podvoliť sa, ale návrh cesty k oslobodeniu sa. Ľudský život stojí na štyroch pilieroch: fyzické zdravie, emocionálna integritácia, intelektuálne uvedomenie a duchovná prax. Na toto posledné neexistuje žiadny návod. Ak sa modlíme, nemalo by to byť pre egoistické odmeny a benefity, ale pre silu kráčať, kam nás vedie Vyššia sila.

Dvanásty krok má veľký význam v ďalšom uzdravovaní sa alkoholika. Tu po duchovnej zmene, ktorou alkoholik prešiel, **odovzdáva svoje posolstvo** ostatným alkoholikom a snaží sa uplatňovať tieto princípy vo všetkých záležitostiach. Duchovná zmena znamená žiť podľa princípov (bezpodmienečná láska), integrity, pravdy, triezvosti a súcitu. Možno si to vyžiada podporu a vedenie, ak to bude vhodné a vítané, ale neznamená to obracať niekoho „na svoj obraz“ v mene akéhokoľvek programu, skupiny či viery (Maté, 2023).

Program 12 krokov je schopný nasledovať takmer každý, obvykle s pomocou niekoho, kto už krokmi prešiel – sponzor (mentor).

Dôležitejšie než porozumieť tomu, kde sa závislosť vzala, je to, že existuje spôsob, ako sa z nej uzdraviť. Dôraz na praktické kroky hneď od začiatku odstaví bežné tendencie racionalizovať, radšej premýšľať ako konať a odkladať nový začiatok na zajtra.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- JANIAKOVÁ, D. 2021. Dvanásť uzdravujúcich krokov. [online]. 2021. [cit. 2024.08.16]. Dostupné na: <https://www.klub50.sk/zdravie-duse/roz-hovory-o-zavislostiach/dvanast-uzdravujucich-krokov>.
- MATÉ, G. 2023. V ríši hladných duchov. Bratislava: Eastone Books, 2023. 400 s. ISBN 978-80-8109-447-7.
- MUDRA, J., RUŠAVÝ, Z. 2005. Alkohol a diabetes. In: *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2005, roč. 2 (1): 17-21.
- NEŠPOR, K. 2003. Návykové chováni a závislosť. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 978-80-7178-831-7.

Prinášame zmenu už celé generácie

Novo Nordisk
zlepšuje zdravie
od roku 1923

Klára • vnučka
Ján • starý otec

Zobrazené osoby sú modely a nie skutoční pacienti.

Na svete je viac ako 537 miliónov ľudí žijúcich s diabetom. Toto chronické ochorenie je komplexnou výzvou, a preto prinášame inovatívne spôsoby liečby pre kvalitnejší a dlhší život pacientov s týmto ochorením. Naša misia je prispieť k lepšej a svetlejšej budúcnosti.

Viac ako 100 rokov skúseností v boji s diabetom nás naučilo, že potlačenie tejto pandémie si vyžaduje mimoriadne úsilie.

Naši vedci pracujú s jednoduchým cieľom – identifikovať nenaplnené potreby pri chronickom ochorení a premietnuť ich do nových možností liečby.

Zisti viac na www.novonordisk.sk

**Prinášame
zmeny** | v liečbe
diabetu

