

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Lekárska fakulta

Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu



Psychológia zdravia

Zuzana Dankulincová

Daniela Husárová

Andrea Madarasová Gecková

Jaroslava Kopčáková

Košice 2023

Psychológia zdravia

Vysokoškolský učebný text

Autori:

doc. Mgr. Zuzana Dankulincová PhD.

Mgr. Daniela Husárová PhD.

prof. Mgr. Andrea Madarasová Gecková PhD.

Mgr. Jaroslava Kopčáková PhD.

Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti:

doc. Mgr. Lenka Sokolová PhD.

Ústav aplikovanej psychológie

Fakulta sociálnych a ekonomických vied, Univerzita Komenského v Bratislave

PhDr. Tatiana Pethö PhD.

Centrum spoločenských a psychologických vied

Slovenská akadémia vied

Jazykové korektúry:

Bc. Emília Gajdošová

Tento text je publikovaný pod licenciou CC BY NC ND Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-derivates 4.0 („Uvedte pôvod – Nepoužívajte komerčne - Nespracováajte“)



Za odbornú a jazykovú stránku vysokoškolského učebného textu zodpovedajú autorky.

Dostupné od: 03.11.2023

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

ISBN 978-80-574-0241-1 (e-publikácia)

OBSAH

ÚVOD	10
BYŤ ZDRAVÝ	11
I. ZDRAVIE A SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA	12
1. VNÍMANIE ZDRAVIA A CHOROBY	15
2. NAIVNÉ TEÓRIE ZDRAVIA	15
2.1 Faktory ovplyvňujúce vnímanie zdravia	16
3. CELKOVÉ HODNOTENIE ZDRAVIA	17
4. DEFINÍCIE ZDRAVIA	17
5. NEROVNOSTI V ZDRAVÍ A SPRAVODLIVOSŤ V OBLASTI ZDRAVIA	18
6. SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA	20
OTÁZKY	27
LITERATÚRA	32
II. SO ZDRAVÍM SÚVISIACE SPRÁVANIE	33
1. ZDRAVIE PODPORUJÚCE SPRÁVANIE	37
1.1 Zdravé stravovanie	37
1.2 Fyzická aktivita	37
1.3 Zdravotný skrining	38
1.4 Imunizácia	38
2. ZDRAVIE OHROZUJÚCE SPRÁVANIE	38
2.1 Užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog	39
2.2 Rizikové sexuálne správanie	40
2.3 Nezdravé stravovacie návyky	40
4. INTERVENČIE PRE UDRŽATEĽNÉ ZDRAVIE A PREVENČIA ZDRAVOTNÝCH RIZÍK	45
OTÁZKY	48
LITERATÚRA	52
III. ZMENA SO ZDRAVÍM SÚVISIACEHO SPRÁVANIA	53
1. TEORETICKÉ MODELY VYSVETĽUJÚCE ZMENU SPRÁVANIA	55
1.1 Model presvedčení súvisiacich so zdravím	55
1.2 Teória plánovaného správania	65
1.3 Transteoretický model etáp zmeny správania	73
1.4 Prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania	76
1.5 Silový model sebaregulácie	80
1.6 Nudging	83
2. TAXONÓMIA TECHNÍK ZMENY SPRÁVANIA	83
3. PRÍKLAD INTERVENČIE	88
OTÁZKY	90

LITERATÚRA.....	100
IV. PODPORA ZDRAVIA	102
1. HISTORICKÝ VÝVOJ PODPORY ZDRAVIA	103
1.1 Prístup starého verejného zdravotníctva	103
1.2 Nástup nových technológií a farmaceutickej liečby	103
1.3 Prístup nového verejného zdravotníctva	104
1.4 Ako sa vnímala podpora zdravia v 70.rokoch 20.storočia	105
1.5 Ako sa vnímala podpora zdravia v 80.rokoch 20.storočia	105
1.6 Ako sa vnímala podpora zdravia v 90.rokoch 20.storočia	107
1.7 Ako sa vnímala podpora zdravia na prelome 20. a 21. storočia	107
1.8 Ako sa vníma podpora zdravia v 21.storočí.....	107
2. DEFINÍCIA PODPORY ZDRAVIA.....	108
3. PODPORA ZDRAVIA A PREVENCIA OCHORENÍ	108
3.1 Model podpory zdravia	109
3.2 Model rozvoja zdravia	109
4. KLÚČOVÉ PRÍSTUPY K PODPORE ZDRAVIA	111
4.1 Päť základných prístupov k podpore zdravia.....	111
4.2 Socio-environmentálny prístup k podpore zdravia	112
4.3 Individuálny behaviorálny prístup k podpore zdravia	112
4.4 Syntéza socio-environmentálneho prístupu a individuálneho behaviorálneho prístupu	112
4.5 Vysokorizikový a nízkorizikový prístup k podpore zdravia	112
5. PRÍKLAD DOBREJ PRAXE - PROJEKT SEVERNÁ KARÉLIA.....	113
OTÁZKY	115
LITERATÚRA.....	119
OCHORIEŤ	120
V. TEÓRIE A MECHANIZMY STRESU.....	121
1. DEFINOVANIE A FORMY STRESU	122
2. TEÓRIE STRESU	123
2.1 Stres ako podnet.....	123
2.2 Stres ako transakcia.....	124
2.3 Stres ako odpoveď.....	126
3. MECHANIZMY VPLYVU STRESU NA ZDRAVIE	127
OTÁZKY	130
LITERATÚRA.....	132
VI. MODERÁTORY STRESU – STRATÉGIE ZVLÁDANIA A OSOBNOSŤ	133
1. ZVLÁDANIE A STRATÉGIE ZVLÁDANIA	134
1.1 Dimenzie stratégií zvládania.....	135

1.2 Cieľ stratégií zvládania.....	136
2. MODERÁTORY STRESU - OSOBNOSŤ.....	137
3. MODERÁTORY STRESU – KOGNÍCIE A EMÓCIE	139
OTÁZKY	141
LITERATÚRA.....	143
VII. SOCIÁLNA OPORA.....	144
1. DEFINOVANIE SOCIÁLNEJ OPORY.....	145
2. FORMY SOCIÁLNEJ OPORY	146
2.1 Emocionálna sociálna opora.....	146
2.2 Inštrumentálna sociálna opora.....	146
3.3 Informačná sociálna opora.....	147
3. TEÓRIE SOCIÁLNEJ OPORY.....	147
3.1 Teória pripútania a teória vzťahovej väzby	147
3.2 Teória podporných sociálnych vzťahov, sociálnej integrácie, sociálnej izolácie a osamelosti	149
4. VPLYV SOCIÁLNEJ OPORY NA ZDRAVIE	150
4.1 Priamy vplyv sociálnej opory na zdravie.....	151
4.2 Teória sociálnej opory ako nárazníka	151
OTÁZKY	153
LITERATÚRA.....	156
BYŤ CHORÝ.....	157
VIII. CHOROBA	158
1. SYMPTÓMY.....	159
1.1 Vnímanie symptómov.....	159
1.2 Interpretácia symptómov	167
1.3 Vyhľadanie lekárskej pomoci.....	171
2. SOCIÁLNY MODEL CHOROBY A ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA	174
2.1 Zdravotná situácia	174
2.2 Zdravotné znevýhodnenie.....	177
OTÁZKY	182
LITERATÚRA.....	190
IX. CHRONICKÉ OCHORENIA Z PERSPEKTÍVY PACIENTA.....	191
1. CHRONICKÉ OCHORENIA	192
2. CHRONICKÉ OCHORENIE A JEHO DOPAD NA ŽIVOT PACIENTA.....	193
2.1 Dopad chronického ochorenia na fyzické zdravie a funkčnú zdatnosť	195
2.2 Negatívny dopad chronického ochorenia na psychickú pohodu	196
2.3 Pozitívne reakcie na ochorenie a možné benefity spojené s ochorením	197

2.4 Dopad ochorenia na sociálny, rodinný a pracovný život.....	199
3. ZVLÁDANIE OCHORENIA.....	200
4. CHRONICKÉ OCHORENIE A KVALITA ŽIVOTA.....	203
5. MERANIE KVALITY ŽIVOTA.....	206
6. INTERVENČIE NA ZLEPŠENIE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV S CHRONICKÝM OCHORENÍM	210
OTÁZKY	212
LITERATÚRA.....	215
X. KOMPLEMENTÁRNA, ALTERNATÍVNA A INTEGRATÍVNA MEDICÍNA V STAROSTLIVOSTI O PACIENTA	217
1. DEFINÍCIA OBLASTÍ A METÓD SPADAJÚCICH POD CAM.....	218
1.2 Metódy, ktoré klasifikujeme do CAM medicíny	220
2. PRÍPRAVA A APLIKÁCIA CAM METÓD V TERAPEUTICKEJ PRAXI.....	223
3. VHODNOSŤ, AKCEPTABILITA A USKUTOČNITEĽNOSŤ CAM INTERVENČIÍ	225
3.1 Analýza vhodnosti CAM intervencií.....	226
3.2 Analýza akceptability CAM intervencií	226
3.3 Analýza uskutočniteľnosti CAM intervencií.....	227
OTÁZKY	229
LITERATÚRA.....	232
POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	233
XI. DOSTUPNOSŤ A RESPONZÍVNOSŤ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCKYCH SLUŽIEB.....	234
1. PROCES VYUŽÍVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	235
2. BARIÉRY V PRÍSTUPE K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	236
2.1 Potreba zdravotnej starostlivosti	236
2.2 Vnímanie potrieb a túžby po starostlivosti	236
2.3 Vyhľadanie zdravotnej starostlivosti	237
2.4 Dosahovanie zdravotnej starostlivosti	238
2.5 Využívanie zdravotnej starostlivosti.....	238
2.6 Následky zdravotnej starostlivosti.....	239
3. KONCEPČNÝ RÁMEC PRÍSTUPU K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI.....	240
4. DÔSLEDKY OBMEDZENÉHO PRÍSTUPU K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI.....	241
5. SPRAVODLIVÝ PRÍSTUP K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI.....	244
6. ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ.....	246
6.1 Konceptualizácia zdravotnej gramotnosti.....	246
6.2 Meranie zdravotnej gramotnosti	247
OTÁZKY	250
LITERATÚRA.....	259
XII. VZŤAH LEKÁR A PACIENT	260

1. KOMPETENCIE LEKÁRA	261
1.1 Model kompetencií lekára CanMEDS	262
2. MEDICÍNSKA KONZULTÁCIA	267
2.1 Model medicínskej konzultácie	268
3. VZŤAH LEKÁR A PACIENT	271
3.1. Prístup lekára k pacientovi	271
3.2. Faktory (ne)efektívnej medicínskej konzultácie	275
4. OZNAMOVANIE NEPRIAZNIVÝCH SPRÁV	277
4.1 Čo sú zlé správy?.....	277
4.2 Prečo pacienta informovať o zlých správach?.....	277
4.3 Aké to je byť poslom zlých správ?	278
4.4 Ako zlé správy prežívajú pacienti?.....	278
4.5 Ako informovať pacienta o zlých správach?.....	280
OTÁZKY	287
LITERATÚRA.....	293
XIII. BEZPEČNOSŤ PACIENTA.....	295
1. KULTÚRA AKO PREDPOKLAD BEZPEČNOSTI PACIENTA.....	296
1.1 Kultúra bezpečnosti.....	296
1.2 Kultúra spravodlivosti.....	296
1.3 Subjektívna pohoda zdravotníkov a psychologicky bezpečné prostredie.....	297
2. NEŽIADUCA UDALOSŤ PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	301
2.1 Ľudská chyba	301
2.2 Rizikové správanie	301
2.3 Bezohľadné správanie	301
2.4 Správanie pod vplyvom vonkajších faktorov.....	302
2.5 Úmyselné ohrozenie pacienta.....	302
3. OBETE NEŽIADUJEJ UDALOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	303
3.1 PRIMÁRNA OBEŤ	304
3.2 SEKUNDÁRNA OBEŤ.....	305
3.3 TERCIÁRNA OBEŤ	314
4. VYJADROVANIE OBÁV O BEZPEČNOSŤ PACIENTA.....	316
4.1 Prečo je vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta tak dôležité pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti?	317
4.2 Je ohlasovanie chýb bežné pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti?	318
4.3 Prečo (ne)ohlasujeme chyby pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti?	320
4.4 Individuálne bariéry.....	320
4.5 Situačné bariéry.....	321

4.6 Ako je možné facilitovať ohlasovanie chýb pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti?....	323
4.7 Rozvíjanie kultúry bezpečnosti a otvorenosti komunikácie	327
5. PRIZNANIE CHYBY	327
5.1 Verejnosť, verejný diskurz	328
OTÁZKY	331
LITERATÚRA.....	338

ÚVOD

Vážené študentky, vážení študenti,

vysokoškolská učebnica Psychológia zdravia slúži ako podkladový a výučbový materiál. Text je vystavaný tak, aby priniesol teoretické poznatky o téme, aktuálne výskumné zistenia v danej oblasti a praktické tipy. Poskytuje prehľadné informácie k jednotlivým kľúčovým oblastiam odboru psychológie zdravia a je určený na prehĺbenie vedomostí, ktoré môžu byť následne uplatnené v každodennej praxi.

Obsah je členený do štyroch kľúčových oblastí: 1. Byť zdravý, 2. Ochorieť, 3. Byť chorý a 4. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V oblasti „Byť zdravý“ sa objavujú témy Zdravie a sociálne determinanty zdravia, So zdravím súvisiace správanie, Zmeny so zdravím súvisiaceho správania a Podpora zdravia. Druhá oblasť „Ochorieť“ zastrešuje témy súvisiace s prechodom od zdravia k chorobe a venuje sa témam Teórie a mechanizmy stresu, Moderátory stresu, stratégie zvládania a osobnosť a Sociálna opora. Tretia oblasť „Byť chorý“ sa zameriava na témy Choroba, Chronické ochorenie z perspektívy pacienta a Komplementárna, alternatívna a integratívna medicína v starostlivosti o pacienta. Záverečná štvrtá oblasť „Poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa venuje témam Dostupnosť a responzivnosť systému zdravotníckych služieb, Vzťah lekár a pacient a Bezpečnosť pacienta.

Každá z kapitol prináša kľúčové poznatky sa danú oblasť, ktoré sú v priebehu textu ilustrované na praktických úlohách, ktoré študent priebežne rieši. Osvojenie si poznatkov za danú kapitolu si študent môže v závere overiť na pripravených otázkach. Dúfame, že tento študijný text bude pre vás cenným zdrojom informácií a inšpirácie.

BYŤ ZDRAVÝ

I. ZDRAVIE A SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA

V tejto kapitole sa budeme venovať téme zdravia a sociálnych determinantov zdravia, dozviete sa ako ľudia vnímajú zdravie a chorobu a čo ovplyvňuje naše vnímanie zdravia. Budeme sa venovať témam ako je vnímanie zdravia a choroby, naivné teórie zdravia, celkové hodnotenie zdravia, definície zdravia, nerovnosti v zdraví a spravodlivosť v oblasti zdravia a sociálne determinanty zdravia.

ÚLOHA 1

Predtým, než sa dozviete viac o zdraví či vnímaní zdravia a choroby, vezmite si hárok papiera a skúste odpovedať na nasledujúce otázky.

1. Myslíte si, že ste zdravý?

2. Čo pre vás znamená byť zdravý?

3. Čo to podľa vás znamená pre vašich rodičov alebo starých rodičov?

RIEŠENIE ÚLOHY 1

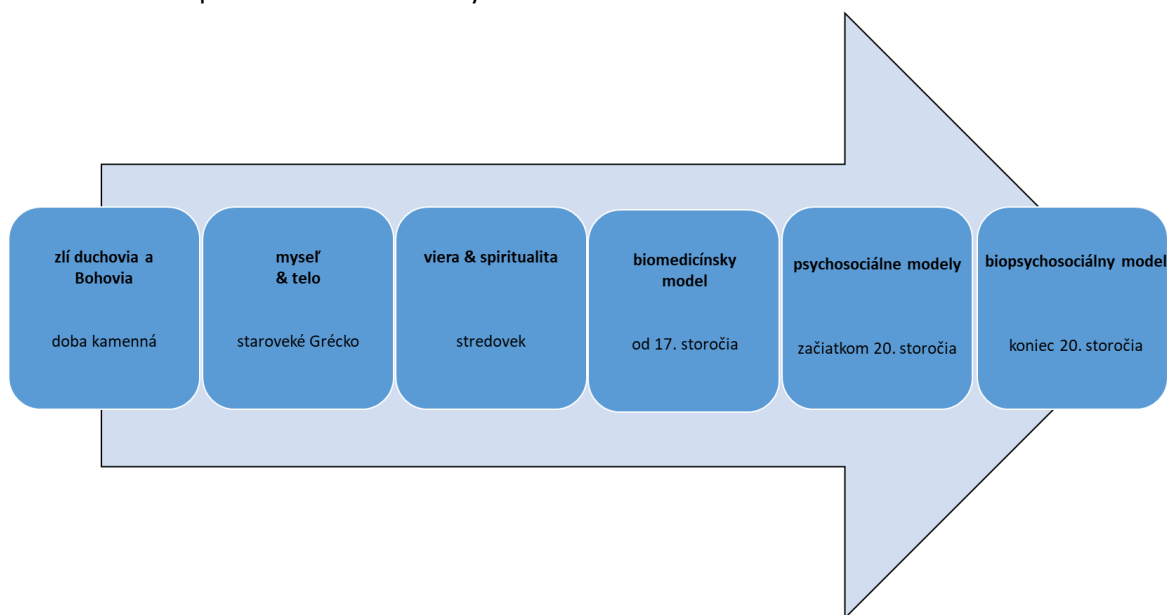
Je veľmi pravdepodobné, že vaše odpovede na položené otázky neboli úplne rovnaké.

Zdravie je slovo, ktoré väčšina ľudí používa bez uvedomenia si toho, že jeho význam sa môže v ponímaní rôznych ľudí líšiť. Že má odlišný význam, v rozličných historických obdobiach, v rozličných kultúrach, či sociálnych triedach. Dokonca sa význam zdravia môže líšiť v rámci rodín v závislosti od veku či pohlavia.

1. VNÍMANIE ZDRAVIA A CHOROBY

Chápanie zdravia a choroby sa menilo v čase. Kedysi dávno **v dobe kamennej** pripisovali ľudia chorobu zlým duchom alebo bohom. Neskôr **Hippokrates** považoval myseľ a telo za jeden celok a rovnováhu medzi štyrmi cirkulujúcimi telesnými tekutinami ako základ pre zdravie a chorobu. Počas **raného stredoveku** sa zdravie čoraz viac spájalo s vierou a spiritualitou a choroba bola vnímaná ako Boží trest, čo je v skutočnosti podobné veľmi raným názorom. Počas vedeckej revolúcie **na začiatku 17. storočia** sa chápanie ľudského tela a spôsob akým si ľudia vysvetľovali chorobu stávalo čoraz organickejšie a fyziologickejšie, čo ponúkalo len malý priestor pre psychologické vysvetlenia. Chápanie zdravia sa vyvíjalo od dualizmu a mechanického pohľadu až na biomedicínsky model choroby, ktorý definuje zdravie ako absenciu choroby alebo akéhokoľvek symptómu choroby. Neskôr **začiatkom 20. storočia** sa psychosociálne modely zdravia a choroby posunuli za hranicu rozdelenia mysle a tela a posilnilo sa naše chápanie obojsmerného vzťahu medzi myslou a telom. V tejto zmene perspektívy zohrala významnú úlohu práve psychológia na čele so Sigmundom Freudom. V priebehu niekoľkých desaťročí sme postupne prešli k biopsychosociálnemu modelu (**koniec 20. storočia**), kde sa zdravie považuje za viac než len neprítomnosť choroby. Tento model poukazuje na to, že psychologické, behaviorálne a sociálne faktory môžu biologické alebo biomedicínske vysvetlenia dopĺňať a namiesto toho, aby tieto vysvetlenia zdravia a choroby nahradili, môžu na nich stavať.

OBRÁZOK 1 Chápanie zdravia a choroby



2. NAIVNÉ TEÓRIE ZDRAVIA

Ak máme dosiahnuť lepšie pochopenie zdravia a choroby, je potrebné zistiť, čo si ľudia myslia, že zdravie a choroba sú. A najjednoduchší spôsob, ako to urobiť, je opýtať sa otázky z úvodu tejto kapitoly. Presne to urobila Baumanová v roku 1961 vo svojom výskume. Zistila, že byť zdravý bolo spájané:

1. so všeobecným pocitom pohody či blaha (well-beingu),
2. ľudia zdravie rozpoznávali na základe absencie príznakov ochorenia/symptómov choroby,
3. videli ho vo veciach, ktoré je schopný robiť človek, ktorý je fyzicky zdravý.

Tieto tri typy odpovedí odhaľujú, že zdravie súvisí s pocitom, orientáciou/zameraním na symptómy a výkonom (Bauman, 1961).

2.1 Faktory ovplyvňujúce vnímanie zdravia

Naše vnímanie zdravia ovplyvňujú rôzne faktory. Prvým dôležitým faktorom ovplyvňujúcim naše vnímanie zdravia a choroby je **vek**. Napríklad u starších ľudí sú pre subjektívne posudzovanie zdravia najdôležitejšie fyzické fungovanie a vitalita. Starší ľudia zvažujú, či sú schopní robiť to, čo potrebujú alebo chcú.

Z pohľadu adolescentov môžu byť dôležité rôzne faktory. Pre nich zdravie súvisí s fyzickým vzhľadom, dobrou kondíciou a priemernou hmotnosťou. Osobné nasadenie a ciele sú dôležité, pretože osamelého, lenivého alebo nedbalého človeka bez mimoškolských aktivít nepovažujú za zdravého. Materiálne zdroje vnímajú ako dôležité, aby mohli byť súčasťou rovesníckej skupiny a oceňujú dostatok priestoru v dome aj mimo neho. Zdraví mladí ľudia tiež športujú a chodia von s priateľmi, patria do stmelených, inkluzívnych a dobre fungujúcich rodín s oboma pracujúcimi rodičmi a majú priateľov, s ktorými majú spoločné záujmy.

Rôzni ľudia teda popisujú zdravie rôzne. Bežný názor u starších ľudí je, že dobré zdravie je, keď sa nič nedeje. Mladší ľudia si častejšie myslia, že zdravie je vtedy, keď sa človek správa zdraviu prospešným spôsobom. A niektorí ľudia nie sú schopní opísať, aké to je cítiť sa zdravo z rôznych dôvodov. Napríklad pre mladých mužov je zdravie normou, základným stavom, ktorý sa považuje za samozrejmosť. Staršie ženy môžu mať problém opísať, aké to je cítiť sa zdravo, pretože sú v zlom zdravotnom stave už tak dlho, že si nedokážu spomenúť, aké to bolo cítiť sa dobre.

Ďalším faktorom, ktorý ovplyvňuje to, ako ľudia posudzujú svoje zdravie, je **aktuálny zdravotný stav**. Zdravie sa posudzuje inak, keď už nie je prítomné. Osoby so zlým zdravotným stavom zakladajú svoje hodnotenie na súčasných príznakoch alebo indikátoroch zlého zdravia.

To, čo sa považuje za normálne zdravie, sa v dôsledku ekonomickej, politickej a kultúrnej klímy líši aj medzi kultúrami. **Kultúry** sa líšia vo svojich systémoch presvedčenia o zdraví, zdravotných atribútoch a zdravotných praktikách. Rôzne zdravotné stavy sú vnímané rôzne. A môžete vidieť rozdiely napríklad v tom, ako sa zaobchádza s tehotenstvom v západných krajinách, kde je viac medikalizované na rozdiel od rozvojových regiónov, kde je naturalizované. Fyzické zdravotné stavy ako zdravotné postihnutie alebo duševné choroby sú v niektorých regiónoch spojené s takou stigmatizáciou, ktorá má dôsledky pre celé rodiny. Napríklad v kaukazských rodinách môže súrodenec s postihnutím alebo príbuzný s demenciou alebo depresiou ovplyvniť šance súrodencov na manželstvo alebo dokonca sociálne postavenie rodiny. Takéto presvedčenia môžu ovplyvniť správanie súvisiace so starostlivosťou o zdravie, napríklad ochotu zdôveriť sa so symptómami miestnemu lekárovi.

Aj príčiny chorôb sú v rôznych kultúrach vnímané odlišne. V porovnaní so západnými kultúrami hinduisti alebo sikhovia skôr vnímajú chorobu ako trest za minulé hriechy. Kaukazčania alebo napríklad Gudžarátski Indiáni to často pripisujú negatívnym nadprirodzeným silám. Pre čínsky Singapur je dôležitá rovnováha pozitívnej a negatívnej energie. Východné kultúry skôr veria v predurčenie a Afroameričania alebo Latinoameričania vo vôľu Božiu.

Hodnota alternatívnej alebo komplementárnej medicíny sa môže líšiť aj **v rôznych kultúrach**. V niektorých regiónoch, ako je západný svet, dominuje západná medicína, zatiaľ čo v iných regiónoch, napríklad v subsaharskom Malawi, dominuje tradičná medicína. V niektorých regiónoch, ako je

Malajzia, koexistujú obe a prítomná je zmes západnej a tradičnej medicíny. Tieto príklady ilustrujú, že biomedicínsky pohľad je uznávaný a asimilovaný v rámci systémov presvedčenia rôznych kultúr, a ukazujú, že zatiaľ čo prístup k západnej medicíne a pochopenie jej metód a efektívnosti rastie, je potrebné lepšie porozumieť kultúrne relevantným poznatkom týkajúcim sa choroby a zdravia. Kultúrne hodnoty a náboženské presvedčenie ovplyvňujú správanie ľudí súvisiace so zdravím a starostlivosťou oň, ako aj vnímanie zdravia a choroby. Individuálne presvedčenia zohrávajú úlohu v prežívaní zdravia, choroby a postihnutia. Pre mnohých psychológov v oblasti zdravia je jednoducho fascinujúce, prečo niektorí ľudia reagujú na zdravotné zmeny, chorobu alebo postihnutie určitým spôsobom a iní úplne inak.

3. CELKOVÉ HODNOTENIE ZDRAVIA

Dozvedeli sme sa koľko rôznych faktorov ovplyvňuje naše vnímanie zdravia, vyvstáva teda otázka nakoľko validný je náš názor na naše zdravie? Koreluje to s ukazovateľmi objektívneho zdravia?

Zdravie bežne vnímame z hľadiska toho, ako sa cítime a čo robíme. Náš zdravotný stav nie je len to, či sme mŕtvi alebo živí, ani nie je definovaný jednoducho na základe prítomnosti alebo neprítomnosti symptómov. Je to niečo, čo vnímame sami na sebe, niekedy označovaný ako subjektívny zdravotný stav.

V skutočnosti je vzťah medzi subjektívnym zdravím a ukazovateľmi objektívneho zdravia vo všeobecnosti slabý. Zistilo sa však, že vlastné hodnotenia zdravia (self-rated health), často zisťované pomocou jednej otázky, ako napríklad „Aké je vaše zdravie vo všeobecnosti?“ predikuje hlavné výsledky v oblasti zdravia vrátane úmrtnosti. S týmto typom údajov však prichádzajú určité výzvy. Sú potenciálne ovplyvnené vekovým zložením vzorky a navyše nie vždy sa u oboch pohlaví nájdu rovnaké asociácie. Dôležité sú aj socioekonomické vplyvy. S týmito problémami často zápasíme s interpretáciou údajov merajúcich celkové hodnotenie zdravia.

4. DEFINÍCIE ZDRAVIA

Teraz, keď už vieme, ako rôzne môžu o zdraví premýšľať bežní ľudia, pozrime sa na to, ako o ňom premýšľajú odborníci.

Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako **stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako neprítomnosť choroby alebo postihnutia či vady** (World Health Organization, 1948). Okrem toho, podľa WHO je užívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne zdravia jedným zo základných práv každej ľudskej bytosti bez rozdielu rasy, náboženstva, politického presvedčenia, ekonomických alebo sociálnych podmienok.

Existujú aj iné definície zdravia, napríklad Bircher (2005) ho definuje ako dynamický stav pohody charakterizovaný fyzickým a duševným potenciálom, ktorý uspokojuje nároky života primerané veku, kultúre a osobnej zodpovednosti. Bircherov pohľad stavia jednotlivca do centra skúseností so zdravím a chorobou, zatiaľ čo definícia WHO nie.

5. NEROVNOSTI V ZDRAVÍ A SPRAVODLIVOSŤ V OBLASTI ZDRAVIA

Akokoľvek si zdravie definujeme a čokoľvek si pod ním ako jednotlivci predstavíme, faktom je, že medzi nami existujú, čo sa zdravia týka, značné rozdiely. Čo sú teda nerovnosti v zdraví a čo si predstaviť pod spravodlivosťou v oblasti zdravia?

Aký je rozdiel medzi nerovnosťami v zdraví a nespravodlivými rozdielmi v zdraví? V zahraničnej literatúre sa totiž stretávame s dvoma pojmami – health inequalities a health inequities. V prekladoch zahraničnej literatúry sa oba pojmy – health inequalities aj health inequities prekladajú rovnako, čo ale nie je úplne správne.

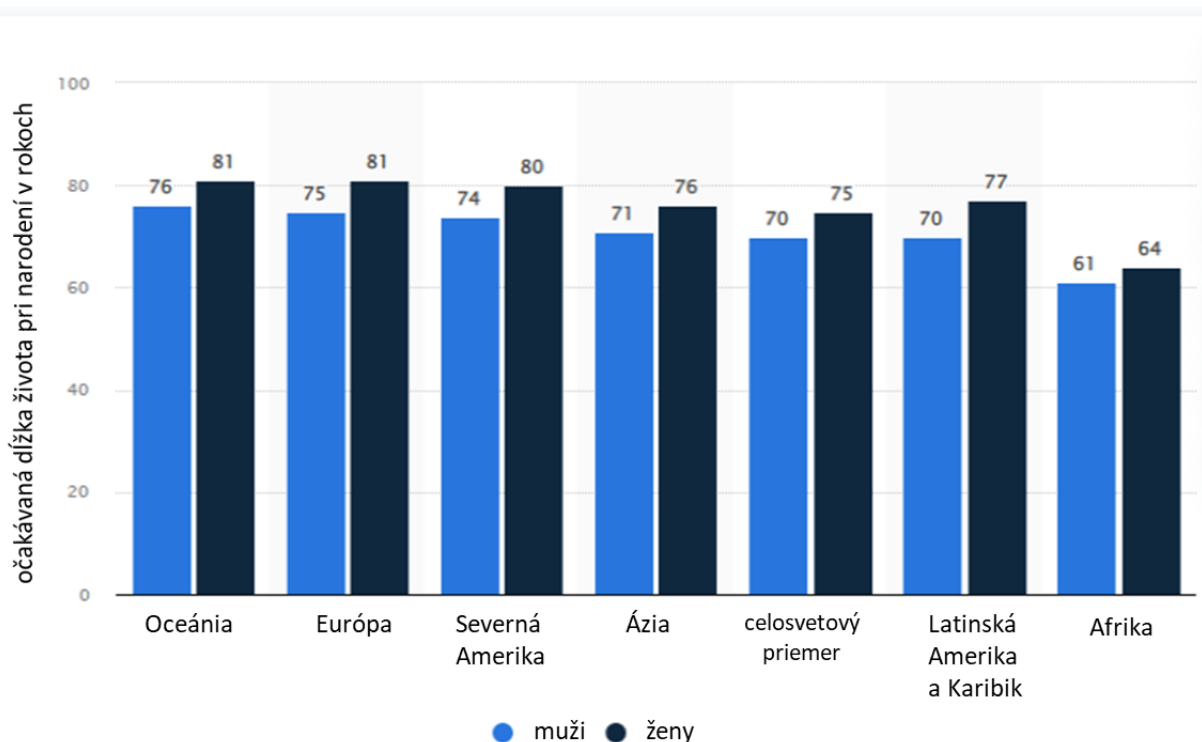
Nespravodlivé rozdiely v zdraví (*health inequities*) majú morálny a etický rozmer a dajú sa odlíšiť od **nerovností v zdraví** (*health inequalities*), čo je termín používaný iba na označenie takých rozdielov, ktoré sú merateľné. Pokiaľ ide o zdravie, „**nespravodlivosť**“ sa týka rozdielov v zdraví, ktoré sú zbytočné a ktorým sa dá predísť, ale okrem toho sa považujú aj za neférové a nespravodlivé (WHO Regional Office for Europe, 2006).

Spravodlivosť v oblasti zdravia znamená, že každý by mal mať spravodlivú šancu na dosiahnutie svojho plného zdravotného potenciálu a nikto by nemal byť pri jeho dosahovaní znevýhodnený (WHO Regional Office for Europe, 2006).

Na vysvetlenie **rozdielu medzi rovnosťou a spravodlivosťou v zdraví** sa dá využiť predstava troch chlapcov rôznej výšky, ktorí si chcú užiť sledovanie zápasu cez vysoký plot. Keď si najprv predstavíte troch chlapcov rôznej výšky stojacich na troch rovnako vysokých debničkách - takýto obraz predpokladá, že každý je schopný benefitovať z rovnakej podpory (ale vo výsledku vôbec nevidia všetci chlapci zápas rovnako, možno tak najvyšší z nich) - zaobchádza sa s nimi **rovnako**. Teraz si skúste predstaviť inú situáciu- troch chlapcov rôznej výšky stojacich na rôznom počte debničiek tak, aby všetci videli zápas rovnako dobre - chlapci majú rôznu podporu, aby mal každý rovnakú možnosť sledovať zápas. Zaobchádza sa s nimi **spravodlivo**. Prostredníctvom zdravotných politik by sme mohli ísť ešte o krok ďalej. Skúste si predstaviť, že môžu všetci traja chlapci sledovať zápas bez akejkoľvek podpory, pretože traja chlapci rôznej výšky môžu sledovať zápas, ale nie je tu vysoký plot - príčina nespravodlivosti bola vyriešená, **systemová bariéra bola odstránená**.

Rozdiely v zdraví sú pozorovateľné v rámci krajín aj medzi nimi a možno ich ľahko ilustrovať napríklad rozdielmi v očakávanej dĺžke života, ktoré sa vždy uvádzajú oddelene pre mužov a ženy, keďže očakávaná dĺžka života žien je vo všeobecnosti vyššia. V roku 2022 bola celosvetová priemerná dĺžka života 70 rokov u mužov a 75 rokov u žien. Očakáva sa však, že ľudia v Afrike budú žiť približne o 15 rokov kratšie v porovnaní s ľuďmi zo Severnej Ameriky. Kým 15 rokov je dosť veľký rozdiel, rozdiely medzi jednotlivými krajinami sú ešte väčšie.

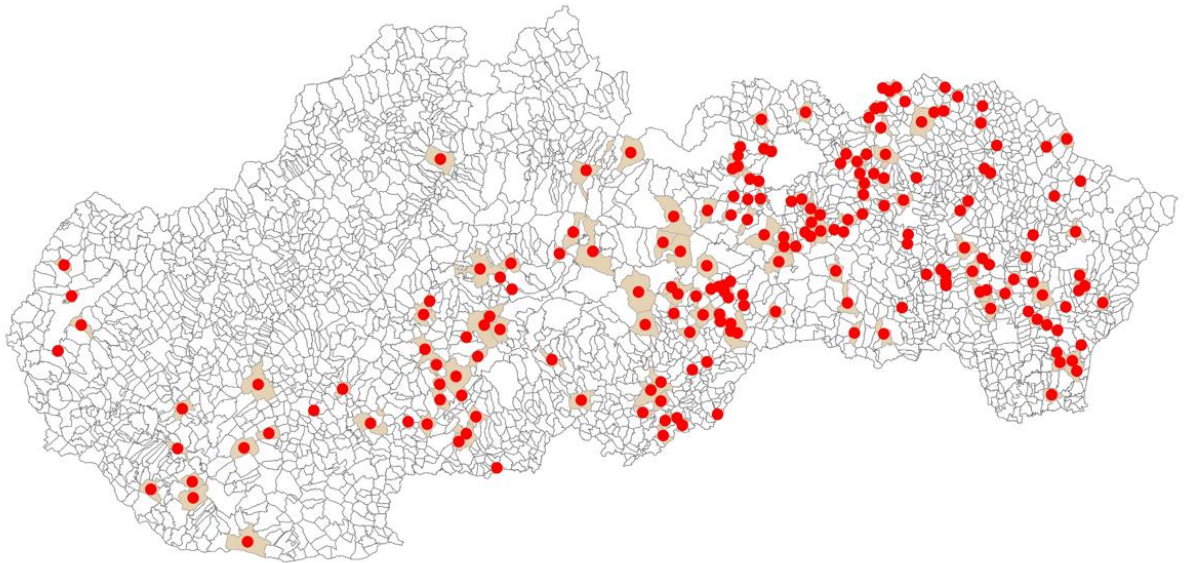
OBRÁZOK 2 Priemerná dĺžka života pri narodení v roku 2022 podľa kontinentu a pohlavia (dostupné na <https://www.statista.com/statistics/270861/life-expectancy-by-continent/>)



Na stránke <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/> nájdete informácie o priemernej dĺžke života svetovej populácie a tiež rôzne prehľadné grafy a tabuľky, kde sú aj jednotlivé krajiny zoradené podľa priemernej dĺžky života ale aj iných indikátorov. V rebríčku krajín zoradených podľa očakávanej dĺžky dožitia je rozdiel medzi najvyššie a najnižšie umiestnenou krajinou, teda medzi Hongkongom (priemerná dĺžka života pre obe pohlavia je 85,29 roka) a Stredoafriickou republikou (priemerná dĺžka života pre obe pohlavia je 54,36 roka) až 30 rokov.

Ako už bolo spomenuté, rozdiely v zdraví sú pozorovateľné aj v rámci krajín. Pozrime sa na **príklad Slovenska**. Priemerná dĺžka života je tu 76 rokov. Ale na Slovensku máme viac ako 1000 marginalizovaných rómskych komunít, kde veľa ľudí žije v chudobe. Červené bodky na mape sú lokality s najvyšším podielom marginalizovanej rómskej populácie. U týchto ľudí je predpokladaná dĺžka života len 70 rokov, no tí, ktorí sú odkázaní na sociálne dávky žijú ešte kratšie. Ich predpokladaná dĺžka života je 68 rokov, čo je zhruba na úrovni Kene alebo Eritrey.

OBRÁZOK 3 Obce na Slovensku so segregovanými koncentraciami Rómskej populácie (Atlas rómskych komunit, 2013, dostupné na https://www.minv.sk/?atlas_2013)



Najpravdepodobnejšími príčinami sú chudoba, sociálne vylúčenie a nerovný prístup ľudí žijúcich v marginalizovaných komunitách k vzdelávaniu, zamestnaniu, bývaniu a rôznym typom služieb vrátane zdravotnej starostlivosti. A veľmi pravdepodobne možno základnú príčinu vidieť v rasizme. Tieto okolnosti sa odrážajú v nespravodlivých rozdieloch v zdraví medzi Rómami a majoritnou populáciou, ich počiatok je ešte pred narodením dieťaťa – a vyvíjajú sa ďalej v priebehu života. Porovnateľné komunity možno nájsť po celom svete. Napríklad v Bangladéši, Indonézii alebo Latinskej Amerike (Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením, 2020) .

6. SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA

Za nespravodlivé rozdiely v zdraví, ktoré sa prejavujú tak v rámci krajín ako aj medzi krajinami, sú väčšinou zodpovedné sociálne determinanty zdravia. **Sociálne determinanty zdravia** sú podmienky, v ktorých sa ľudia rodia, vyrastajú, žijú, pracujú a starnú (Healthy People 2030, Social determinants of health). Tieto podmienky ovplyvňujú príležitosť jednotlivcov byť zdravý, riziko ochorenia a očakávanú dĺžku života. Nespravodlivé rozdiely v zdraví sú výsledkom nerovnomerného rozdelenia sociálnych determinantov.

ÚLOHA 2

Za zdravím jednotlivcov sa vždy skrýva príbeh sociálnych determinantov zdravia. Napríklad ako príbeh Ďurka, ktorý je v nemocnici. Skúste na základe nasledujúceho dialógu rozpovedať príbeh Ďurka.

Prečo je Ďurko v nemocnici?	Pretože má v nohe infekciu.
Prečo má tú infekciu?	Pretože má na nohe reznú ranu a tá sa mu infikovala.
A prečo má na nohe tú reznú ranu?	Pretože sa hral na smetisku za bytovkou a spadol na nejaký ostrý kus plechu.
Ale prečo sa hral na smetisku?	Pretože v okolí je to spustnuté, ani tam nie sú žiadni dospelí, ktorí by na neho dohliadli.
Tak prečo tam potom žije?	Pretože jeho rodičia si nemôžu dovoliť bývanie na lepšom mieste.
Prečo si jeho rodičia nemôžu dovoliť lepšie miesto na život?	Pretože jeho otec je nezamestnaný a matka je chorá.
A prečo je otec nezamestnaný?	Pretože nemá vzdelanie a nevie si nájsť prácu.

Koncepčných rámcov pojednávajúcich o sociálnych determinantoch zdravia existuje viacero. Jeden z najpoužívanejších a najkomplexnejších koncepčných rámcov súčasnosti pochádza z dielne Svetovej zdravotníckej organizácie (Solar a Irwin, 2010).

OBRÁZOK 4 Koncepčný rámec sociálnych determinantov zdravia (Solar a Irwin, 2010, str.6)

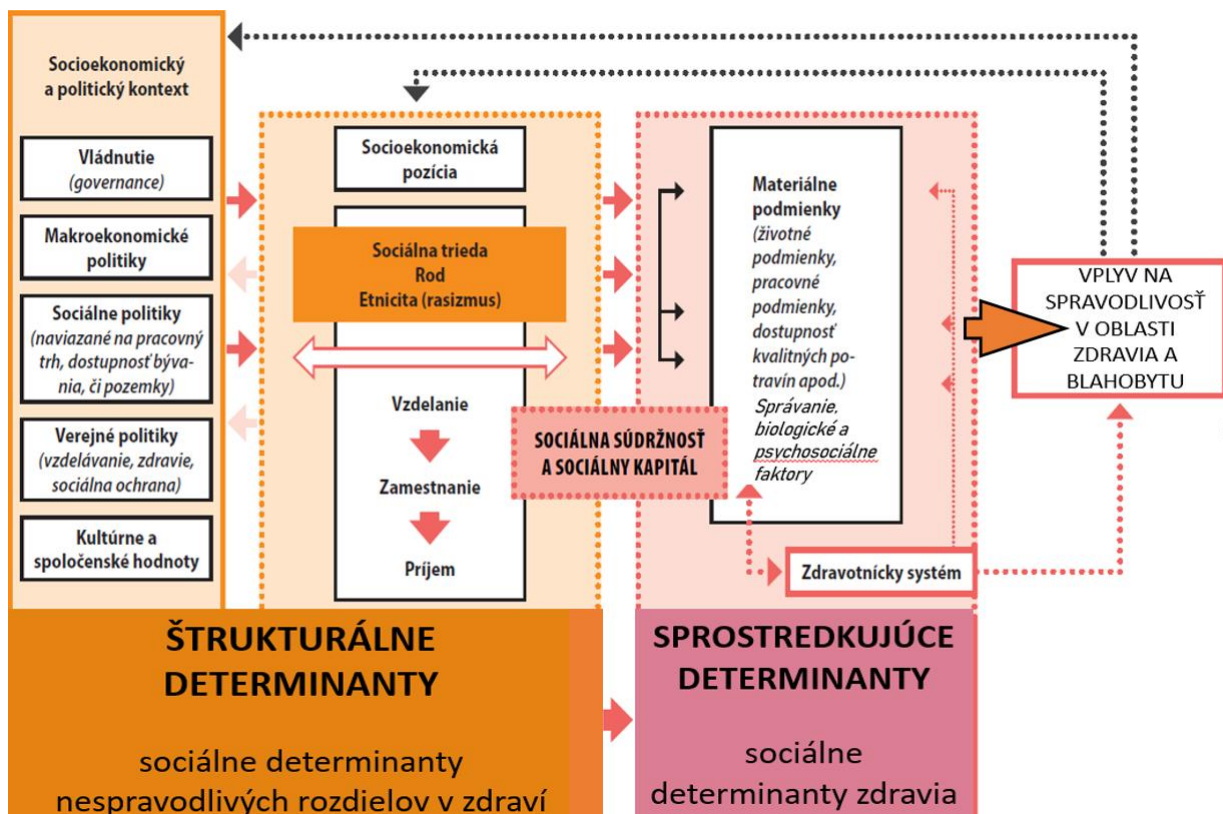


Schéma sociálnych determinantov zdravia zachytáva nielen jednotlivé faktory vo vzájomnej hierarchii ale aj mechanizmy, ktorými sociálne determinanty ovplyvňujú zdravie ľudí a prispievajú k nespravodlivým rozdielom v zdraví. Vplyv na spravodlivosť v oblasti zdravia a pohody je vidieť vpravo. Naľavo sú zobrazené rôzne skupiny faktorov alebo determinantov ovplyvňujúcich zdravie. Najbližšie sú tie faktory, ktoré priamo poškodzujú naše telo. Táto skupina faktorov sa nazýva sociálne determinanty zdravia alebo tiež sprostredkujúce determinanty, pretože materiálne okolnosti, behaviorálne, biologické a psychosociálne faktory spolu s prístupom k zdravotnému systému a jeho kvalitou ovplyvňujú a pôsobia na výsledky v oblasti zdravia, ale nie sú skutočným pôvodcom nespravodlivých rozdielov v zdraví. Ako ukazuje koncepčný rámec, sociálne determinanty nespravodlivých rozdielov v zdraví sa nazývajú štrukturálne determinanty.

Štrukturálne determinanty sú širšie spoločenské, politické, ekonomické, environmentálne a kultúrne sily v spoločnosti, ktoré určujú životné podmienky ľudí. Kľúčové je, že za sociálnymi faktormi, ktoré umožňujú alebo obmedzujú zdravie jednotlivcov a skupín, sú hlbšie spoločenské procesy, ktoré sú zodpovedné za nerovnomernú distribúciu týchto faktorov medzi skupinami obyvateľstva. Z tohto dôvodu sa štrukturálne determinanty niekedy označujú ako „príčiny príčin“ zlého zdravia.

Štrukturálne determinanty pozostávajú z dvoch hlavných komponentov, ktorými sú **socioekonomická pozícia a socioekonomický a politický kontext**.

Socioekonomická pozícia sa týka sociokultúrnych a ekonomických faktorov, ktoré ovplyvňujú postavenie jednotlivcov alebo skupín v rámci štruktúry spoločnosti. Rozdelenie týchto sociálnych a ekonomických faktorov v spoločnosti vytvára sociálnu stratifikáciu, kde niektorí jednotlivci alebo skupiny majú vyššie socioekonomickú pozíciu ako iní - takto sa vytvárajú nerovnosti. Medzi bežné faktory, ktoré ovplyvňujú **socioekonomickú pozíciu**, patrí úroveň príjmu, vzdelanie a povolanie, ako aj pohlavie, etnicita a miesto pobytu.

Socioekonomický a politický kontext je tvorený súborom sociálnych, ekonomických a politických podmienok v krajine, ktoré ovplyvňujú rovnomerné alebo nerovnomerné rozdelenie moci, zdrojov, prestíže a iných sociálnych a ekonomických faktorov medzi rôzne skupiny spoločnosti. Sociálno-ekonomický a politický kontext ovplyvňuje národné stratégie a politiky súvisiace s oblasťami, akými sú trh práce, vzdelávací systém, sociálna ochrana a bývanie a využívanie pôdy.

Sprostredkujúce determinanty predstavujú v tomto systéme inú funkciu. Jedným z komponentov, ktorý má v koncepčnom rámci špeciálne postavenie je zdravotnícky systém. Zabezpečením spravodlivého prístupu k zdravotníckym službám a podporou opatrení v rôznych odvetviach s cieľom zlepšiť zdravie a blahobyt môže zdravotnícky systém priamo ovplyvniť rozdiely v expozíciách a zraniteľnosti, ktoré majú za následok zlý zdravotný stav. Zdravotnícky systém by mal v životoch ľudí pôsobiť ako mediátor alebo nárazník proti dopadom choroby alebo postihnutia. Mal by byť schopný zabezpečiť, aby zdravotný problém nemal za následok zhoršovanie socioeconomickej pozície a zároveň napomôcť k sociálnej (re)integrácii ľudí so zdravotným postihnutím, chorobou alebo iným znevýhodnením.

Rámec zobrazuje niekoľko ďalších kategórií sociálnych determinantov zdravia, vrátane **materiálnych okolností, správania, biologických a psychosociálnych faktorov**.

Materiálne pomery sú jednak determinanty spojené s materiálnymi podmienkami (fyzické prostredie, životné a pracovné podmienky, dostupnosť sociálnych služieb), zahŕňajú ale aj schopnosť ľudí

zabezpečiť si tovary a služby vrátane zdrojov na nákup zdravých potravín, odevov a iných potrieb. Tieto pomery sa stávajú zdrojmi, ktoré napomáhajú v prístupe k podmienkam priaznivým pre zdravie alebo naopak predstavujú zdravotné riziká. **Vzorové správanie** zahŕňajú najmä fajčenie, stravu, konzumáciu alkoholu a cvičenie. V závislosti od expozície a zraniteľnosti môže so zdravím súvisiace správanie pôsobiť ako ochranný faktor a zdravie zlepšovať (napr. cvičenie, zdravé stravovanie) alebo byť pre zdravie škodlivé (napr. fajčenie, obezita). Dôležité je, že životný štýl a so zdravím súvisiace správanie sú výsledkom materiálnych pomerov, do ktorých sa človek narodí, v ktorých žije a pracuje. **Psychosociálne faktory** sú ďalšou kategóriou sprostredkujúcich determinantov zahŕňajúce psychosociálne stresory, akými sú nepriaznivé životné udalosti, stresové životné podmienky (napr. veľká zadlženosť alebo finančná neistota) a nedostatok sociálnej opory.

ÚLOHA 3

Zamyslite sa nad hlavnými skupinami determinantov zdravia. Toto sú štyri skupiny faktorov, na ktoré sa zameriava väčšina politík:

1. zdravotná starostlivosť (dostupnosť, kvalita)
2. fyzické prostredie (zastavané prostredie, kvalita životného prostredia)
3. sociálne a ekonomické prostredie (vzdelanie, povolanie, príjem, sociálna podpora, bezpečnosť komunity)
4. so zdravím súvisiace správanie (výživa, fyzická aktivita, fajčenie, alkohol, sexuálne správanie)

Čo si myslíte, akou mierou prispievajú tieto štyri skupiny determinantov k výsledkom v oblasti zdravia?

Nakreslite koláč a rozdeľte ho na 4 časti.

Skúste odhadnúť, aký veľký je kus koláča pre každú zo štyroch skupín faktorov.

RIEŠENIE ÚLOHY 3

Existuje mnoho takýchto odhadov, niektoré z nich pripisujú určitú dôležitosť aj genetike. Všetky však identifikujú sociálne a ekonomické faktory, ako tie, ktoré majú najväčší vplyv na výsledky v oblasti zdravia. Ich relatívny podiel vplyvu sa odhaduje na 40 %.

Druhý najvýznamnejší vplyv má so zdravím súvisiace správanie a jeho relatívny podiel vplyvu sa odhaduje na 30 %.

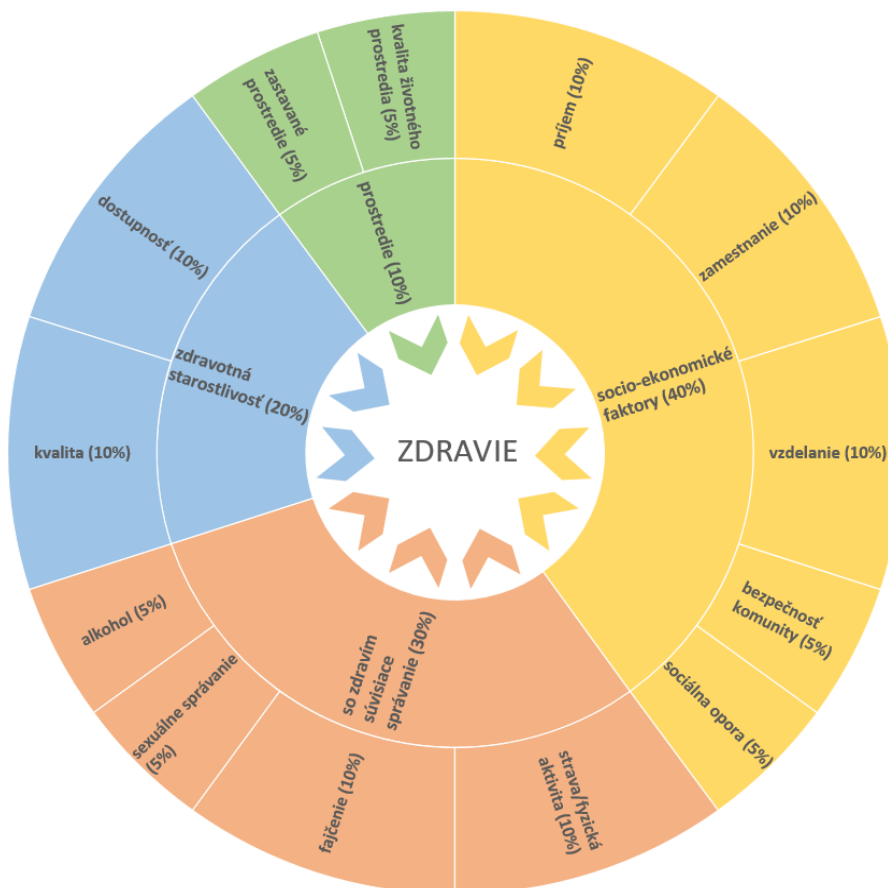
Tretia skupina faktorov súvisí so zdravotnou starostlivosťou a zdravotná starostlivosť sa podieľa na výsledkoch v oblasti zdravia iba na 20 %.

Posledná skupina faktorov s relatívne najnižším podielom vplyvu súvisí s fyzickým prostredím zloženým z vybudovaného prostredia a kvality životného prostredia a na výsledkoch v oblasti zdravia sa podieľa iba na 10 %.

V oblasti determinantov zdravia existujú štyri skupiny faktorov, na ktoré sa zameriava väčšina politik, a to konkrétne:

1. zdravotná starostlivosť (dostupnosť, kvalita)
2. fyzické prostredie (zastavané prostredie, kvalita životného prostredia)
3. sociálne a ekonomické prostredie (vzdelanie, povolanie, príjem, sociálna podpora, bezpečnosť komunity)
4. so zdravím súvisiace správanie (výživa, fyzická aktivita, fajčenie, alkohol, sexuálne správanie)

OBRÁZOK 5 Relatívny podiel vplyvu jednotlivých faktorov na zdravie (podľa Park a kol., 2015)



Tieto štyri skupiny faktorov prispievajú k výsledkom v oblasti zdravia rôznou mierou, dokonca existuje mnoho takýchto odhadov a niektoré z nich pripisujú určitú dôležitosť aj genetike (Park a kol., 2015).

Všetky však identifikujú **sociálne a ekonomické faktory**, ako tie, ktoré majú najväčší vplyv na výsledky v oblasti zdravia. Ich relatívny podiel vplyvu sa odhaduje na 40 %, z toho príjem predstavuje 10%, zamestnanie 10%, vzdelanie 10 %, sociálna opora 5% a bezpečnosť komunity 5 %.


Druhý najvýznamnejší vplyv má **so zdravím súvisiace správanie**. Mohlo by sa zdať, že ide o vec voľby. Že sa jednoducho môžeme rozhodnúť, či budeme fajčiť alebo nie, či budeme cvičiť alebo nie. Tu však musíme mať na pamäti, že so zdravím súvisiace správanie je formované a výrazne ovplyvnené sociálnym a ekonomickým prostredím. Bolo by veľmi nereálne očakávať, že veľmi chudobní ľudia budú chodiť do *fitka*, ak sa v ich okolí vlastne žiadne nenachádza, alebo že si budú pravidelne umývať ruky, ak tam, kde žijú, nemajú tečúcu vodu. A niekedy je nezdravé správanie len maladaptívnou stratégiou zvládania stresu za veľmi nepriaznivých okolností. Relatívny podiel vplyvu so zdravím súvisiaceho správania sa odhaduje na 30 %, z toho alkohol predstavuje 5%, sexuálne správanie 5%, fajčenie 10% a strava/fyzická aktivita 10%.

Tretia skupina faktorov súvisí **so zdravotnou starostlivosťou**. Mnoho ľudí si myslí, že robiť ľudí zdravými je presne úlohou systému zdravotnej starostlivosti. Ako je teda možné, že sa zdravotná starostlivosť podieľa na výsledkoch v oblasti zdravia iba 20 %? Je to preto, že s výnimkou preventívnych prehliadok sa systém zdravotnej starostlivosti väčšinou stará o ľudí, ktorí už chorí sú. Škodu už spôsobili všetky ostatné faktory. Preto nemôžeme očakávať, že zdravotníctvo vyrieši zdravotné nerovnosti bez ohľadu na to, koľko peňazí by sme doň investovali. Relatívny podiel vplyvu zdravotnej starostlivosti sa odhaduje na 20 %, z toho dostupnosť predstavuje 10% a kvalita 10%.


Posledná skupina faktorov s relatívne najnižším podielom vplyvu (10%) súvisí **s fyzickým prostredím** zloženým z vybudovaného či zastavaného prostredia (tvorí 5%) a kvality životného prostredia (tvorí 5%).

V prípade, že vás téma faktorov prispievajúcich k výsledkom v oblasti zdravia zaujala, odporúčam navštíviť inšpiratívnu interaktívnu stránku County Health Rankings Model (dostupné na <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/county-health-rankings-model>).


Na záver je tu odporúčanie na niekoľko zdrojov, ktoré vám poskytnú ďalšie zaujímavé a podnetné informácie. V prvom kratučkom videu rôzni ľudia hovoria o tom, čo pre nich znamená zdravie:

	https://www.youtube.com/watch?v=QGQLPSh_shk
---	---


Druhé video, ktoré trvá asi 4 minúty, pekne ilustruje a sumarizuje zdravie a sociálne determinanty zdravia:

	https://www.youtube.com/watch?v=zSguDQRjZv0
---	---


V nasledujúcom videu vám Bill Gates predstaví webovú stránku dollar street, kde sa fotografie a veľké dáta používajú na vytvorenie pútavého portréto toho, ako žijú ľudia na celom svete, a vysvetlí, ako množstvo peňazí, ktoré zarobíte, súvisí s miestom, kde žijete a prezrádza, ako to bude vyzeráť u vás doma a čím si budete napríklad umývať zuby. Či už to bude váš prst alebo ultrasonická zubná kefka. Môžete tiež navštíviť samotnú stránku a pokúsiť sa porovnať dve miesta. Napríklad to, kde žijete a druhé niekde na opačnej strane sveta.

	https://www.youtube.com/watch?v=zyJpJLRT04E https://www.gapminder.org/dollar-street
---	--

Ďalšie odporúčanie vás zavedie k stránke County Health Rankings Model, kde môžete preskúmať model komunitného zdravia, ktorý zdôrazňuje množstvo faktorov, ktoré ovplyvňujú, ako dlho a ako dobre žijeme a dozvedieť sa viac o rôznych opatreniach a o tom, ako do seba zapadajú.

	https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model
---	---

Posledný návrh pre vás je pozrieť si TED talk od Rutgera Bregmana a jeho inšpiratívnu a provokatívnu prednášku o chudobe.

	https://www.youtube.com/watch?v=ydKcalE6O1k&t=85s
---	---

OTÁZKY

VNÍMANIE ZDRAVIA A CHOROBY

1.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Chápanie zdravia a choroby sa menilo v čase. Dávno, v dobe kamennej, vnímali ľudia zdravie cez biopsychosociálny model a zdravie tak považovali za viac než len neprítomnosť choroby.

áno nie

1.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Chápanie zdravia a choroby sa menilo v čase. V 20.storočí pripisovali ľudia chorobu zlým duchom alebo bohom.

áno nie

1.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Počas vedeckej revolúcie na začiatku 17. storočia sa chápanie ľudského tela a spôsob akým si ľudia vysvetľovali chorobu stávalo čoraz organickejšie a fyziologickejšie, dominoval biomedicínsky model vnímania zdravia.

áno nie

1.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Počas obdobia starovekého Grécka sa chápanie ľudského tela a spôsob akým si ľudia vysvetľovali chorobu stávalo čoraz organickejšie a fyziologickejšie, dominoval biomedicínsky model vnímania zdravia.

áno nie

VNÍMANIE ZDRAVIA A CELKOVÉ HODNOTENIE ZDRAVIA (SELF-RATED HEALTH)

2.1. Ktoré dôležité faktory ovplyvňujú naše vnímanie zdravia a choroby? (zaškrtnite všetky správne odpovede)

A) vek

B) aktuálna výška príjmu

C) vplyv počasia

D) aktuálny zdravotný stav

E) kultúra

2.2. Ktoré dôležité faktory ovplyvňujú naše vnímanie zdravia a choroby? (zaškrtnite všetky správne odpovede)

A) aktuálny zdravotný stav

B) kultúra

C) vek

D) aktuálna nálada v spoločnosti

E) vplyv počasia

2.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Zdravie bežne vnímame z hľadiska toho, ako sa cítime a čo robíme. Náš zdravotný stav nie je len to, či sme mŕtvi alebo živí, ani nie je definovaný jednoducho na základe prítomnosti alebo neprítomnosti symptómov. Je to niečo, čo vnímame sami na sebe, niekedy označovaný ako subjektívny zdravotný stav.

áno nie

2.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Naše vnímanie zdravia a choroby ovplyvňuje množstvo rôznych faktorov (napr. cena pohonných hmôt, počet hodín spánku, nepravidelné stravovanie, zdravý životný štýl) a všetky vplývajú na ľudí úplne rovnako naprieč svetom, v rôznych kultúrach.

áno nie

2.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Na vlastné hodnotenia zdravia sa vo výskume často pýtame pomocou jednej otázky, napríklad „Aké je vaše zdravie vo všeobecnosti?“. Odpoveď na túto otázku predikuje hlavné výsledky v oblasti zdravia.

áno nie

DEFINÍCIE ZDRAVIA

3.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako neprítomnosť choroby alebo postihnutia či vady. Okrem toho, podľa WHO je užívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne zdravia jedným zo základných práv každej ľudskej bytosti bez rozdielu rasy, náboženstva, politického presvedčenia, ekonomických alebo sociálnych podmienok.

áno nie

3.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako schopnosť zdravotného systému zlepšiť zdravie obyvateľstva prostredníctvom reagovania na pokrok v biomedicíne zaraďovaním nových objavov do zdravotnej starostlivosti.

áno nie

3.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Bircher definuje zdravie ako dynamický stav pohody charakterizovaný fyzickým a duševným potenciálom, ktorý uspokojuje nároky života primerané veku, kultúre a osobnej zodpovednosti. Bircherov pohľad stavia jednotlivca do centra skúseností so zdravím a chorobou.

áno nie

3.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Bircher definuje zdravie ako stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen ako neprítomnosť choroby alebo postihnutia či vady. Užívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne zdravia je jedným zo základných práv každej ľudskej bytosti bez rozdielu rasy, náboženstva, politického presvedčenia, ekonomických alebo sociálnych podmienok.

áno nie

NEROVNOSTI V ZDRAVÍ A SPRAVODLIVOSŤ V OBLASTI ZDRAVIA

4.1. Nespravodlivé rozdiely v zdraví (zaškrtnite všetky správne odpovede)

A) sa v angličtine označujú ako health inequities.

B) majú morálny a etický rozmer .

C) stavajú jednotlivca do centra skúseností so zdravím a chorobou.

D) sa týkajú rozdielov v zdraví, ktoré sú zbytočné a ktorým sa dá predísť, ale okrem toho sa považujú aj za neférové a nespravodlivé.

E) sú pozorovateľné v rámci krajín aj medzi nimi a možno ich ľahko ilustrovať napríklad rozdielmi v očakávanej dĺžke života.

4.2. Nerovnosti v zdraví (zaškrtnite všetky správne odpovede)

A) sa v angličtine označujú ako health inequalities.

B) je termín používaný iba na označenie takých rozdielov, ktoré sú merateľné.

C) stavajú jednotlivca do centra skúseností so zdravím a chorobou.

D) majú morálny a etický rozmer.

4.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Rozdiely v zdraví sú pozorovateľné v rámci krajín aj medzi nimi a možno ich ľahko ilustrovať napríklad rozdielmi v očakávanej dĺžke života, ktoré sa vždy uvádzajú oddelene pre mužov a ženy, keďže očakávaná dĺžka života žien je vo všeobecnosti vyššia.

áno nie

4.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Rozdiely v zdraví sú pozorovateľné výlučne v rámci jednej a tej istej krajiny a nie je možné ich ilustrovať žiadnymi príkladmi.

Áno Nie

4.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Rozdiely v zdraví sú pozorovateľné aj v rámci krajín. Na Slovensku sú najpravdepodobnejšími príčinami chudoba, sociálne vylúčenie a nerovný prístup ľudí žijúcich v marginalizovaných komunitách k vzdelávaniu, zamestnaniu, bývaniu a rôznym typom služieb vrátane zdravotnej starostlivosti. Tieto okolnosti sa odrážajú v nespravodlivých rozdieloch v zdraví medzi Rómami a majoritnou populáciou, ich počiatok je ešte pred narodením dieťaťa – a vyvíjajú sa ďalej v priebehu života.

áno nie

SOCIÁLNE DETERMINANTY ZDRAVIA

5.1. Sociálne determinanty zdravia sú (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) výsledkom tradičnej zdravotnej výchovy, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom ako sa správne správať v zdravotníckom systéme
- B) podmienky, ktoré ovplyvňujú príležitosť jednotlivcov byť zdravý, riziko ochorenia a očakávanú dĺžku života
- C) podmienky, v ktorých sa ľudia rodia, vyrastajú, žijú, pracujú a starnú
- D) schopnosti zdravotníkov komunikovať s pacientom
- E) sa označujú aj ako sprostredkujúce determinanty

5.2. Štrukturálne determinanty zdravia sú (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) výsledkom tradičnej zdravotnej výchovy, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom ako sa správne správať v zdravotníckom systéme.
- B) sú širšie spoločenské, politické, ekonomické, environmentálne a kultúrne sily v spoločnosti, ktoré určujú životné podmienky ľudí.
- C) sociálne determinanty nespravodlivých rozdielov v zdraví.
- D) schopnosti zdravotníkov komunikovať s pacientom.
- E) pozostávajú z dvoch hlavných komponentov, ktorými sú socioekonomická pozícia a socioekonomický a politický kontext.

5.3 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Sociálne determinanty nespravodlivých rozdielov v zdraví sa nazývajú štrukturálne determinanty.

- áno nie

5.4 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

V rámci koncepčného rámca o sociálnych determinantoch zdravia sa socioekonomická pozícia týka sociokultúrnych a ekonomických faktorov, ktoré ovplyvňujú postavenie jednotlivcov alebo skupín v rámci štruktúry spoločnosti.

- áno nie

5.5 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

V rámci koncepčného rámca o sociálnych determinantoch zdravia sa sociálno-ekonomický a politický kontext týka sociokultúrnych a ekonomických faktorov, ktoré ovplyvňujú postavenie jednotlivcov alebo skupín v rámci štruktúry spoločnosti.

- áno nie

5.6 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Sociálno-ekonomický a politický kontext je tvorený súborom sociálnych, ekonomických a politických podmienok v krajine, ktoré ovplyvňujú rovnomerné alebo nerovnomerné rozdelenie moci, zdrojov, prestíže a iných sociálnych a ekonomických faktorov medzi rôzne skupiny spoločnosti.

- áno nie

5.7 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Psychosociálne faktory sú jednou z kategórií sprostredkujúcich determinantov (sociálnych determinantov zdravia) zahŕňajúce psychosociálne stresory akými sú nepriaznivé životné udalosti, stresové životné podmienky a nedostatok sociálnej opory.

áno nie

5.8 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Psychosociálne faktory sú jednou z kategórií štrukturálnych determinánt (sociálnych determinantov nespravodlivých rozdielov v zdraví) zahŕňajúce materiálne pomery a schopnosť ľudí zabezpečiť si tovary a služby vrátane zdrojov na nákup zdravých potravín, odevov a iných potrieb.

áno nie

5.9 Označte prosím, ktoré sú štyri skupiny faktorov determinantov zdravia, na ktoré sa zameriava väčšina politik:

- A) faktory životného prostredia
- B) sociálne a ekonomické faktory
- C) so zdravím súvisiace správanie
- D) schopnosť vzdelávať študentov, zdravotníkov, verejnosť
- E) zdravotná starostlivosť
- F) fyzické prostredie

5.10 Ktoré faktory determinantov zdravia sú identifikované ako tie, ktoré majú najväčší vplyv na výsledky v oblasti zdravia a ich relatívny podiel vplyvu sa odhaduje na 40 %?

- A) sociálne a ekonomické faktory
- B) so zdravím súvisiace správanie
- C) zdravotná starostlivosť
- D) fyzické prostredie

5.11 Ktoré faktory determinantov zdravia sú identifikované ako tie, ktoré majú najmenší vplyv na výsledky v oblasti zdravia a ich relatívny podiel vplyvu sa odhaduje na 10 %?

- A) sociálne a ekonomické faktory
- B) so zdravím súvisiace správanie
- C) zdravotná starostlivosť
- D) fyzické prostredie

LITERATÚRA

1. Atlas rómskych komúnít 2013. Regionálne centrum Rozvojového programu OSN Pre Európu a Spoločenstvo nezávislých štátov v Bratislave, Valeur, 2014. [cit. 2023-01-26], dostupné na https://www.minv.sk/?atlas_2013
2. Baumann, B.: Diversities in conceptions of health and physical fitness. *Journal of Health and Human Behavior*, 1961, 2:1, 39-46.
3. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2005;8(3):335-41. doi: 10.1007/s11019-005-0538-y. PMID: 16283496.
4. Morrison V., Bennett P.: *Introduction to Health Psychology*. Pearson, Harlow, 2016.
5. Healthy People 2030, U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. [cit. 2023-01-26], dostupné na <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>
6. Park, H., Roubal, A. M., Jovaag, A., Gennuso, K. P., & Catlin, B. B. Relative contributions of a set of health factors to selected health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 2015, 49(6), 961-969.
7. Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením, 2020. [cit. 2023-01-26], dostupné na <https://www.minedu.sk/revizia-vydavkov-na-skupiny-ohrozene-chudobou-alebo-socialnym-vylucenim-2020/>
8. Solar, O., Irwin, A.: *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO Document Production Services, 2010.
9. Social determinants of health. World Health Organization [cit. 2023-01-26], dostupné na https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
10. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 1948.
11. World Health Organization Regional Office for Europe. *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. (Whitehead M, Dahlgren G). Copenhagen:WHO Regional Office for Europe, 2006 [cit. 2023-01-26], dostupné: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

II. SO ZDRAVÍM SÚVISIACE SPRÁVANIE

V predchádzajúcej kapitole ste sa dozvedeli, ako ľudia vnímajú zdravie a chorobu, čo ovplyvňuje vnímanie zdravia a čo je spravodlivosť v oblasti zdravia. V tejto kapitole sa budeme podrobnejšie venovať témam ako sú definície a oblasti zdravie podporujúceho správania, definície a oblasti zdravie ohrozujúceho správania, definície a domény ekologického modelu správania sa v oblasti zdravia a definície a postupy pri tvorbe intervencií pre udržateľné zdravie a pri prevencii zdravotných rizík.

ÚLOHA 1

Predtým, než sa dozviete viac o so zdravím súvisiacom správaní, vezmite si hárok papiera a skúste odpovedať na nasledujúce otázky.

1. Čo vám napadne, keď počujete so zdravím súvisiace správanie?

2. Čo podľa vás je a čo nie je so zdravím súvisiace správanie?

3. Skúste vymenovať aspoň 3 pozitívne príklady a aspoň 3 negatívne príklady so zdravím súvisiaceho správania - označované aj ako zdravie podporujúce správanie a zdravie ohrozujúce správanie?

RIEŠENIE ÚLOHY 1

Je veľmi pravdepodobné, že vaše odpovede na otázky boli rôznorodé. So zdravím súvisiace správanie môže každý z nás vnímať odlišne, ale pravdepodobne sa vám v mysli vynorili pojmy ako zdravé stravovanie, dostatok pohybu v zdravom prostredí, či dostatok spánku. Patria tu však aj iné aktivity, ako pravidelná prehliadka u zubára, či preventívna prehliadka vášho zdravotného stavu u všeobecného lekára. Okrem tých benefitných tu patria aj tie poškodzujúce ako fajčenie, popíjanie alkoholu, či časté vystavovanie sa stresovým situáciám. Preto so zdravím súvisiace správanie delíme na zdravie podporujúce a zdravie ohrozujúce správanie.

ÚLOHA 2

Aby ste pochopili komplexnosť témy so zdravím súvisiaceho správania, vezmite si prosím hárok papiera a skúste odpovedať na nasledujúce otázky.

1. Čo všetko môže súvisieť so správaním súvisiacim so zdravím?

2. Čo všetko môže vplývať na so zdravím súvisiace správanie?

RIEŠENIE ÚLOHY 2

Na to, aby sme pochopili komplexnosť tejto témy a zistenie odpovedí na otázky, čo všetko súvisí a vplýva na so zdravím súvisiace správanie, nám môže poslúžiť tzv. koleso so zdravím súvisiaceho správania. Skúste si ho predstaviť ako koleso pozostávajúce z 12 dielikov, kde sú jednotlivé časti/dieliky identifikované a pomenované ako kľúčové determinanty zdravia. Medzi hlavné faktory patrí environmentálne a pracovné prostredie, vzdelanie, siete sociálnej podpory, osobné zdravotné zručnosti, sociálne prostredie, zdravý vývoj v detstve, biologická a genetická výbava, kultúra, finančný a spoločenský status, pohlavie a kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Kanadská agentúra verejného zdravia identifikovala týchto 12 nasledovných determinantov zdravia (Mikkonen, Raphael, 2010):

1. príjem a sociálne postavenie (ovplyvňuje všetky ostatné)
2. sociálne podporné siete
3. vzdelanie a gramotnosť
4. zamestnanie/pracovné podmienky
5. fyzické prostredie
6. biologické a genetické vybavenie
7. individuálne zdravotné postupy a schopnosti zvládať situáciu
8. zdravý vývin dieťaťa
9. zdravotnícke služby
10. pohlavie
11. kultúra
12. sociálne prostredie

1. ZDRAVIE PODPORUJÚCE SPRÁVANIE

Zdravie podporujúce správanie je *správanie osoby, ktoré chráni, zlepšuje alebo udržiava jej zdravie a to bez ohľadu na jej subjektívny alebo objektívny zdravotný stav a bez ohľadu na to, či takéto správanie objektívne vplyva na jej zdravie* (Harris, Guten, 1979). Zdôrazňuje sa však, že na zdravie podporujúce správanie sa má nahliadať, ako na správanie vyjadrujúce ľudské stabilizačné tendencie a vyjadrujúce snahu o znižovanie individuálnej pravdepodobnosti vzniku ochorenia (Murdaugh a kol., 2018).

Medzi zdravie podporujúce správanie zaraďujeme **aktivity spájané s potláčaním rizikových faktorov, znižovaním negatívnych zdravotných následkov a zlepšovaním podmienok pre zdravý životný štýl**. Toto správanie z hľadiska dosahu (Morrison, Bennett, 2016) môžeme rozdeliť na:

- individuálne aktivity,
- rodinné aktivity,
- komunitné aktivity.

Prechádzame k oblastiam zdravie podporujúceho správania. Zaraďujeme tu (Morrison, Bennett, 2016):

- zdravé stravovanie,
- cvičenie a pravidelná fyzická aktivita,
- podstupovanie zdravotného skríningu,
- a využívanie dostupnej imunizácie.

1.1 Zdravé stravovanie

Stravovacie návyky jednotlivca sú výsledkom pôsobenia viacerých stupňov enviro-socio-ekonomických faktorov ako napríklad spoločenské tradície, geografické faktory, sociálna a ekonomická situácia, rodinné a školské prostredie, legislatívne opatrenia a ďalšie. Platí však, že **stravovacie návyky** v svojej komplexnosti **ovplyvňujú zdravie** a priamo a nepriamo **súvisia so vznikom a progresiou viacerých ochorení**. Odporúčania pre opatrenia a intervencie v oblasti zdravého stravovania vznikajú a sú aktualizované na základe reportov o zdravotných benefitoch racionálnej a vyváženej stravy pre zdravie, evidencie o zdravotných rizikách potravín a ich neprimeraného príjmu a stratégií pre personalizované stravovanie podľa veku, pohlavia a zdravotného stavu (Morrison, Bennett, 2016).

Súvislosti medzi zdravým stravovaním a znižovaním výskytu závažných ochorení sú dostatočne preukázané množstvom klinických štúdií. Zdravá, vyvážená a personalizovaná strava znižuje riziká vzniku a progresie kardiovaskulárnych, onkologických, metabolických ochorení a u jedincov znižuje celkovú mortalitu a morbiditu.

1.2 Fyzická aktivita

Význam a pozitívny vplyv fyzickej aktivity na zdravie a vitalitu jedincov je všeobecne známy. Menej známe sú však **konkrétne odporúčania** pre typ, frekvenciu, dĺžku a záťaž fyzickej aktivity pre špecifické vekové a populačné skupiny, ako sú napríklad ženy, muži, deti, staršie osoby, zdravotne oslabení alebo chronicky chorí pacienti. Mohlo by sa zdať, že pravidelná fyzická aktivita je určená pre populáciu zdravých v strednom veku. Výskum však ukazuje, že **najvýznamnejšie benefity** z pravidelného pohybu čerpajú **osoby po 40 roku života a chronickí pacienti**. Odporúčania pre vykonávanie pohybových aktivít špecificky určujú frekvenciu, dĺžku, intenzitu a typ pohybových aktivít pre udržateľné zdravie a sú stanovované na základe evidencie o benefitoch rôznych režimov fyzického zaťažovania, reportoch o

rizikách spojených s pohybovými aktivitami a odporúčaní pre individualizáciu pohybových režimov (Morrison, Bennett, 2016).

Dostatočná aktivnosť je **prevenciou** pred väčšinou z chronických ochorení, zvlášť však ochorení kardiovaskulárneho, pohybového a metabolického systému. Zároveň je to jeden z faktorov vplývajúcich na očakávanú dĺžku života, dĺžku života bez významných zdravotných obmedzení a faktor významne znižujúci celkovú a špecifickú mortalitu v populácií (Morrison, Bennett, 2016).

1.3 Zdravotný skrining

Zdravotný skrining je **novšou oblasťou zdravia podporujúceho správania**. Táto oblasť je založená na princípe náchylnosti na ochorenia. *Je to proces zameraný na identifikáciu individuálnej úrovne rizík pre budúce ochorenia, s cieľom poskytnúť jednotlivcovi rady a informácie ako minimalizovať zdravotné riziká, alebo naplánovať ďalšie vyšetrenie a liečbu pre ich účinné potlačenie.* Príkladmi zdravotných skriningov je skrining glaukómu a myopie oka, rakoviny krčka maternice a prsníka u žien, rakoviny prostaty u starších mužov, alebo genetické testovanie predispozície pre Huntingtonovu chorobu a cystickú fibrózu na základe rodinnej anamnézy.

Skriningové stratégie *vychádzajú z epidemiologických a prehľadových štúdií*, ktoré poukazujú na špecifické charakteristiky rizikových skupín (napríklad špecifické pohlavie a rakovina prsníka, veková hranica a ochorenia srdca, environmentálne vplyvy a pľúcne choroby, dedičné znaky - hemofília) a u ktorých bol preukázaný nárast incidencie vybraných ochorení. Netreba však opomenúť aj to, že pre skriningové stratégie sú dôležité poznatky z klinických štúdií, ktoré sledujú súvislosti medzi skriningom ochorení a zdravotným stavom, resp. účinnosťou liečby; a štúdie inovatívnych diagnostických a prognostických nástrojov a klinických markerov pre jednotlivé ochorenia (Morrison, Bennett, 2016).

1.4 Imunizácia

Vakcína môže **podľa typu** obsahovať *oslabené, alebo usmrtené mikroorganizmy, alebo len konkrétne antigénne kombinácie fragmentov patogénu* (Morrison, Bennett, 2016). Aktuálna imunizačná stratégia SR zahŕňa očkovania proti záškrtu, tetanu, čiernemu kašľu, vírusovej hepatitíde B, invazívnym hemofilovým nákazám, detskej obrne, pneumokokovým invazívnym ochoreniam, osýpkam, mumpsu a ružienke. U mládeže sa významne odporúča vakcinácia proti ľudskému papilomavírusu (HPV) a to ako u dievčat, tak aj u chlapcov.

2. ZDRAVIE OHROZUJÚCE SPRÁVANIE

Zdravie ohrozujúce správanie možno definovať ako *správanie pri ktorom osoba vykonáva činnosť s frekvenciou alebo intenzitou, ktorá zvyšuje riziko ochorenia alebo zranenia* (Baban, Craciun, 2007). Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je nad rámec uvedenej definície dôležité doplniť to, že zdravie ohrozujúce správanie *je správanie, ktoré negatívne ovplyvňuje zdravie nielen v čase jeho vykonávania, ale má významný, perzistentný dosah na kvalitu života, zdravotné riziká a chorobnosť v neskorších rokoch, dokonca aj po potlačení negatívnych prejavov správania sa v zdraví* (World Health Organisation, 2009).

Centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb (Center for Disease Control and Prevention, dostupné na <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>) definuje zdravie ohrozujúce správanie ako správanie, o ktorom sa zistilo, že **významne negatívne ovplyvňuje zdravie jednotlivcov**. Definícia zahŕňa taxonómiu zdravie ohrozujúceho správania:

- užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog,
- rizikové sexuálne správanie,
- nezdravé stravovacie (návyky) správanie a obezita,
- nedostatočná fyzická aktivita,
- správanie, ktoré prispieva k neúmyselným zraneniam a násiliu.

2.1 Užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog

Oblasť užívania **alkoholu, tabakových výrobkov a drog** je identifikovaná ako oblasť **hlavných rizík svetovej úmrtnosti a chorobnosti, s významnými spoločenskými následkami a rizikami vzniku závislosti** (Lim a kol., 2012). Alkohol (etanol) je po kofeíne druhou najčastejšou užívanou psychoaktívnou substanciou na svete. Miera konzumácie alkoholu je relatívne stabilná, k miernemu poklesu dochádza v skupine mladistvých, avšak nárast denného príjmu alkoholu a výskytu ťažkého pitia je pozorovaný vo vekových skupinách nad 65 rokov (OECD Health Statistics, 2014).

*WHO Európsky región je však oblasťou s najvyššou **spotrebou alkoholu na svete**, so značnými sub-regionálnymi a vekovými odlišnosťami v spotrebe alkoholu na jedného obyvateľa (World Health Organisation, 2018). Medzi hlavné zdravotné riziká spojené s neprimeraným príjmom alkoholu patrí zvýšené riziko vzniku rakoviny ústnej dutiny, krku a prsníka, infarktu, ochorení srdca a pečene, poškodenia mozgu a nervového systému (World Health Organisation, 2018).*

Po kofeíne a alkohole, je **nikotín treťou najčastejšou užívanou psycho-aktívnou substanciou**. Nikotín obsahujúce výrobky sa rozdeľujú na dymové, bezdymové a netabakové výrobky, pričom pri každom type sa preukázali negatívne vplyvy na zdravie jedincov. Približne 9 % z celosvetovej úmrtnosti je pripisovaných užívaniu nikotín obsahujúcich výrobkov (Morrison, Bennett, 2016).

Z dlhodobého hľadiska dochádza k stabilnému poklesu **užívania tabakových výrobkov**, avšak v poslednej dekáde dochádza k miernemu nárastu v skupine mladších dospelých z dôvodu dostupnosti nových foriem nikotín obsahujúcich výrobkov (e-cigarety, žuvací tabak, nikotínové vrecúška, a podobne). Napriek poklesu užívania tabakových výrobkov je predikované, že na následky užívania, najčastejšie koronárne ochorenie srdca, rakovinu ústnej dutiny, pľúc a chronickú obštrukciu dýchacích ciest v tomto storočí na svete zomrie viac ako 1 milión ľudí (Morrison, Bennett, 2016).

Približne jedna tretina populácie Slovenskej republiky medzi 15-35 rokom života vyjadrila skúsenosť s užívaním drog aspoň raz v živote (Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2019). Užitie drogy za posledný kalendárny rok v tejto vekovej skupine uviedlo 11,6 % osôb. 3,5 až 7 % svetovej populácie uviedlo užitie drogy za posledný kalendárny rok, pričom vo všetkých prípadoch je dominantne užívanou drogou marihuana (Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2019).

Užívanie drog spôsobuje podľa štatistík výrazne nižšiu mieru škôd na **spoločenskom zdraví** v porovnaní so škodami spôsobenými užívaním alkoholu, tabakových výrobkov a dokonca aj fyzickej inaktívnosti. Je dôležité však zdôrazniť, že vyššiu mieru škôd spôsobuje užívanie drog na **zdraví jednotlivca**, a to

hlavne vo forme zvýšeného rizika smrti z predávkovania, zvýšeného rizika prenosu HIV, Hepatitídy C a ďalších krvou prenosných vírusov/baktérií, rizika poškodenia pľúc, srdca a mozgu a závažných porúch duševného zdravia (Morrison, Bennett, 2016).

2.2 Rizikové sexuálne správanie

Na rozdiel od ostatných oblastí zdravia ohrozujúceho správania, **sexuálne správanie** nie je vo svojej podstate individuálnym správaním, ale správaním v interakcií medzi dvoma jednotlivcami. Sexuálne správanie je základným sociálnym správaním, v ktorom sa ľudstvo neustále mení a vyvíja, a ktoré je predmetom výskumu predovšetkým v doménach ochrany zdravia jednotlivca a bezpečných sexuálnych praktík. Uplatňovanie postupov bezpečných sexuálnych praktík má podporovať znižovanie miery a následkov nechcených tehotenstiev, znižovanie prenosu HIV/AIDS a iných sexuálne prenosných chorôb a infekcií (Morrison, Bennett, 2016).

HIV infekcie a ochorenie AIDS sú závažným dôsledkom rizikového sexuálneho správania. Kým v roku 1990 žilo na svete 8 miliónov osôb s HIV/AIDS, na konci roku 2020 to bolo skoro 38 miliónov osôb. Väčšina osôb (69 %) s HIV/AIDS pochádza z krajín sub-saharskej Afriky. Dôležité je však uviesť, že v krajinách východnej Európy a Strednej Ázie pozorujeme od roku 2000 skoro trojnásobný nárast incidencie. Ročne celosvetovo zomrie na AIDS a na pridružené zdravotné komplikácie medzi 1,5 - 1,9 milióna osôb (Morrison, Bennett, 2016).

Ďalšími, nemenej významnými problémami rizikového sexuálneho správania sú **sexuálne prenosné ochorenia a infekcie**, najčastejšie ľudský papilomavírus, chlamýdiové infekcie, genitálny herpes, genitálne bradavice, kvapavka, syfilis a trichomoniáza. Celosvetovo sa približne 1 milión osôb denne nakazí týmito sexuálne prenosnými chorobami a infekciami (Morrison, Bennett, 2016). **Liečba a znižovanie následkov** sexuálne prenosných ochorení a infekcií je významným socio-ekonomickým problémom, pričom časť z týchto ochorení je nevyliciteľná a môžu spôsobiť nezvratné následky na zdraví človeka. Herpes, kvapavka a syfilis môžu zvýšiť riziko získania HIV. Infekcia HPV spôsobuje u žien zvýšené riziko vzniku rakoviny krčka maternice.

Dôsledky rizikového sexuálneho správania pritom nemusia mať len intra-personálne dosahy. Prenos pohlavne prenosných chorôb z matky na dieťa môže mať za následok narodenie mŕtveho dieťaťa, smrť novorodenca, nízku pôrodnú hmotnosť a predčasný pôrod, sepsu, zápal pľúc, novorodeneckú konjunktivitídu a vrodené deformity plodu. Hepatitída B spôsobuje cirhózu pečene a hepatocelulárny karcinóm. Kvapavka a chlamýdie sú hlavnými príčinami zápalového ochorenia panvy (PID) a neplodnosti u žien (Morrison, Bennett, 2016).

2.3 Nezdravé stravovacie návyky

Nezdravým stravovacím návykom sa pripisuje **35 % podiel úmrtnosti na onkologické ochorenia**. Len pre zaujímavosť, **onkologická úmrtnosť spojená s fajčením je na úrovni 30 %**. To robí z nezdravých stravovacích návykov významnú oblasť zdravia ohrozujúceho správania. Častý príjem potravín s vysokým obsahom tuku a soli, s absenciou vlákniny, typický pre nezdravé stravovanie, je zodpovedný za 7 % svetovej chorobnosti a jednu tretinu prípadov hypertenzie, infarktov a ochorení srdca. Odhaduje sa že vo vyspelých krajinách sa zdravotné riziká spojené s týmto už epidemickým stavom týkajú viac ako 60 % populácie (Morrison, Bennett, 2016).

Vysoký príjem nasýtených tukov, transmastných kyselín a nízko-husotných lipoproteínov spôsobuje enormnú metabolickú a biochemickú záťaž pre pečeň, srdce, obličky a iné vnútorné orgány. Dlhodobé pôsobenie tejto záťaže rezultuje do zvýšených rizík vzniku aterosklerózy, ischemickej choroby srdca a zvýšeným rizikám vzniku rakoviny prsníka a prostaty. **Popri nedostatku fyzickej aktivity sú nezdravé stravovacie návyky druhým faktorom vzniku obezity** (Morrison, Bennett, 2016).

Obezita je oblasť zdravia ohrozujúceho správania, ktorá je v spoločenskom diskurze a povedomí bohato diskutovaná. Je to multifaktoriálny jav, ktorý je všeobecne definovaný ukazovateľom zvaným Body Mass Index. Jeho výpočet je pomerom medzi váhou v kilogramoch a druhou mocninou výšky v metroch (váha v kg/výška v m²). Tento ukazovateľ je však diskutabilný, pretože nedostatočne zohľadňuje vek, pohlavie a telesnú a svalovú stavbu jednotlivca. V praxi je doplňovaný biofyzikálnym posudzovaním telesnej stavby, teda určovaním pomeru aktívnej a pasívnej telesnej zložky na celkovej stavbe, meraním obvodu pásu a pomeru obvodu pásu voči obvodu bokov.

Vysoký a stúpajúci výskyt obezity v Európskej populácii je pozorovaný vo všetkých hlavných vekových skupinách. Jedno z piatich detí a dospelých na svete trpí nadváhou, 39 % dospelých na svete má nadváhu a 13 % trpí obezitou. Zároveň je obezita jedným z hlavných rizikových faktorov predčasnej úmrtnosti a v roku 2017 súvisela so 4,7 miliónmi úmrtí na celom svete (Ritchie, Roser, 2017). Alarmujúce je, že na základe zistení objektívneho merania zloženia tela v rámci medzinárodnej štúdie Health Behaviour in School-Aged Children v roku 2018 každé tretie dieťa na Slovensku vo veku 11 rokov trpelo nadhmotnosťou alebo obezitou (Madarasová Gecková a kol., 2019). Obezita je rizikový faktor pre vznik kardiovaskulárnych ochorení u mužov aj žien, vznik diabetu druhého typu, vybraných onkologických ochorení, ochorení pohybového aparátu a celkovej mortality u žien (Morrison, Bennett, 2016).

ÚLOHA 3

Teraz už viete oveľa viac o zdraví. Predstavili sme si definície a oblasti zdravia podporujúceho a zdravia ohrozujúceho správania. Aby ste pochopili komplexnosť témy ešte viac do hĺbky, vezmite si prosím hárok papiera a skúste odpovedať na nasledujúce otázky.

1. Skúste sa zamyslieť nad tým, ako je možné efektívne vplývať na správanie jednotlivcov v súvislosti so svojim zdravím?

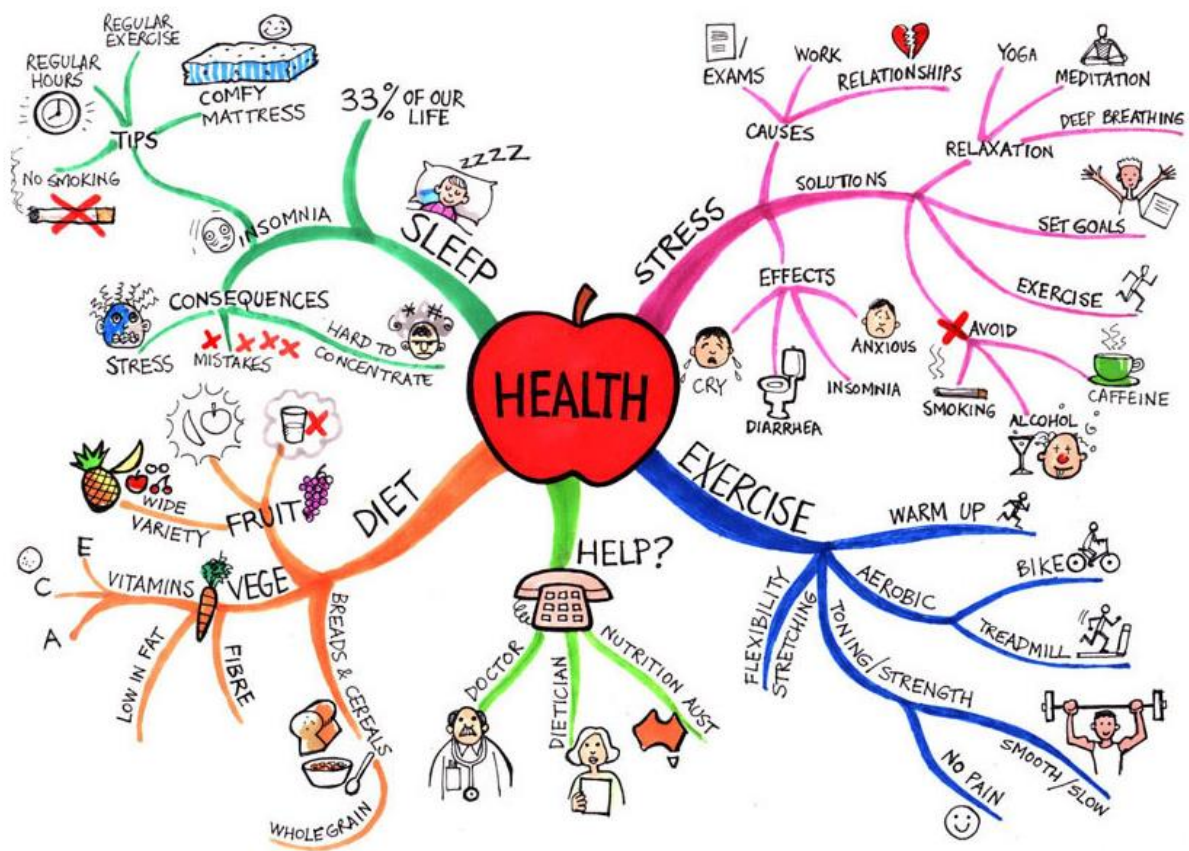
2. Aké a ktoré modely, teórie či definície by mohli vplývať na správanie jednotlivcov v súvislosti so svojim zdravím? Čo by mohlo pomôcť k vysvetleniu?

RIEŠENIE ÚLOHY 3

Odpoveď je zložitá, no v jej hľadaní pomáhajú ekologické modely zdravotného správania, ktoré si predstavíme v nasledujúcej kapitole. Jedným z veľmi názorných a praktických spôsobov, kde je zobrazené ako efektívne vplývať na správanie jednotlivcov v súvislosti so svojim zdravím, sú aj myšlienkové mapy.

OBRÁZOK 1

Myšlienková mapa zdravia (dostupné na <https://learningfundamentals.com.au/resources/>)



Health mindmap

3. EKOLOGICKÝ MODEL SPRÁVANIA PRE ZDRAVIE

Po tom, čo sme si predstavili definície a oblasti zdravie podporujúceho a zdravie ohrozujúceho správania, je čas si povedať niečo o význame, definíciách a doménach ekologického modelu správania.

Ekologické modely zdravotného správania okrem individuálnych súvislostí zdôrazňujú environmentálne a politické súvislosti správania v oblasti zdravia, pričom zahŕňajú viaceré stupne a roviny sociálnych a psychologických faktorov a ich vplyvov.

Ekologické modely vedú k explicitnému zváženiu **viacerých úrovní vplyvu**, ktorými sa riadi vývoj komplexnejších zásahov. Správanie v oblasti zdravia zahŕňa **intrapersonálne** (biologické,

psychologické), **interpersonálne** (sociálne, kultúrne), **organizačné, komunitné, environmentálne a politické vplyvy** (Sallis, Owen, Fisher, 2008).

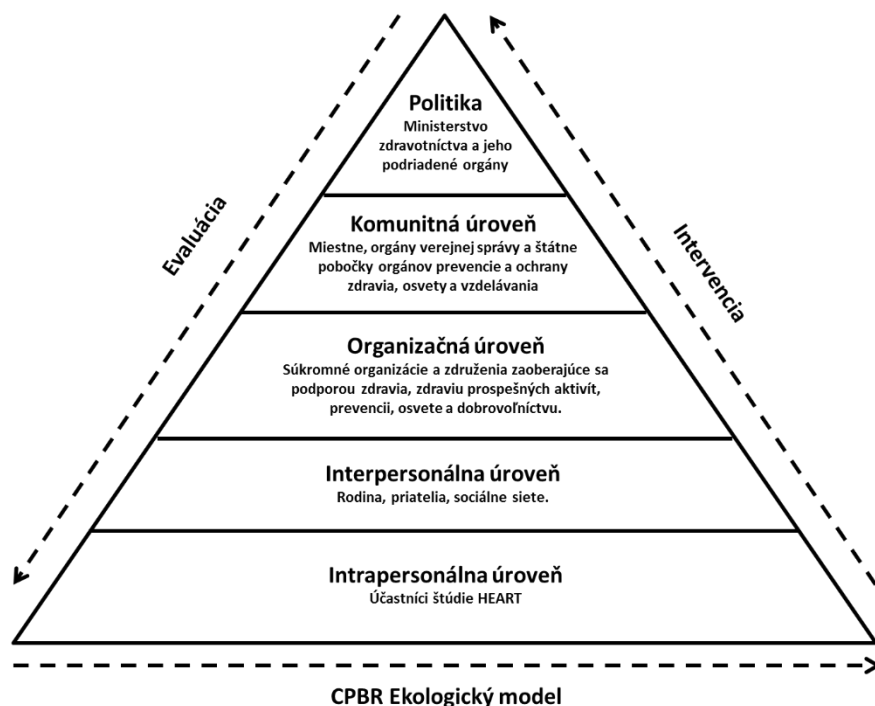
Je známe, že motivácia, vzdelávanie a tvorba zručností pre jednotlivca sa ukázali ako málo efektívne z hľadiska zmeny spoločenského správania v oblasti zdravia, zvlášť ak prostredie a riadenie spoločnosti tejto zmene nepraje. Preto je základným konceptom ekologického správania pre zdravie v prvom rade vytvárať komplexné podmienky, ktoré podporujú proaktivitu, dostupnosť, atraktivnosť, a ekonomickú výhodnosť zdraviu prospešných rozhodnutí a až v druhom rade motivovať a vzdelávať jednotlivcov o týchto možnostiach.

Pre efektívne vplývanie na správanie jednotlivcov v oblasti zdravia je podľa Sallisa, Owena a Fishera (2008) hlavnou výzvou výskumníkov:

- objavovanie faktorov vplývajúcich na rozhodovanie jednotlivcov v oblasti zdravia,
- skúmanie ich vzťahov, súvislostí a podmienenosti,
- hľadanie komplexných a kreatívnych riešení pre zdravie prospešné rozhodovanie jedincov,
- preukazovanie účinnosti viacstupňových zásahov do správania v oblasti zdravia a ich prenos do spoločenskej praxe.

Uvedme si príklad využitia ekologického modelu správania na programe prevencie kardiovaskulárnych ochorení v populácii jedincov na americko-mexickom pohraničí autorov Balcazár a kol. (2012). Pred uvedením programu do praxe autori štúdie Balcazár a kol. (2012) vypracovali **stratégiu zásahov vo forme viacstupňového, pyramídového, ekologického modelu správania sa pre zdravie** (Obrázok 2). Tento model je platný pre konkrétnu populáciu a lokalitu, pre ktorú bol program pripravovaný. Vidíme, že vrchol tvorí najvyššia úroveň politiky vo forme legislatívnych, regulačných, podporných a motivačných nástrojov, ktoré sú vytvárané príslušným ministerstvom zdravotníctva a jemu podriadenými orgánmi. Všetky tieto centrálné nástroje musia byť vytvorené v spolupráci s výkonnými orgánmi na komunitnej úrovni, ktoré majú vytvoriť kapacity a podmienky pre ich uplatnenie v praxi. Tvorba týchto kapacít a podmienok musí prebiehať v súčinnosti s organizačnou úrovňou, a teda v spolupráci s organizáciami, ktoré sú v úzkom kontakte s cieľovými, špecifickými populáciami jednotlivcov (napr. pracujúci, muži, matky, deti, dôchodcovia) pre zabezpečenie účinnej diseminácie nástrojov. Posledné dve úrovne sú úrovne úzkeho a priameho kontaktu, a teda podporné, interpersonálne skupiny (napríklad rodina a priatelia) a samotní cieľoví jednotlivci zaradení do programu HEART.

OBRÁZOK 2 Konceptný rámec využitia ekologického modelu správania na programe prevencie kardiovaskulárnych ochorení v populácii jedincov na americko-mexickom pohraničí autorov Balcazár a kol. (2012) (spracované podľa Balcazár a kol., 2012).



Takto vypracovaná stratégia štúdie HEART je dopĺňovaná minimálnymi očakávaniami od jednotlivých účastníkov modelu, čo predstavovalo 4-mesačnú intervenciu. V nej sú rozpísané konkrétne názvy a obsahy nástrojov aj s kvantifikačnými ukazovateľmi (Obrázok 3).

TABUĽKA 1 Minimálne očakávania pre účasť na štúdiu HEART (podľa Balcazár a kol., 2012).

Aktivity	Očakávania za mesiac	Očakávanie celkovo
Životný štýl - stravovanie	1 sedenie	4 sedenia
Prostredie - stravovanie	1 sedenie	4 sedenia
Kávové prestávky		
Pre srdce zdravé varenie		
Pre srdce zdravé nakupovanie		
Životný štýl a prostredie - cvičenie	4 sedenia	16 sedení
Hodiny aerobiku		
Rodinný futbal		
Latino aerobik v parku		
Prechádzky v parku		
Plávanie	1 sedenie	4 sedenia
Voľný výber (akákoľvek z aktivít)		
CELKOVO	7 sedení	28 sedení

Okrem detailov intervencie sa do stratégie zaraďujú aj merateľné výstupy a popisy ich meracích metód tak, aby po uskutočnení stratégie mohlo dôjsť k vyhodnoteniu jej účinnosti a účelnosti.

4. INTERVENCIE PRE UDRŽATEĽNÉ ZDRAVIE A PREVENCIA ZDRAVOTNÝCH RIZÍK

Intervencie pre udržateľné zdravie sú rozmanité aktivity, ktoré sú zamerané na **zmeny v správaní, ktoré súvisí so zdravím**. Pre potreby špecifickej účinnosti využívajú tieto intervencie nástroje od široko dostupných (napr. médiá), až po tie individualizované (personalizované poradenstvo). *Pre efektivitu intervenčných stratégií je rozhodujúce rozpoznať ktoré konkrétne správanie je problémové, a akým mechanizmom, postupom, či opatrením je toto správanie najúčinnnejšie ovplyvniteľné.* Napríklad pri intervenciách v oblasti stravovacích návykov sa javí problémová sortimentová a cenová dostupnosť zdraviu prospešných potravín. Toto zistenie môže viesť napríklad k centrálnej regulácii vo forme zvýšenia dotácií pre producentov, zníženiu daňovej záťaže a regulácii dostupnosti potravín na pultoch predajní (Morrison, Bennett, 2016).

Najznámejším rámcovým konceptom pre prípravu intervencií je **PRECEDE-PROCEED model**, ktorý identifikuje a kategorizuje tieto cieľové psychosociálne premenné:

- **Predispozičné faktory** (napr. poznatky, postoje, osobné preferencie, vlastné schopnosti, samostatnosť vo vzťahu k očakávanej zmene),
- **Umožňujúce faktory** (charakteristiky prostredia, ktoré umožňujú účinnú zmenu v správaní a zručnosti a zdroje potrebné pre túto zmenu),
- **Reinformačné faktory** (faktory, ktoré odmeňujú alebo posilňujú požadovanú zmenu správania, vrátane sociálnej podpory, ekonomických odmien a sociálnych noriem) (Green, Kreuter, 2005).

Model PRECEDE–PROCEED je hodnotiaci rámec nákladov a prínosov navrhnutý v roku 1974 Lawrencom W. Greenom, ktorý môže pomôcť tým, ktorí plánujú zdravotné programy, ale i tvorcom politik a iným hodnotiteľom analyzovať situácie a efektívne navrhovať zdravotné programy.

PRECEDE-PROCEED model identifikuje **5 fáz realizácie intervencie** (Green, Kreuter, 2005):

1. sociálna diagnostika (slúžiaca pre porozumenie zdravotného problému/rizika, cieľovej skupiny, zdrojov dostupných pre zmenu),
2. epidemiologická, behaviorálna a environmentálna diagnostika (slúžiaca pre pochopenie existujúcich vzťahov medzi prvkami zmeny),
3. edukačná a ekologická diagnostika (slúžiaca pre identifikáciu predispozičných, umožňujúcich a reformačných faktorov zmeny),
4. administratívna a legislatívna diagnostika (slúžiaca pre kontrolu konzistencie navrhovaných postupov s legislatívou a riadením štátu),
5. implementácia programu (samotné vykonanie intervencie vo fázach vykonania procesu, overenie priamych dopadov a dlhodobých výsledkov intervencie na správanie sa súvisiace so zdravím).

Pri téme **prevencii zdravotných rizík** je hneď v úvode potrebné uviesť, že *sa jedná o špecificky, populačne orientované alebo individuálne intervencie*. Tieto intervencie slúžia na znižovanie zdravotných rizík spojených so zdravie poškodzujúcim správaním, ako je napríklad fajčenie, nezdravé

stravovanie, alebo nedostatok pohybovej aktivity. **Primárna prevencia rizík** sa uplatňuje pri predchádzaní vzniku ochorení u zdravých jedincov. **Sekundárna prevencia** sa zameriava na potlačanie skorých prejavov a rizík pre zhoršenie ochorenia. **Terciárna prevencia** špecificky vplýva na saturovanie základných funkcií pri postupujúcom ochorení (Morrison, Bennett, 2016).

Do prevencie zdravotných rizík zaraďujeme postupy:

A. PRÁCE S JEDNOTLIVCOM:

- programy na skríning rizikových faktorov,
- motivačné interview,
- problémovo orientované prístupy.

B. VYUŽÍVAJÚCE MASMÉDIÁ:

- zdokonaľovanie komunikácie s cieľom maximalizovať jej vplyv na postoje,
- použitie strachu a použitie rámcovania informácií,
- zacielenie na publikum, cieľovú skupinu populácie.

C. VYUŽÍVAJÚCE ENVIRONMENTÁLNE INTERVENCIE:

- poskytovanie dôvodov správania,
- minimalizácia nákladov spojených so zdravie ochraňujúcim správaním,
- maximalizácia nákladov spojených so zdravie poškodzujúcim správaním.


D. PROGRAMY VEREJNÉHO ZDRAVIA:

- komunitné programy pre zdravie, prevenciu a osvetu,
- znižovanie rizík infekcie HIV v spoločnosti,
- programy zdravého pracovného prostredia,
- programy intervencií na školách a vzdelávacích zariadeniach,
- rovesnícke vzdelávanie.

E. PROGRAMY VYUŽÍVAJÚCE NOVÉ TECHNOLOGIE:

- E-health,
- M-health,
- monitoring a vyhodnocovanie dennej spánkovej a pohybovej aktivity,
- monitoring a vyhodnocovanie príjmu tekutín a stravy
- gamifikačné a interakčné intervencie.

Na záver vám ponúkame niekoľko užitočných informačných zdrojov dopĺňujúceho čítania, na ktorých nájdete široký záber overených poznatkov o zdravie podporujúcom a zdravie ohrozujúcom správaní, ekologických modeloch správania a skúsenostiach s využívaním intervencií pre udržateľné zdravie a prevencii zdravotných rizík.

	<p>So zdravím súvisiace správanie a vzdelávanie v oblasti zdravia: https://iums.ac.ir/files/hshe-soh/files/beeduhe_0787996149(1).pdf</p> <p>Program Centra pre kontrolu a prevenciu chorôb na podporu zdravého správania (CDC Promoting Healthy Behavior Programme): https://www.cdc.gov/healthyschools/healthybehaviors.htm</p> <p>Informácie o správaní súvisiacom so zdravím, prehľad a dôsledky (Multiple health behaviours: overview and implications): https://academic.oup.com/jpubhealth/article/34/suppl_1/i3/1546367</p> <p>Zdravie a správanie: Súhra biologických, behaviorálnych a spoločenských vplyvov (Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences): https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43744/</p> <p>Podpora zdravia a prevencia chorôb prostredníctvom populačných zásahov vrátane opatrení na riešenie sociálnych determinantov a nerovnosti v oblasti zdravia (WHO Health promotion and disease prevention): http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html</p>
---	--

OTÁZKY

ZDRAVIE PODPORUJÚCE SPRÁVANIE

1.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Zdravie podporujúce správanie je správanie osoby, ktoré chráni, zlepšuje alebo udržuje jej zdravie a to bez ohľadu na jej subjektívny alebo objektívny zdravotný stav, a bez ohľadu na to či takéto správanie objektívne vplýva na jej zdravie.

áno nie

1.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Medzi zdravie ohrozujúce správanie zaraďujeme aktivity spájané s potláčaním rizikových faktorov, znižovaním negatívnych zdravotných následkov a zlepšovaním podmienok pre zdravý životný štýl.

áno nie

1.3 Zdravie podporujúce správanie je spájané s aktivitami, ktoré z hľadiska dosahu môžeme rozdeliť na (označte správnu možnosť):

A) individuálne aktivity, rodinné aktivity a komunitné aktivity

B) sociálne determinanty zdravia a štrukturálne determinanty zdravia

C) sociálne a ekonomické aktivity, zdravotná starostlivosť, fyzické prostredie a so zdravím súvisiace správanie

1.4 Označte, ktoré z uvedených správanií sú označované ako zdravie podporujúce správanie: A) nadmerné užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog

B) zdravé stravovanie

C) fajčenie

D) pravidelná fyzická aktivita

E) rizikové sexuálne správanie

1.5 Označte, ktoré z uvedených správanií sú označované ako zdravie podporujúce správanie:

A) zdravotný skríning

B) fajčenie

C) pravidelná fyzická aktivita

D) imunizácia

E) nadmerné užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog

1.6. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Pravidelná fyzická aktivita je prevenciou pred väčšinou z chronických ochorení, zvlášť však ochorení kardiovaskulárneho, pohybového a metabolického systému. Zároveň je to jeden z faktorov vplývajúcich na očakávanú dĺžku života, dĺžku života bez významných zdravotných obmedzení a faktor významne znižujúci celkovú a špecifickú mortalitu v populácií.

áno nie

ZDRAVIE OHROZUJÚCE SPRÁVANIE

2.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Zdravie ohrozujúce správanie možno definovať ako správanie pri ktorom osoba koná s frekvenciou alebo intenzitou, ktorá zvyšuje riziko ochorenia alebo zranenia. Je to správanie, ktoré negatívne ovplyvňuje zdravie nielen v čase jeho vykonávania, ale má významný, perzistentný dosah na kvalitu života, zdravotné riziká a chorobnosť v neskorších rokoch, dokonca aj po potlačení negatívnych prejavov správania sa v zdraví.

áno nie

2.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Medzi zdravie podporujúce správanie zaraďujeme aktivity spájané s potláčaním rizikových faktorov, znižovaním negatívnych zdravotných následkov a zlepšovaním podmienok pre zdravý životný štýl.

áno nie

2.3 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Centrum pre kontrolu chorôb (CDC) definuje zdravie ohrozujúce správanie ako správanie, o ktorom sa zistilo, že významne negatívne ovplyvňuje zdravie jednotlivcov.

áno nie

2.4 Označte, ktoré z uvedených správání sú označované ako zdravie ohrozujúce správanie:

- A) nadmerné užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog
- B) zdravé stravovanie
- C) nedostatočná fyzická aktivita
- D) rizikové sexuálne správanie
- E) zdravotný skríning

2.5 Označte, ktoré z uvedených správání sú označované ako zdravie ohrozujúce správanie:

- A) pravidelný zdravotný skríning
- B) rizikové sexuálne správanie
- C) pravidelná fyzická aktivita
- D) imunizácia
- E) nadmerné užívanie alkoholu, tabakových výrobkov a drog

2.6. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Oblasť užívania alkoholu, tabakových výrobkov a drog je identifikovaná ako oblasť hlavných rizík svetovej úmrtnosti a chorobnosti, s významnými spoločenskými následkami a rizikami vzniku závislosti.

áno nie

EKOLOGICKÝ MODEL SPRÁVANIA PRE ZDRAVIE

3.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ekologické modely zdravotného správania okrem individuálnych súvislostí zdôrazňujú environmentálne a politické súvislosti správania v oblasti zdravia, pričom zahŕňajú viaceré stupne a roviny sociálnych a psychologických faktorov a ich vplyvov.

áno nie

3.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ekologické modely zdravotného správania sa venujú identifikácii faktorov pre zdravie ohrozujúce správanie a zdravie podporujúce správanie, pričom zahŕňajú výlučne individuálny prístup a vplyv jednotlivcov.

áno nie

3.3 Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenie a označte či je správne, alebo nesprávne.

Ekologické modely vedú k explicitnému zváženiu viacerých úrovní vplyvu, ktorými sa riadi vývoj komplexnejších zásahov. Správanie v oblasti zdravia zahŕňa intrapersonálne, interpersonálne, organizačné, komunitné, environmentálne a politické vplyvy.

Správne Nesprávne

3.4 Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenie a označte či je správne, alebo nesprávne.

Ekologické modely nevedú k explicitnému zváženiu viacerých úrovní vplyvu, ktorými sa riadi vývoj komplexnejších zásahov. Správanie v oblasti zdravia zahŕňa primárne, sekundárne a terciárne vplyvy.

Správne Nesprávne

3.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Základným konceptom ekologického správania pre zdravie je v prvom rade vytvárať individuálne podmienky, ktoré redukovujú proaktivitu a v druhom rade redukovujú motiváciu a vzdelávanie jednotlivcov o týchto možnostiach.

áno nie

3.6 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Praktickým príkladom využitia ekologického modelu správania v praxi je napr. program prevencie kardiovaskulárnych ochorení v populácii jedincov na americko-mexickom pohraničí (projekt HEART).

áno nie

INTERVENCIE PRE UDRŽATEĽNÉ ZDRAVIE A PREVENCIA ZDRAVOTNÝCH RIZÍK

4.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Pre efektivitu intervenčných stratégií je rozhodujúce rozpoznať ktoré konkrétne správanie je problémové, a akým mechanizmom, postupom, či opatrením je toto správanie najúčinnnejšie ovplyvniteľné.

áno nie

4.2 Najznámejším rámcovým konceptom pre prípravu intervencií je:

- A) teória plánovaného správania Fisbeina a Ajzena
- B) PRECEDE-PROCEED model
- C) model štúdie HEART
- D) model sociálnych determinánt zdravia

4.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Najznámejším rámcovým konceptom pre prípravu intervencií je PRECEDE-PROCEED model, ktorý identifikuje a kategorizuje cieľové psychosociálne premenné, a to konkrétne predispozičné faktory, umožňujúce faktory a reinformačné faktory.

áno nie

4.4 Ktorá z uvedených fáz PRECEDE-PROCEED modelu NEIDENTIFIKUJE fázu realizácie intervencie:

- A) implementácia programu
- B) epidemiologická, behaviorálna a environmentálna diagnostika
- C) diagnostika poveternostných vplyvov
- D) sociálna diagnostika
- E) administratívna a legislatívna diagnostika
- F) edukačná a ekologická diagnostika

4.5 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Prevenie zdravotných rizík sú výlučne individuálne intervencie, ktoré slúžia na zvyšovanie zdravotných rizík spojených so zdravie poškodzujúcim správaním (napr. cieľom je dosiahnuť nezdravé stravovanie v skupine dospelých).

áno nie

LITERATÚRA

1. Baban, A., Craciun, C. Changing health-risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 2007, 7, 1, 45-67.
2. Balcázar, H., Wise, S., Rosenthal, E.L., Ochoa, C., Rodriguez, J., Hastings, D., Flores, L., Hernandez, L., Duarte-Gardea, M. An ecological model using promotores de salud to prevent cardiovascular disease on the US-Mexico border: the HEART project. *Preventing Chronic Disease*, 2012; 9, E35.
3. Center for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance System [cit. 2023-01-30], dostupné na: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>
4. Harris, D. M., Guten, S. Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 1979, 20(1), 17–29.
5. Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť. Správa o drogách- Slovensko 2019. Národné monitorovacie centrum pre drogy, Bratislava, 2019. [cit. 2023-01-31], dostupné na <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11351/CDR2019-Slovakia-sk-version.pdf>
6. Green, L., Kreuter, M.: Health program planning: An educational and ecological approach. 4th edition. New York, NY, McGraw-Hill, 2005.
7. Lim, S.S, Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., eds. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, 380, 9859, 2224-2260.
8. Madarasová Gecková A., Eds. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2017/2018 v rámci medzinárodného projektu Health Behaviour in School Aged Children (HBSC). Košice, Equilibria, s.r.o., 2019.
9. Mikkonen, J., Raphael, D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010. [cit. 2023-01-30], dostupné na <http://www.thecanadianfacts.org/>
10. Morrison V., Bennett P.: Introduction to Health Psychology. Pearson, Harlow, 2016.
11. Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., Pender, N. J.: Health promotion in nursing practice. 8th edition. Pearson, 2018.
12. OECD Health Statistics, 2014, [cit. 2023-01-31], dostupné na <https://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>
13. Ritchie H., Roser, M. Obesity. Our world in data, 2017, [cit. 2023-01-31], dostupné na <https://ourworldindata.org/obesity>
14. Sallis, J. F., Owen, N., Fisher, E. B. Ecological Models of Health Behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 465-486). San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2008.
15. World Health Organisation. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, WHO, 2009.
16. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, World Health Organization, 2018, [cit. 2023-01-31], dostupné na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>

III. ZMENA SO ZDRAVÍM SÚVISIACEHO SPRÁVANIA

V predchádzajúcich kapitolách ste sa dozvedeli viac o zdravie ohrozujúcom a zdravie podporujúcom správaní a o tom, ako demografické, sociálne, kognitívne a motivačné faktory ovplyvňujú voľbu zdravie ohrozujúceho či zdravie podporujúceho správania (alebo inými slovami, ktoré skupiny ľudí sa budú správať tým alebo oným spôsobom s väčšou pravdepodobnosťou). Nás ale zaujíma, prečo sa niektorí klienti, pacienti neriadia alebo nedokážu riadiť odporúčaniami zdravotníkov smerujúcimi k úprave či zmene ich správania a akým spôsobom by bolo možné pracovať s nimi tak, aby došlo k žiaducej zmene správania. V nasledujúcej kapitole vám predstavíme vybrané psycho-sociálne modely zmeny so zdravím súvisiaceho správania.

ÚLOHA 1

Vezmite si hárok papiera a rozdeľte ho na dve časti. Skúste si spomenúť, čo všetko ste sa naučili v predchádzajúcich kapitolách o zdravie podporujúcom a zdravie ohrozujúcom správaní a skúste vymenovať aspoň tri odporúčania zdravotníka pacientovi alebo klientovi, ktoré sú zacielené na zmenu správania. Čo by lekár, zdravotná sestra, fyzioterapeut či psychológ mohol odporúčať klientovi, aby zmenil na svojom správaní?

Teraz si skúste spomenúť, čo všetko ste sa naučili v predchádzajúcich kapitolách o faktoroch so zdravím súvisiaceho správania a ku každému odporúčaníu skúste napísať, prečo niektorí pacienti alebo klienti zmenia alebo nezmenia správanie tak, ako im to odporúčať zdravotník. Inými slovami, skúste vymenovať facilitátory a bariéry zmeny, okolnosti a dôvody prečo pacienti nasledujú či nenasledujú odporúčanie zdravotníka.

TABUĽKA 1 Facilitátory a bariéry zmeny správania

Odporúčanie zdravotníka	Facilitátory zmeny	Bariéry zmeny
1.		
2.		
3.		

RIEŠENIE ÚLOHY 1

Pacienti či klienti často dostávajú množstvo odporúčaní na zmenu správania a medzi týmito odporúčaniami je určite často aj odporúčanie, aby prestali fajčiť, znížili svoju telesnú hmotnosť, viac športovali, boli viac fyzicky aktívni, zmenili stravovanie, šli každý deň na prechádzku, absolvovali preventívnu prehliadku, viac oddychovali a mnoho ďalších odporúčaní. Celkom isto ste už počuli aj dlhý zoznam sťažností, že to klienti nerobia, že to nefunguje, že to nedokážu naplniť, lebo nevedia ako, lebo nemajú čas alebo peniaze na túto zmenu, lebo im chýba podpora okolia, lebo je to príliš ťažké a opakovane zlyhávajú, lebo by to znamenalo narušiť zvyklosti a normy v ich okolí a oni sa hanbia, neustoja ten tlak skupiny, lebo im to nedáva zmysel a načo by to teda robili. Za mnohými týmito vysvetleniami môžete nájsť mnohé z toho, čo už ste sa o faktoroch so zdravím súvisiaceho správania naučili v predchádzajúcich kapitolách, ale my chceme vedieť nielen to, prečo sa niekto správa istým spôsobom, ale ako napriek tomu toto správanie zmeniť a predísť nežiaducim zdravotným dopadom.

1. TEORETICKÉ MODELY VYSVETĽUJÚCE ZMENU SPRÁVANIA

Existuje viacero modelov popisujúcich zmenu správania (pre viac informácií pozri Glanz a kol. 2008), no v tejto kapitole si priblížime nasledujúcich päť prístupov.

Jedným z najznámejších modelov je **model presvedčení súvisiacich so zdravím** (Health Belief Model, 1950, Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker), ktorý má korene v časoch, keď sme bojovali s tuberkulózou, ale dodnes sa používa v preventívnych kampaniach. Tento model sa snaží vysvetliť, prečo niektorí ľudia podstúpia skrining a iní nie. Je odvodený zo subjektívnej teórie očakávaného úžitku a predpokladá, že ľudia sa aktívne a racionálne rozhodujú, pričom ich rozhodnutia sú ovplyvnené vnímanou užitočnosťou daného konania.

Druhá skupina modelov je odvodená zo sociálno-kognitívnej teórie, ktorá predpokladá, že sociálne správanie je determinované presvedčením človeka o správaní v daných sociálnych kontextoch, jeho sociálnym vnímaním, očakávanými dôsledkami tohto správania a nie jednoducho jeho poznaním alebo postojmi. **Teória plánovaného správania** (Theory of planned behaviour, 1967, Martin Fishbein, Icek Ajzen) predpokladá, že jednotlivci sa správajú cieľavedome, zvažujú dôsledky svojho správania predtým, než sa rozhodnú, či sa do daného správania zapoja alebo nie, aj keď to zvažovanie nemusí byť nevyhnutne racionálne.

Tretí prístup berie do úvahy rôzne **etapy zmeny správania** (Transtheoretical/ Stages of Change Model 1993, James O. Prochaska, Carlo Di Clemente), pričom niektoré bariéry a facilitátory zmeny správania môžu byť v každej etape odlišné, zatiaľ čo niektoré môžu byť podobné a proces zmeny nemusí byť priamočiary a hladký, ale človek sa môže trmácať vpred a späť, môže sa zaseknúť v niektorej etape alebo aj nikdy nedosiahnuť poslednú etapu.

Prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania (Health action process approach, 1992, Ralf Schwarzer) navrhuje rozlišovať v procese zmeny správania motivačné procesy, ktoré vedú k úmyslu zmeny správania a vôľové procesy, ktoré vedú k aktuálnej zmene správania, teda rozlišovať tých, ktorí o zmene ani neuvažujú, ktorí zmenu zamýšľajú a ktorí na zmene už skutočne pracujú. Zároveň zdôrazňuje úlohu vnímanej sebaúčinnosti a strategického plánovania v rozličných etapách zmeny správania.

Zmena správania a najmä jeho udržanie závisí od toho, ako dokážeme využiť našu **sebareguláciu** a naopak, ak sa nám to nedarí, prejaví sa to tým, že sa nedokážeme správať tak, ako sme plánovali. **Silový model sebaregulácie** (Strength model of self-regulation, 1998, Roy F. Baumeister, Martin Hagger) sa snaží porozumieť, akým spôsobom sa sebaregulácia uplatňuje pri zmene a udržaní zmeneného správania, a teda aj čo by sme mohli urobiť, aby sme vedeli predísť zlyhaniu sebaregulácie.

1.1 Model presvedčení súvisiacich so zdravím

Health Belief Model, 1950, Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker


Podme si teda predstaviť prvý model, model presvedčení súvisiacich so zdravím. Tento model vyvinuli sociálni psychológovia v službách Úradu verejného zdravotníctva Spojených štátov v roku 1950 v snahe vysvetliť, prečo sa niektorí ľudia nezúčastňujú preventívnych programov zameraných na skrining ochorení. Predpokladá, že ľudia si cenia zdravie, chcú sa vyhnúť ochoreniu a očakávajú, že istý druh konania im môže pomôcť predchádzať týmto ochoreniam (Glanz a kol. 2008).

Godfrey H. Hochbaum (Glanz a kol. 2008) skúmal, ako ľudia vnímajú, či sú alebo nie sú náchylní ochorieť na tuberkulózu, ako vnímajú jej závažnosť a ako vnímajú možné benefity zo skorého diagnostikovania tohto ochorenia. Kým 82% tých, ktorí verili, že sú náchylní ochorieť a verili, že by mohli benefitovať zo skorej diagnostiky, podstúpili preventívne skriningové vyšetrenie, teda röntgen pľúc, iba 21% z tých, ktorí neverili, že by mohli ochorieť alebo že by im mohlo pomôcť toto vyšetrenie ho aj podstúpili. Ak človek verí, že môže ochorieť, verí, že by toto ochorenie mohlo viesť k vážnym zdravotným dôsledkom, teda cíti sa ohrozený a verí, že by svojim konaním – v tomto prípade preventívnym skriningovým vyšetrením – mohol predísť ochoreniu alebo jeho dôsledkom a že možné benefity tohto konania prevyšujú prekážky alebo nepríjemnosti súvisiace s organizovaním alebo realizovaním tohto konania, tak je pravdepodobné, že bude konať, podstúpi vyšetrenie, očkovanie, intervenciu. Základné koncepty tohto modelu sú teda **vnímaná náchylnosť, vnímaná závažnosť, vnímané benefity a vnímané bariéry.**

ÚLOHA 2

Pacient Dávid bol pozvaný na skrining rakoviny hrubého čreva, teda test okultného krvácania, keď mal 62 rokov. Vypočujte alebo prečítajte si výpoveď Dávida a označte časti, v ktorých opisuje, či je alebo nie je náchylný trpieť týmto ochorením, či považuje toto ochorenie za závažné a skriningové vyšetrenie za prínosné pre neho osobne a tiež, či mu niečo bráni absolvovať toto vyšetrenie.

Výpoveď pacienta si môžete vypočúť na webovej prezentácii healthtalk:

	http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/cancer/bowel-screening/interview-01
---	---

Výpoveď pacienta:

Podstúpil som skrining jednoducho preto, že moja žena povedala: „Urob to, sme vo vekovej skupine určenej pre tento skrining“, presne podľa tejto schémy. Ale nepovažoval som to za potrebné, pretože sme zdravá rodina a naše stravovacie návyky sú také, aké sa dnes považujú za zdravé. Zvykneme jesť veľa zeleniny a čerstvého mäsa každý deň, takže som nemal pocit, že by so mnou nebolo niečo v poriadku a nemyslel som si, že by niečo mohlo ohrozovať moje zdravie. Bolo to v čase, keď nedávno predtým mi naše deti povedali, že nevyzerám tak dobre a že nie som tak silný, ako som býval, ale pripisoval som to len procesu starnutia.

Takže nakoniec, čo bol ten hlavný dôvod, že ste sa rozhodli podstúpiť ten test? Bolo to to, čo Vám povedala Vaša žena?

Áno, naliehanie mojej manželky. Ale myslím si, že keby prišla druhá pozvánka, asi by som ju zahodil, aby som bol celkom úprimný, pretože som mal pocit, že si len našli dôvod, aby mohli mať pracovné miesto. Chápete, len aby mohli robiť tie testy. Toto je niekto, s kým môžeme pokračovať. Viete, v tom čase som veľmi nerozumel, načo to celé je. Spätne, keď nad tým rozmýšľam, samozrejme, že to bolo odo mňa hlúpe. Ale v tom čase som si myslel, že len si našli niekoho, koho môžu ešte dlho zneužívať. Na zdôvodnenie ich práce, skutočne, čo je pre mňa typické.

A čo sa stalo potom? Dostali ste ďalšiu pozvánku, ďalšiu vám poslali o mesiac neskôr?

Mal som list, v ktorom bolo uvedené, že druhú vzorku nebolo možné jednoznačne vyhodnotiť, niečo také. A že o mesiac ma budú kontaktovať. Myslím, že to bol mesiac, čo aj urobili. Tentokrát to ale potvrdili. Potom som ten test zopakoval a odoslal a muselo to byť opäť pozitívne, pretože netrvalo dlho a miestna nemocnica mi poslala list, v ktorom ma pozvali na kolonoskopiu.

Aké boli vaše pocity v tejto fáze?

No o terminológii som toho veľa nevedel. V skutočnosti som o tom, ako to chodí nič nevedel a len som myslel na to, že je to prekliata nepríjemnosť, ktorá mi vezme čas. V mojej práci ak chcete voľno, musíte nájsť niekoho, kto vás zastúpi. Nie je to zamestnanie, v ktorom si môžete dovoliť len tak urobiť voľno. Niektorí tam musia byť za vás, lebo inak to má dopad na mnohých ľudí. A toto ma trápilo viac ako výsledky skríningu. Ak viete, čo tým myslím – to, že si musím zariadiť veci v práci ma trápilo viac, ako možné dôsledky skríningu na moje zdravie.

RIEŠENIE ÚLOHY 2

Dávid neveril, že by mu mohlo niečo byť a že by malo zmysel robiť mu nejaké vyšetrenia, lebo mali v rodine zdravé stravovacie návyky a aj keď mu deti vraveli, že už nevyzerá tak dobre a nie je taký silný, ako býval, pripisoval to starnutiu. Vyšetrenie podstúpil len kvôli naliehaniu jeho ženy. V tejto časti výpovede Dávid popisuje svoju **vnímanú náchylnosť** voči ochoreniu. Dávid bol navyše veľmi skeptický k opakovaniu testu, obviňoval systém, že si takto nadháňa dôvod pre pracovné miesta. Dávid si nemyslel, že by mu toto vyšetrenie mohlo priniesť nejaký **benefit**. Vnímal ale **bariéry**, podstúpenie vyšetrenia so sebou nieslo starosti a problémy, lebo si musel vziať voľno v práci a nájsť za seba náhradu. Vôbec neuvažoval o tom, že výsledok testu mu môže zmeniť celý život.

ÚLOHA 3

V ďalšom cvičení preskúmame, ako aplikujeme tento model v našich rozhodnutiach týkajúcich sa nasledujúcich troch zdravotných situácií: rakoviny hrubého čreva, rakoviny prsníka a chrípky. Skúste odpovedať na otázky v tabuľke nižšie a porovnajte svoje odpovede pre rôzne zdravotné situácie.

TABUĽKA 2 Aplikovanie modelu presvedčení o zdraví

	Rakovina hrubého čreva počas života	Rakovina prsníka počas života	Chrípka túto sezónu
Ako veľmi pravdepodobné podľa vás je, že vám diagnostikujú dané ochorenie?	<input type="checkbox"/> extrémne nepravdepodob. <input type="checkbox"/> nepravdepodobné <input type="checkbox"/> pravdepodobné <input type="checkbox"/> extrémne pravdepodobné	<input type="checkbox"/> extrémne nepravdepodob. <input type="checkbox"/> nepravdepodobné <input type="checkbox"/> pravdepodobné <input type="checkbox"/> extrémne pravdepodobné	<input type="checkbox"/> extrémne nepravdepodob. <input type="checkbox"/> nepravdepodobné <input type="checkbox"/> pravdepodobné <input type="checkbox"/> extrémne pravdepodobné
Ako veľmi vážne by pre vás bolo trpieť týmto ochorením?	<input type="checkbox"/> nezávažné <input type="checkbox"/> trochu závažné <input type="checkbox"/> závažné <input type="checkbox"/> extrémne závažné	<input type="checkbox"/> nezávažné <input type="checkbox"/> trochu závažné <input type="checkbox"/> závažné <input type="checkbox"/> extrémne závažné	<input type="checkbox"/> nezávažné <input type="checkbox"/> trochu závažné <input type="checkbox"/> závažné <input type="checkbox"/> extrémne závažné
Absolvovanie danej intervencie zníži riziko, že budem trpieť daným ochorením	<input type="checkbox"/> veľmi nesúhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím <input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> veľmi súhlasím	<input type="checkbox"/> veľmi nesúhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím <input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> veľmi súhlasím	<input type="checkbox"/> veľmi nesúhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím <input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> veľmi súhlasím
Čo vám bráni absolvovať danú intervenciu? Čo vám stojí v ceste? Prečo ste ju neabsolvovali?			
Ako náročne by pre vás bolo zabezpečiť absolvovanie danej intervencie?	<input type="checkbox"/> extrémne náročné <input type="checkbox"/> náročné <input type="checkbox"/> trochu náročné <input type="checkbox"/> nenáročné	<input type="checkbox"/> extrémne náročné <input type="checkbox"/> náročné <input type="checkbox"/> trochu náročné <input type="checkbox"/> nenáročné	<input type="checkbox"/> extrémne náročné <input type="checkbox"/> náročné <input type="checkbox"/> trochu náročné <input type="checkbox"/> nenáročné
Plánujete absolvovať alebo ste absolvovali danú intervenciu?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno

RIEŠENIE ÚLOHY 3

Prvá otázka mapuje **vnímanú náchylnosť**, teda či veríme, že môžeme ochorieť. *Môžem dostať rakovinu hrubého čreva? Rakovinu prsníka? Aká je šanca, že budem mať chrípku počas najbližšej chrípkovej sezóny?*

Ďalšia otázka mapuje **vnímanú závažnosť ochorenia**, teda čo si myslíme, ako vážne by toto ochorenie bolo pre nás, ak by sme ochoreli. *Čo by to pre mňa znamenalo, keby mi lekár oznámil, že mám rakovinu hrubého čreva alebo rakovinu prsníka? Ak by som sa ráno zobudila s teplotou, bolesťou celého tela, plným nosom – čo by to pre mňa znamenalo?*

Tretia otázka mapuje **vnímané benefity** odporúčaného opatrenia, teda nakoľko verím, že to opatrenie môže znížiť riziko ochorenia alebo závažnosť dopadu. *Ak pôjdem na kolonoskopiu alebo mamografiu, ako mi odporučil lekár, ako veľmi mi to pomôže predísť ochoreniu? Ved' vlastne ide o to, aby to ochorenie zistili, takže čo z toho budem mať, keď to zistia? Verím, že mi skorá diagnostika ochorenia pomôže? Ako? Verím, že mi to umožní vyhnúť sa nevyliciteľnému štádiu alebo náročnejšej liečbe? Ako veľmi verím, že mi očkovanie proti chrípke pomôže predísť tomu ochoreniu?*

Štvrtá otázka mapuje **vnímané bariéry**. Čo budem musieť urobiť, aby som podstúpil odporúčané opatrenie a ako veľmi ma to bude obťažovať? Budem možno musieť vyhľadať špecialistu, objednať sa na vyšetrenie, podstúpiť prípravu, absolvovať niečo, čo mi nemusí byť príjemné, môže ma to zahanbovať, môžem mať strach z vyšetrenia alebo obavy, ako zvládnem možné nepriaznivé správy. Môžem sa báť ihiel alebo možných nežiaducich účinkov očkovania.

Piata otázka mapuje **vnímanú sebaúčinnosť**, teda vieru, že dokážem urobiť to, čo treba.

Nakoniec posledná otázka mapuje **cieľové správanie**.

Skôr, než si popíšeme model presvedčení súvisiacich so zdravím, zastavme sa na chvíľku pri koncepte nerealistického optimizmu.

Nerealistický optimizmus

Ľudia sa často dopúšťajú rizikového alebo nezdravého správania, pretože sa neodôvodnene nepovažujú za ohrozených (Morrison, Benett 2016). Nemusia mať potrebné poznatky, informácie alebo im nemusia plnohodnotne rozumieť, alebo nemusia byť pripravení, schopní akceptovať hrozbu, teda môžu nechcieť vidieť a vedieť. Systematické a racionálne spracovanie informácií je skôr výnimkou ako pravidlom. Len veľmi málo ľudí má prístup k overeným informáciám a možnosť ich systematicky spracúvať a hodnotiť, a tak väčšina z nás vychádza z čiastkových a nie úplne overených informácií a hlavne to naše spracovanie je vždy skreslené tým, čo je pre nás dôležité, čo chceme alebo nechceme počuť, čo je pre nás príliš ohrozujúce alebo obmedzujúce a aký výsledok je pre nás akceptovateľný, aby sme s ním vedeli žiť.

Vďaka Weinsteinovi (1987) poznáme štyri faktory nerealistického optimizmu, ktorý vedie k chybnému odhadu rizika.

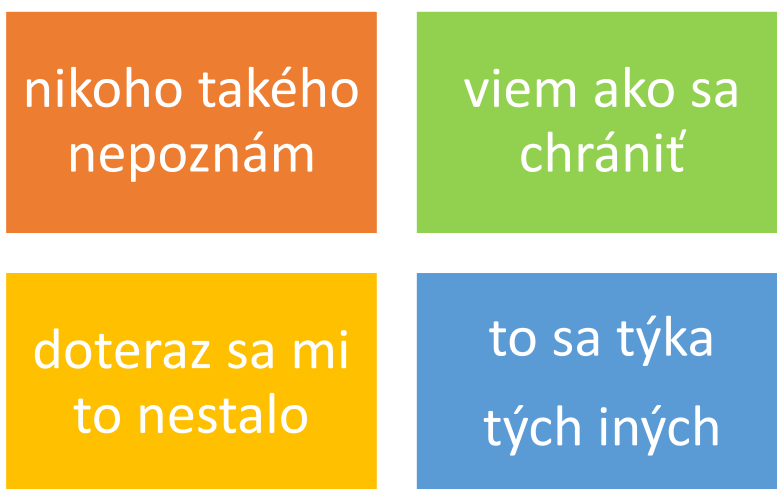
(1) Majú k nemu sklony osoby, ktoré nemajú osobnú skúsenosť s dôsledkami, napr. *nemajú v svojom okolí niekoho, kto bol hospitalizovaný kvôli kovidu*.

(2) Tiež osoby, ktoré veria, že vedia “ako na to”, poznajú ten správny spôsob, ako sa vyhnúť možným nežiaducim dôsledkom – napr. *budem užívať ivermektín, vysoké dávky D vitamínu, piť čaj z čiernohlávky, udržiavať si fyzickú kondíciu a tým predídem ochoreniu.*

(3) Nerealistickému optimizmu prepadajú aj osoby, ktoré veria, že ak sa problém doteraz nevyskytol, tak je málo pravdepodobné, že sa vyskytne; hovoria si napr. *doteraz som nikdy neochorel, takže to zvládnem aj v nasledujúcej vlne.*

(4) Väčšiu náchylnosť k nerealistickému optimizmu majú aj ľudia, ktorí veria, že nežiaduce dôsledky sú v ich skupine zriedkavé, deje sa to „niekomu inému“ - napr. *ohrození sú len starší a obézni ľudia s komorbiditami.*

OBRÁZOK 1 Faktory nerealistického optimizmu



Koncepty modelu presvedčení súvisiacich so zdravím

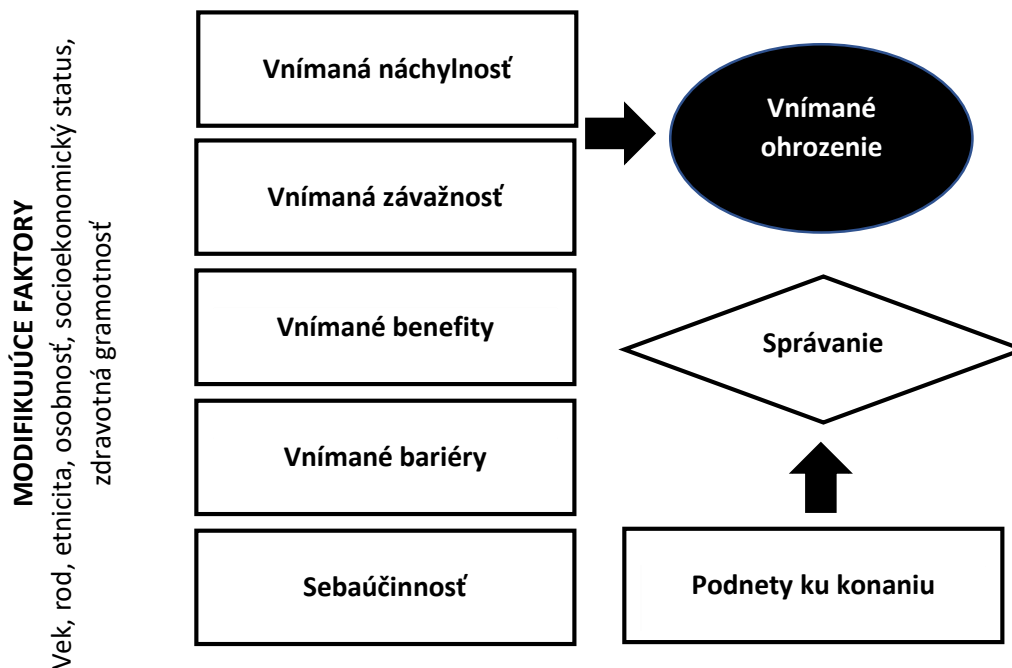
To, či sa niekto odhodlá nasledovať odporúčanie a nechá sa vyšetriť, zaočkovať alebo bude konať v súlade s daným odporúčaním súvisí s demografickými faktormi, ako sú socio-ekonomický status, rod, alebo vek (Glanz a kol. 2008). Sociálne, rodové či vekové skupiny sa jednoducho líšia v ochote nasledovať odporúčania týkajúce sa zdravia.

Toto konanie vyplýva z viacerých presvedčení týkajúcich sa zdravia. Máme tým na mysli **vnímanú náchylnosť k ochoreniu a vnímanú závažnosť** ochorenia, ktoré spolu vytvárajú **vnímané ohrozenie ochorením** (Glanz a kol. 2008). Okrem toho na konanie vplývajú **vnímané benefity** a **bariéry** odporúčaného konania (tamtiež). Napríklad: *Som presvedčená, že sa túto sezónu stretnem s chrípkovým vírusom, ale nespôsobí mi vážne problémy, alebo naopak som presvedčená, že sa túto sezónu stretnem s chrípkovým vírusom, určite znovu ochoriem a môžem dostať aj zápal pľúc, ktorý bude mať pre mňa vážne zdravotné dôsledky, teda cítim sa chrípkou ohrozená. Zároveň verím, alebo neverím, že by ma očkovanie proti chrípke mohlo ochrániť pred týmto ochorením a jeho dôsledkami. Ale môže byť pre mňa komplikované dohodnúť si s lekárkou termín, byť v tom čase fit, doniesť si vakcínu a nechať sa zaočkovať, alebo sa dokonca môžem báť nežiaducich účinkov vakcíny alebo pichania ihlou. Vnímané benefity musia prevážiť vnímané bariéry, aby som sa rozhodla konať.*

Tieto presvedčenia môžu zmobilizovať rôzne **vnútorné alebo vonkajšie podnety, pohnútky** (Glanz a kol. 2008). Napríklad: *Mal/a som závrata a búšilo mi srdce a skutočne som sa preľakol a tak radšej pôjdem na to preventívne vyšetrenie. Lekárka sa ma opýtala, či sa predsa len nedám zaočkovať proti chrípke, ktorá minulý týždeň potrápila susedu v mojom veku a keď už som tam bol/a, tak som si povedal/a: prečo nie.*

Svoju úlohu zohráva i spomínaná **sebaúčinnosť**, ale aj **motivácia súvisiaca so zdravím** (Glanz a kol. 2008). To, ako veľmi si vážime vlastné zdravie v porovnaní s inými pre nás dôležitými hodnotami, to, čo sme alebo nie sme v danej chvíli ochotní urobiť pre svoje zdravie nemáme všetci rovnaké a už vôbec to nie je niečo konštantné. Napríklad: *Dnes môže byť pre mňa oveľa dôležitejšie starať sa o zdravie svojho dieťaťa, lebo má vysokú teplotu, ako o moje zdravie, ale zajtra sa moje zdravie vyšplhá v rebríčku priorit. Alebo: moje zdravie môže byť v mojom živote menej dôležité, ako možnosť udržať si prácu alebo ísť na rande so ženou svojho života, alebo naopak, na mojom zdraví mi veľmi záleží, lebo mám plány a moje zdravie je ich podmienkou, bez svojho zdravia sa nebudem môcť postarať o svoje dieťa, stratím prácu, stratím ženu svojho života.* Pre niekoho nemá zmysel investovať do starostlivosti o svoje zdravie, lebo nevidia nádej, nemá pre nich zmysel predlžovať svoje trápenie. S ľuďmi je to prasto komplikované, lebo svoje životy žijú v svojich mikrokozmoch a kým sa v nich s nimi nepoprechádzame, tak im nemôžeme rozumieť.

OBRÁZOK 2 Model presvedčení súvisiacich so zdravím (Champion a kol. in Glanz a kol. 2004, str. 48-49)



Skúsme sa teraz pozrieť, ako sa tento model využíva v kampaniach zameraných na zdravie.

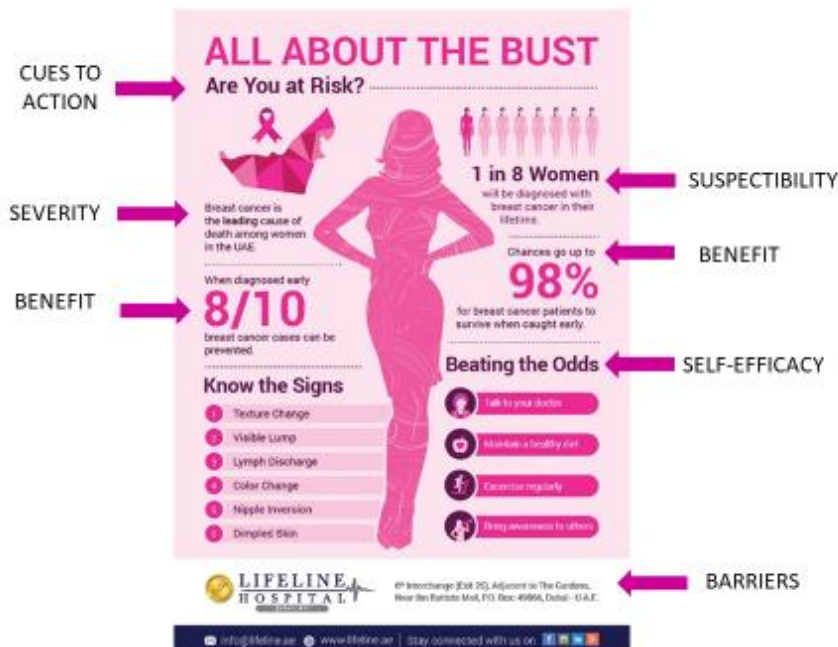
ÚLOHA 4

Skúste si spomenúť alebo v najbližšom období si všímať kampane na internete, v televíznych spotoch, na billboardoch, v letáčkoch a skúste identifikovať koncepty modelu presvedčení súvisiacich so zdravím.

OBRÁZOK 3 Využitie modelu presvedčení súvisiacich so zdravím v kampaniach



OBRÁZOK 4 Využitie modelu presvedčení súvisiacich so zdravím v kampaniach



RIEŠENIE ÚLOHY 4, OBRÁZOK 3

Model presvedčení súvisiacich so zdravím sa veľmi často využíva v kampaniach a niektoré z nich sú prezentované na obrázku 4, kde môžete poľahky identifikovať komunikovanie **vnímaných benefitov**. Na ľavej strane môžete vidieť privesok s guľôčkami rôznych veľkostí, ktoré ilustrujú, aká malá hrčka v prsníku je detekovateľná mamografiou a aká je priemerná veľkosť hrčky, ktorú si obvykle ženy, ktoré si kontrolujú prsník dokážu nahmatať. Týmto spôsobom kampaň komunikuje ženám, že mamografiou dokážu odhaliť ochorenie oveľa skôr a predísť následkom, teda možné benefity tohto skríningu.

Vpravo hore je kampaň, ktorá hovorí: nečakajte až bude príliš neskoro, pravidelný skrínig rakoviny hrubého čreva Vám môže zachrániť život. Ďalšia správa o možných benefitoch. Až 84% žien, ktoré mali rakovinu prsníka bolo diagnostikovaných počas preventívneho mamografického vyšetrenia a včasná diagnostika zachraňuje životy. Komunikované sú benefity skríningu.

Vpravo dole kampaň komunikuje **závažnosť ochorenia** a využíva príklad s púpavou. Biela rozkvitnutá púpava predstavuje onkologické ochorenie tesne pred rozsevom metastáz. Stačí fúknuť a metastázy sa rozsypú do celého tela. Kampaň komunikuje, aké závažné môže byť oneskorenie v diagnostike pre možné zdravotné dôsledky, náročnosť liečby.

RIEŠENIE ÚLOHY 4, OBRÁZOK 4

Ďalšie príklady nájdete na obrázku 5. Otázka „Ste ohrozenou skupinou?“ je **podnetom**, výzvou, snahou zmobilizovať potrebné presvedčenia týkajúce sa príslušnej zdravotnej situácie. Tvrdenie „Rakovina prsníka je hlavnou príčinou úmrtia žien“ je správou o **závažnosti ochorenia** a tvrdenie „Rakovinu prsníka diagnostikujú jednej z ôsmich žien počas ich života“ je správou o **náchylnosti k ochoreniu**, čo spolu komunikuje možné **ohrozenie** daným ochorením.

Nasledujúce dve tvrdenia komunikujú možné výhody mamografie: V prípade včasnej diagnostiky 8 z 10 žien dokáže predísť rozvinutiu rakoviny prsníka. Pri včasnej diagnostike rakoviny prsníka majú ženy až 98% šancu na prežitie.

Vpravo dole je časť venovaná podpore **sebaúčinnosti**. Ak chcete nad rakovinou zvíťaziť, hovorte s lekárom, jedzte zdravo, cvičte pravidelne a pomôžte zvýšiť povedomie o prevencii rakoviny prsníka. Je to vo vašich rukách, dokážete zmeniť svoj osud.

A vpravo úplne dole jedna správa, ktorá môže pomôcť prekonať **bariéry** – adresa, kde je možné absolvovať mamografiu alebo získať viac informácií.

V nasledujúcej tabuľke nájdete tipy, ako implementovať model presvedčení súvisiacich so zdravím do podpory prevencie (Glanz a kol. 2008).

TABUĽKA 3 Tipy ako implementovať model presvedčení súvisiacich so zdravím do podpory prevencie


Vnímaná náchylnosť	Definujte ohrozenú populáciu, hranicu rizika. Personalizujte riziko vyplývajúce z charakteristík správania danej osoby, osôb. Zosúlajte vnímanú náchylnosť s aktuálnym rizikom danej osoby, osôb.
Vnímaná závažnosť	Špecifikujte dôsledky rizika a podmienky.
Vnímané benefity	Definujte, čo je potrebné urobiť: ako, kde, kedy. Objasnite očakávané pozitívne dopady tejto aktivity.
Vnímané bariéry	Identifikujte a odstráňte vnímané bariéry s využitím uisťovania, korekcie chybných či nedostatočných informácií, odmenami, asistenciou.
Návod k akcii	Poskytnite informácie, ako vykonať aktivitu, podporte povedomie o danej aktivite, využite primeraný spôsob pripomienok.
Seba-účinnosť	Poskytujte tréning a vedenie pri vykonávaní odporúčaných aktivít. Postupne si stanovujte stále vyššie ciele. Povzbudzujte. Demonštrujte žiaduce správanie. Zmierňujte úzkosť.

1.2 Teória plánovaného správania

Theory of planned behaviour, 1967, Martin Fisbein, Icek Ajzen

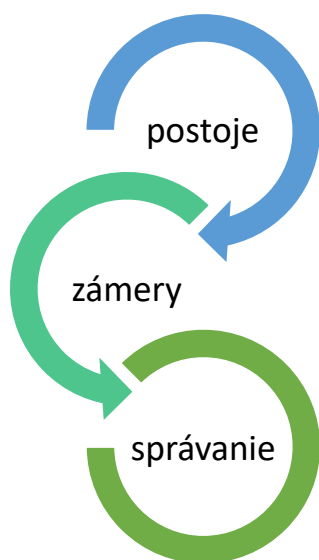
Model zdravotných presvedčení sa celkom dobre uplatňuje pre vysvetlenie a ovplyvnenie iniciácie správania súvisiaceho s prevenciou ochorení, ide skôr o jednorazovú aktivitu. Ak ale ide o zmenu zdravia ohrozujúceho správania, využíva sa skôr teória plánovaného správania. Táto teória je o trochu mladšia, ale tiež už „bradatá“, pochádza zo sedemdesiatych rokov minulého storočia.

Nasledujúce odkazy vám ponúknu teóriu plánovaného správania za 5 minút zábavnou formou:

	www.youtube.com/watch?v=DFn-IOcpd8A
	www.youtube.com/watch?v=nZsxuD3gExE

Teória plánovaného správania sa snaží vysvetliť vzťahy medzi postojmi, zámermi a správaním. Táto teória predpokladá, že jednotlivci sa správajú cieľavedome, zvažujú dôsledky svojho správania predtým, než sa rozhodnú, či sa do daného správania zapoja alebo nie, aj keď to zvažovanie nemusí byť nevyhnutne racionálne (Glanz a kol. 2008).

OBRÁZOK 5 Komponenty modelu zdravotných presvedčení



ÚLOHA 5

Skúsme sa spolu zamyslieť, ako by sme aplikovali teóriu plánovaného správania, ak by sme chceli iniciovať zmenu v správaní. Zamyslite sa nad každou z nasledovných štyroch zmien v správaní: (1) Prestať fajčiť navždy, (2) Používať kondóm vždy, (3) Behávať aspoň 2x týždenne, (4) Zjesť 5 porcií zeleniny každý deň. Odpovedajte na otázky uvedené v tabuľke 4 pre každý druh správania zvlášť. Porovnajme, či sa vaše odpovede líšia v závislosti od toho, o akú zmenu správania ide.

TABUĽKA 4 Koncepty teórie plánovaného správania

I. A	Čo sa vám páči/ nepáči na danom správaní? Bolo by to príjemné/ nepríjemné, keby ste sa tak správali?
I.B	Aké výhody/ nevýhody by vám toto správanie mohlo priniesť? Ako by ste z neho mohli benefitovať/ čo by vám to vzalo?
II.A	Čo by si o tomto vašom novom správaní mysleli ľudia, na ktorých vám záleží? Kto by vás v tomto správaní podporoval a kto by bol proti? Konajú ľudia, na ktorých vám záleží podobne?
II.B	Ako veľmi vám záleží na názore týchto ľudí?
III.A	Aké facilitátory a bariéry má toto správanie pre vás? Čo vám uľahčuje/ sťažuje zmenu tohto správania?
III.B	Aký je ich vplyv na vás? Ak sa chcete takto správať, nakoľko ste si istý, že môžete? Čo by vám pomohlo prekonať akékoľvek bariéry správať sa týmto spôsobom?

RIEŠENIE ÚLOHY 5

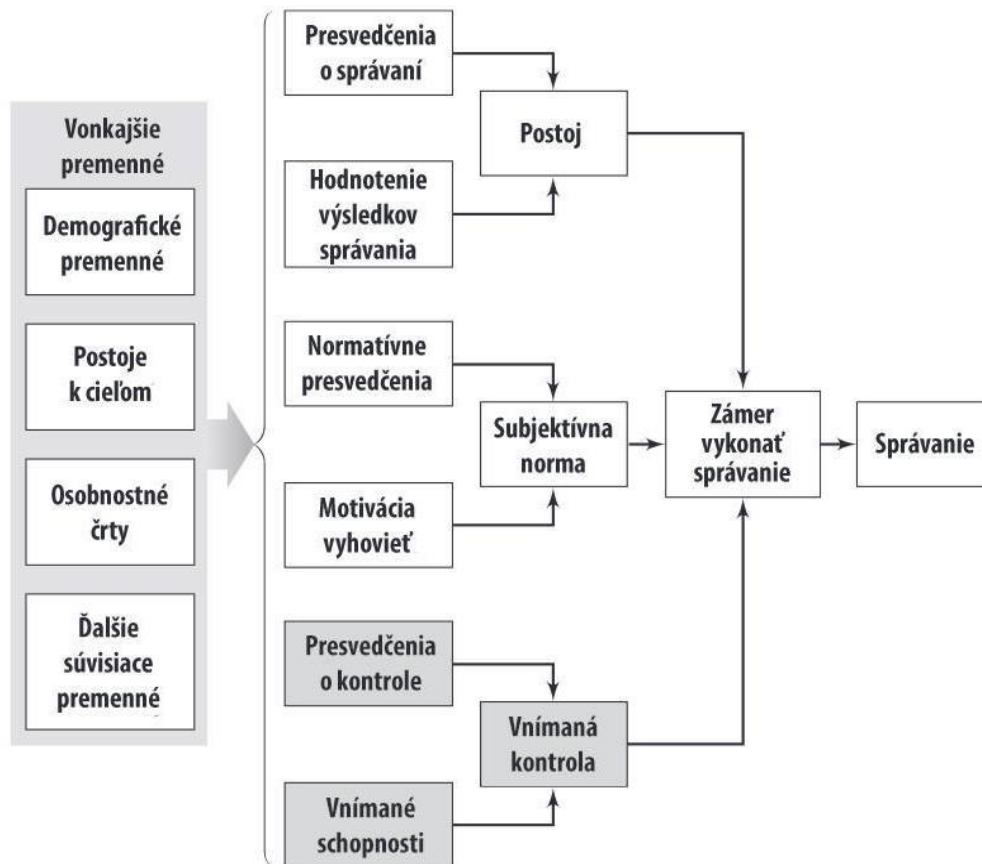
Prvá sada otázok mapovala afektívne a inštrumentálne **postoje**, respektíve **presvedčenia o následkoch správania** (I.A) a **hodnotenie očakávaných následkov** (I.B). Odpovede na tieto otázky vyjadrujú presvedčenie osoby o tom, ako veľmi príjemné alebo nepríjemné je pre ňu toto správanie a nakoľko je pre ňu toto správanie užitočné alebo nebezpečné, aké jej prináša výhody či nevýhody. *Je behanie pre mňa príjemné alebo nepríjemné? Cítim sa po ňom dobre alebo zle? Pomáha mi, alebo mi škodí?*

Druhá sada otázok mapovala **subjektívne normy** respektíve **normatívne presvedčenia** (II.A) a **motiváciu vyhovieť im** (II.B). Injuktívne normy sú presvedčenia o tom, čo si pre nás dôležití ľudia myslia o tom, že by sme sa mali správať takým alebo onakým spôsobom, kým deskriptívne normy odvodzujeme od toho, či sa títo pre nás dôležití ľudia správajú takým alebo onakým spôsobom. To, že sú pre nás dôležití je vyjadrené tým, do akej miery si želáme vyhovieť im, zosúladiť svoje správanie s ich očakávaniami, ich správaním. *Čo si môj partner, priatelia, susedia, rodičia o mne pomyslia, keď začnem behať? Behávajú aj oni? Ako veľmi mi záleží na tom, čo si o mojom novom správaní budú myslieť, alebo nakoľko sa to odlišuje od toho, čo robievajú oni?*

Tretia sada otázok mapovala **vnímanú kontrolu**, teda nakoľko daná osoba verí, že má kontrolu nad daným správaním, nakoľko verí, že sa dokáže týmto spôsobom správať (**presvedčenie o kontrole** III.A). Zvažuje, čo jej uľahčuje alebo naopak sťažuje, znemožňuje správať sa daným spôsobom a či dokáže tieto prekážky prekonať. Platí pritom, čo sme si už povedali o sebaúčinnosti (**vnímaná sila** III.B). *Odhodlám sa vyraziť behať aj keď bude vonku zlé počasie, tma, alebo keď mi to nepôjde, nebude ma sprevádzať a povzbudzovať kamarátka, budem v inom meste, ktoré nepoznám, budem si musieť pribaliť veci na behanie? Verím si, že to zvládnem? Ak ma behanie baví, cítim sa po ňom lepšie, v mojom okruhu behá veľa ľudí a myslím si, že si myslia, že by som mala behať aj ja, verím, že dvakrát do týždňa to určite zvládnem, tak je veľmi pravdepodobné, že zámer behať premením na behanie.*

Teória plánovaného správania vychádza z predpokladu, že ak máme zámer niečo urobiť, tak je väčšia pravdepodobnosť, že to aj urobíme (Glanz a kol. 2008). Naše **zámery** vyplývajú z našich **postojov** k danému správaniu, **vnímaných noriem** nášho okolia k tomuto správaniu a z toho, nakoľko veríme, že máme toto správanie pod **kontrolou**. Platí ale, že aj človek, ktorý má napríklad negatívny postoj k zmene správania, *naozaj nerád behá*, môže stále rozvíjať zámer začať behať, keď to je v súlade s injuktívnymi a deskriptívnymi normami a motiváciou vyhovieť: *som fakt jediná, čo nebehá a moji priatelia by to ocenili a ja by som aj rada vyhovelá*. **Vnímané presvedčenia o kontrole** správania je konštrukt veľmi podobný sebaúčinnosti a teda platí, že minulé úspechy či neúspechy ho ovplyvňujú. **Teória plánovaného správania** predpokladá, že iniciáciu zmeny správania, ale aj udržanie správania vysvetľujú rovnaké faktory a procesy. To ale môže byť dôvod, prečo intervencie vychádzajúce z tejto teórie zlyhávajú v snahe dosiahnuť dlhodobé udržanie správania.

OBRÁZOK 6 Teória plánovaného správania (Montano, Kasprzyk In: Glanz a kol. 2008, str.70, slovenský preklad prevzatý od Podhorányi 2019)



Predtým, ako si predstavíme tretiu skupinu teórií, zamerajme sa na habituálne správanie.

Habituálne správanie

Skúste si spomenúť, čo zvyčajne robíte, keď sa zobudíte. Opakujete každé ráno rovnaký rituál? Vzorce správania, ktoré opakujeme v relatívne stabilných kontextoch sa automatizujú, menia na rituály, habituálne správanie (Wood a kol. 2002). Viac ako 40% nášho správania robíme zo zvyku automaticky (Wood a kol. 2002). Nepremýšľame pri ňom, nezvažujeme okolnosti, nerozhodujeme sa, ale reagujeme na spúšťače. Často si ani nie sme plne vedomí svojho správania: *Nepamätám si, či som si dnes ráno čistila zuby, ale áno, mám na brade zubnú pastu, takže sa zdá, že som si ich asi umývala.*

Tu však máme problém, lebo popisované modely predpokladajú, že sa nad správaním budeme zamýšľať, zvažovať alternatívy, rozhodovať sa a že si ho minimálne budeme uvedomovať; teda tieto modely môžu byť menej užitočné pri vysvetlení správania, ktoré sa deje automaticky, ktoré sa stalo návykom (Morrison, Benett 2016). Čo ak zdravie podporujúce správanie, alebo zdravie ohrozujúce správanie, ktoré chceme ovplyvniť je habituálnym správaním, deje sa automaticky v istých situáciách, ako napr.: *Ráno sa automaticky obliekam a idem behať, ani nad tým už neuvažujem. K rannej káve si zapálím cigaretu a niekedy si ani neuvedomím, že som to urobila ?*

Ďalším problémom je, že zdravie podporujúce správanie musí trvať istú dobu, aby sa prejavil jeho pozitívny účinok na zdravie (zmena stravovacích návykov, abstinencia, pravidelné cvičenie či

adherencia v liečbe musí trvať mesiace a mala byť sa stať trvalou zmenou správania), ale intervencie zamerané na zmenu správania majú často krátkodobý efekt, ich vplyv sa vytráca a dochádza k relapsu, obnoveniu nezdravého správania (Gardner a kol. 2021).

Nezdravé správanie, ktoré chceme zmeniť môže byť habituálne a teda nad nim neuvažujeme, deje sa automaticky. Zdravé správanie, ktoré si chceme osvojiť bude veľmi náročné udržať, ak nebude habituálne, ale budeme musieť o ňom vedome rozhodovať. Habituálne správanie sa zdá byť kľúčovou oblasťou pre podporu zdravia. Aj to je dôvod, prečo sa skupina expertov v oblasti psychológie zdravia v roku 2019 zišla, aby skúsila zrevidovať, čo všetko o formovaní návykov už vieme a čo potrebujeme vedieť, aby sme ich vedeli lepšie využívať pri podpore zdravého správania (Gardner a kol. 2021). Výsledkom ich diskusie bolo 21 otázok týkajúcich sa toho, ako sa návyky v oblasti so zdravím súvisiaceho správania manifestujú, ako sa formujú, ako je možné odstrániť nezdravé návyky v oblasti so zdravím súvisiaceho správania a ako vyvíjať a hodnotiť intervencie zamerané na formovanie návykov (tamtiež).

Návyk, respektíve **habituálne správanie** je naučená reakcia na podnet, ktorá vedie k tomu, že podnet vyvoláva nevedomý impulz k správaniu (Fleetwood 2021). Je dobré rozlišovať návyk (zvyk) a habituálne správanie (zvykové správanie): návyk je kognitívny konštrukt, ktorý generuje habituálne správanie (Gardner a kol. 2021).

To, aký **podnet** sa uplatní pri formovaní toho-ktorého návyku je veľmi individuálne, ale zdá sa, že aspoň v niektorých prípadoch je možné identifikovať typické podnety uplatňované pri úspešnom formovaní istých návykov (Gardner a kol. 2021). Pre niektoré typy správania môžu byť vhodnejšie **podnety viazané na konkrétny čas** (o ôsmej ráno), v iných prípadoch sa lepšie uplatnia podnety viazané na konkrétnu **udalosť** (pred raňajkami) či **kontext** (cestou z práce, pri pozeraní filmov).

Niektoré druhy správania sú veľmi jednoduché (napríklad zapáliť si cigaretu, zjesť jablko), kým iné sú zložitejšie. Napríklad vybrať sa do telocvične, alebo si ísť zabehať vyžaduje celú sériu krokov od zbalenia si vecí, prezlečenia, prípravy na cvičenie až po samotné cvičenie a návrat domov. Kým zjedenie kúska čokolády nás odmení dobrým pocitom okamžite, behanie prináša tento pocit až po nejakej dobe tréningu a aspoň 30 minútach behu, ktoré môžu byť aj dosť nepríjemné. Úspešnosť formovania návykov súvisí so **zložitosťou správania a spôsobom získania odmeny** (Mullan, Novoradovska 2018). Jednoduchšie druhy správania sa osvojujú rýchlejšie. Zložitejšie druhy správania a tie, ktoré neponúkajú odmenu bezprostredne vyžadujú pri osvojení vedomé úsilie a zámer.

Osvojenie nového správania, vytvorenie návyku si vyžaduje vedomý proces, úsilie. Na začiatku si človek vyberie správanie a kontext, v ktorom ho bude opakovať. V tejto fáze pomáha implementačný plán, vhodný výber správania a podnetov (kontextu). Potom toto správanie opakuje v danom kontexte, aby sa upevnilo prepojenie kontextu a inicializácie správania. V tejto fáze pomáha sledovanie a zaznamenávanie plnenia plánu. Ak všetko prebieha hladko, po tejto fáze sa správanie osvojí, nevyžaduje už toľko vedomého úsilia a motivácie, deje sa automaticky (Gardner a kol. 2012). Vypracovanie plánu naviazaného na podnety a jeho dodržiavania (plan enactment) facilituje formovanie návykov (Keller a kol. 2021).

Nemecký výskumník Ján Keller so svojim tímom (Keller a kol. 2021) chcel v randomizovanej kontrolovanej štúdií overiť, ako dlho trvá vytvorenie habituálneho vzorca správania a či fungujú lepšie podnety viazané na konkrétny čas (každé ráno o ôsmej) alebo situáciu (vždy po raňajkách). V krátkej online intervencii (cca 5 minút) boli účastníci štúdie informovaní o tom, ako si urobiť plán zmeny

správania, o súvislosti výživových zvyklostí so zdravím, formovaní návykov. Náhodne boli rozdelení do dvoch skupín podľa toho, či boli inštruovaní využívať podnet viazaný na čas (time cue) alebo na situáciu (routine cue). Účastníci štúdie mali za úlohu vybrať si nejakú zmenu vo svojich výživových zvyklostiach a konkrétny podnet, na ktorý by sa inicializácia tohto správania mala viazať. V priebehu troch mesiacov mali každý deň odpovedať na krátky dotazník mapujúci uplatňovanie tohto plánu a automatickosť nového správania. Autori pozorovali tri trajektórie formovania návykov: (1) niektorým účastníkom štúdie sa nepodarilo sformovať návyk, (2) u iných bolo formovanie návyku prerušené a znovu obnovené až po vytvorenie návyku, (3) a niektorí si úspešne vytvorili návyk bez prerušenia. Polovica tých, ktorým sa podarilo vytvoriť si návyk (bez prerušovania) to zvládla za 59 dní. Častejšie to boli ľudia, ktorí si vybrali zmenu správania, pre ktorú boli vnútorne motivovaní, záležalo im na nej a tiež tí, ktorí sa častejšie držali svojho plánu. Typ podnetu nemal vplyv na dodržiavanie plánu ani na úspešnosť formovania návyku (tamtiež).

Ak by ste chceli využiť formovanie návykov u klientov, veľmi odporúčam siahnuť po práci Benjamina Gardner a jeho tímu (Gardner a kol. 2012), kde nájdete aj príklad formulára uľahčujúceho vytvoriť implementačný plán spolu s klientom.

ÚLOHA 6

1. Skúste si vypracovať implementačný plán pre osvojenie nového druhu správania. Premyslite si odpovede na nasledovné otázky:

Aký je váš cieľ? Čo v oblasti podpory alebo zlepšenia svojho zdravia chcete dosiahnuť?

Aká zmena vo vašom správaní by vám mohla pomôcť dosiahnuť tento cieľ? Vyberte si jednu aktivitu, ktorú môžete robiť každý deň.

Kedy a kde budete túto aktivitu vykonávať? Vyberte si také podmienky, ktoré vám umožnia túto aktivitu vykonávať každý deň.

TABUĽKA 5 Implementačný plán pre vytvorenie návyku

Môj cieľ (napr. „jesť viac ovocia a zeleniny“):
Môj plán (napr. „po obede doma si dám kúsok ovocia“):
Kedy a kde?: Čo?:

2. Skúste svoj plán uskutočniť! Dodržujte svoj plán každý deň. Každodenné opakovanie tejto aktivity bude časom jednoduchšie a zhruba do 10 týždňov zistíte, že ho robíte automaticky, ani na neho nemusíte myslieť. Niektorým ľuďom pomáha sledovať si plnenie plánu. Na tento účel môžete využiť nasledujúci formulár:

TABUĽKA 6 Záznam o plnení implementačného plánu

	Poradie týždňa									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Splnili ste plán v tento deň? ^a										
Pondelok										
Utorok										
Streda										
Štvrtok										
Piatok										
Sobota										
Nedeľa										
Splnili ste plán viac ako 5 dní za uplynulý týždeň? ^a										
Koľko námahy ste museli vynaložiť, aby ste dodržali plán? ^b										


^a áno/nie, ^b(0) šlo to automaticky, (1) musel som sa trochu premáhať, (2) musel som sa veľmi premáhať, (3) nedokázal som sa zmotivovať k činu

1.3 Transteoretický model etáp zmeny správania

Transtheoretical/ Stages of Change Model 1977, James O. Prochaska, Carlo Di Clemente 1993

Existujú stovky teórií psychoterapie a zmeny správania a cieľom transteoretickej teórie je integrovať túto oblasť vychádzajúc z porovnávacej analýzy tých, ktorí zmenili svoje správanie a identifikovať procesy zmeny, ktoré vedú k úspešnej zmene a udržaniu zmeneného správania.

Nasledujúce odkazy vám ponúknu transteoretický model etáp zmeny správania zábavnou formou:

	<p>https://www.youtube.com/watch?v=oO80XyBDrI0</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=lwxyyE--AjU</p>
---	---

Zmena správania prebieha cez sériu etáp (aj keď často nie lineárne) a ľudia využívajú na docelenie zmeny správania rôzne procesy v rôznych **etapách**. V nasledujúcej časti si popíšeme jednotlivé etapy transteoretického modelu etáp zmeny správania (Glanz a kol. 2008):

1. Prekontemplačná etapa

V prvej, prekontemplačnej etape môžu byť ľudia neinformovaní alebo **nedostatočne informovaní** o dôsledkoch daného správania, prípadne benefitoch zmeny tohto správania. Nie každý musí mať dostatok informácií o tom, že pravidelné pitie sladených nápojov najmä u ľudí trpiacich nadhmotnosťou zhoršuje ich zápalové markery, teda nielen prispieva k nežiaducemu rastu hmotnosti, ale aj k zhoršeniu zdravia, zvýšenej podráždenosti. Je možné, že sa o zmenu správania už niekoľkokrát pokúsili a zlyhali a sú **demoralizovaní**, neveria si, nemajú chuť to skúšať znova. V tejto etape sa ľudia vyhýbajú informáciám, nevyberú si článok o tejto téme, nezapoja sa do rozhovoru na túto tému, neprídu na prednášku, nebudú sledovať spot cielený na túto tému, nechcú tomu venovať čas a pozornosť. Nemajú v pláne meniť toto svoje správanie, nie sú motivovaní k zmene. Potrebujú sa otvoriť zmene a až potom má šanca intervencia zameraná na zmenu uspieť.

2. Kontemplačná etapa

Za touto etapou nasleduje kontemplačná etapa, ktorej vstupnou podmienkou je, že ľudia sú otvorení zmene, uvažujú o výhodách a nevýhodách zmeny správania, majú zámer zmeniť svoje správanie. Práve to uvažovanie o výhodách a nevýhodách pôvodného a nového správania, benefitoch a ťažkostiach súvisiacich s možnou zmenou ich môže zdržiavať v tejto fáze relatívne dosť dlhú dobu.

3. Prípravná etapa

Počas prípravnej etapy sa ľudia už chystajú k činom, urobili nejaké prvé kroky, majú **implementačný plán** – napríklad už si boli pozrieť alebo kúpiť botasky a prešli si trasu, ktorou začnú behať, dohodli si prvý beh s niekým, kto ich podporí.

4. Etapa zmeny

Vstupnou podmienkou etapy zmeny je zmena správania v uplynulých 6 mesiacoch. *Už prestali fajčiť, začali behať, zmenili stravovanie*, ale zápas o zmenu správania pokračuje, pretože cieľom je udržateľná zmena, udržanie zmeneného správania.

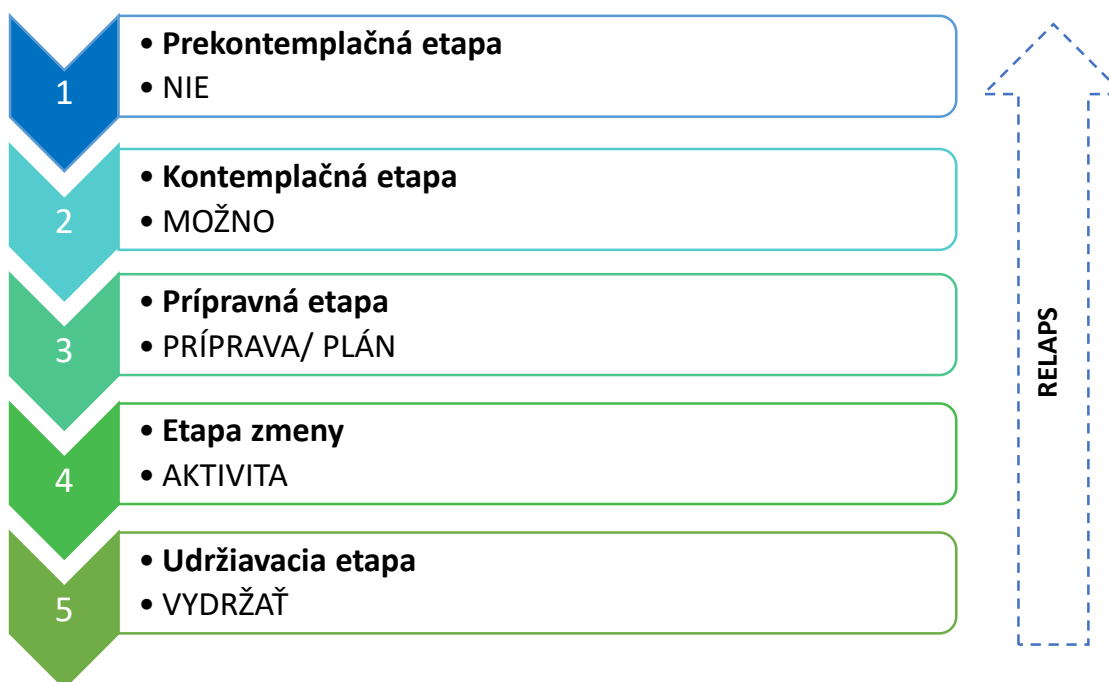
5. Udržiavacia etapa

Počas udržiavacej etapy ľudia modifikujú svoje správanie a pracujú na tom, aby zabránili recidíve, ale neuplatňujú procesy zmien tak často, lebo väčšia časť práce už bola urobená. Už ich to až tak nepokúša a rastie ich viera, že to zvládnu. Táto etapa môže trvať 6 mesiacov až 5 rokov.

6. Ukončenie

Ukončenie je konečná etapa. Ľudia už nezažívajú pokušenie, ale naopak plne si veria, že aj keby mali slabú chvíľku, prežívali smútok, úzkosť, cítili sa osamelí alebo v strese, nevrátia sa k svojmu pôvodnému správaniu. Bohužiaľ, menej ako 20% ľudí sa dostane do tohto štádia.

OBRÁZOK 7 Transteoretický model etáp zmeny správania



Procesy zmeny sú skryté a zjavné činnosti, ktoré ľudia používajú, aby pokročili z etapy do etapy (Glanz a kol. 2008). Ak o nich vieme a rozumieme, akým spôsobom a prečo sa uplatňujú, môže nám to poskytnúť dôležité usmernenia pre intervenčné programy. V nasledujúcej časti si predstavíme desať takýchto procesov, ktoré majú zatiaľ najväčšiu oporu v dôkazoch (Glanz a kol. 2008):

1. Zvyšovanie uvedomenia zahŕňa zvýšenie povedomia o príčinách, následkoch a liečbe daného problémového správania – *Prečo vlastne fajčíte? A viete, že by Vám možno vedeli poradiť v poradni určenej na odvykanie od fajčenia?* Ľudia môžu profitovať z intervencií zameraných na zvýšenie povedomia, ako je dávanie spätnej väzby, konfrontácia, interpretácia, biblioterapia či mediálne kampane.

2. Dramatická úľava spočiatku vyvoláva intenzívnejšie emocionálne zážitky, po ktorých nasleduje upokojenie alebo očakávaná úľava, ak dôjde k zmene správania. Ľudí môže emocionálne pohnúť hranie rolí, smútenie, osobné svedectvá, spätná väzba o zdravotných rizikách a mediálne kampane.

3. Environmentálne prehodnotenie kombinuje afektívne aj kognitívne hodnotenie toho, ako prítomnosť alebo absencia žiaduceho správania ovplyvňuje sociálne prostredie človeka. Môže zahŕňať aj uvedomenie si, že človek môže slúžiť ako pozitívny alebo negatívny vzor pre ostatných. V rámci tohto procesu napr. môžeme začať uvažovať o tom, ako moje fajčenie ovplyvňuje ostatných. Techniky,

ktoré môžu viesť k takémuto prehodnoteniu sú cvičenie empatie, dokumentárne filmy, svedectvá a rodinné intervencie.

4. Seba-prehodnotenie kombinuje kognitívne aj afektívne hodnotenie sebaobrazu s nezdravým správaním aj bez neho: *Ako sám seba hodnotím ako fajčiara alebo nefajčiara?* Pomôcť môže ujasňovanie hodnôt, osoby, ktoré môžu slúžiť ako vzor, imaginačné techniky.

5. Sebaoslobodenie je presvedčenie, že sa človek môže zmeniť, ale tiež záväzok a opätovné odhodlanie konať na základe tohto presvedčenia. Novoročné predsavzatia, verejné svedectvá a opakované potvrdzovanie rozhodnutia môžu byť nápomocné.

6. Sociálne oslobodenie si vyžaduje mať dostatok sociálnych príležitostí alebo alternatív, najmä pre ľudí, ktorí sú znevýhodnení. Advokácia, uschopňovanie, vhodné politiky môžu vytvoriť viac príležitostí pre podporu zdravia znevýhodnených skupín. Rovnaké postupy je možné uplatniť aj pre ostatných: príkladom môžu byť nefajčiarske zóny, šalátové bary v školských jedálňach, uľahčenie prístupu ku kondómom alebo antikoncepcii.

7. Podmieňovanie si vyžaduje osvojenie zdravšieho spôsobu správania, ktoré môže nahradiť nežiaduce správanie. Pomáhajú relaxačné techniky, asertívne techniky, desenzibilizácia, substitučná liečba ako sú napr. nikotínové náplasti.

8. Kontrola stimulov odstraňuje podnety k nezdravým návykom a pridáva podnety pre zdravšie alternatívy. Pomáha vyhýbanie sa situáciám, podnetom vyvolávajúcim pokušenie, ale aj svojpomocné podporné skupiny.

9. Manažment posilňovania poskytuje odmeny za podniknutie krokov žiaducim smerom. Napriek tomu, že v manažmente posilňovania je možné používať aj tresty, skúsenosti úspešných v zmene správania pracovali skôr s odmenami ako s trestami. Keďže filozofiou modelu etáp zmeny je byť v súlade s prirodzeným priebehom zmeny správania, posilňovanie, odmeňovanie je veľmi dôležitou súčasťou tohto modelu. Upevňovanie žiaduceho správania posilňuje, ak sa stanoví nejaká dohoda odmien, ak je toto správanie odmeňované, ak získa uznanie skupiny.

10. Pomáhajúce vzťahy kombinujú starostlivosť, dôveru, otvorenosť a prijatie, ako aj podporu pri zmene správania. Zdrojom sociálnej opory môže byť budovanie vzťahov, terapeutické aliance, telefonická alebo online podpora, sieť priateľov.

1.4 Prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania

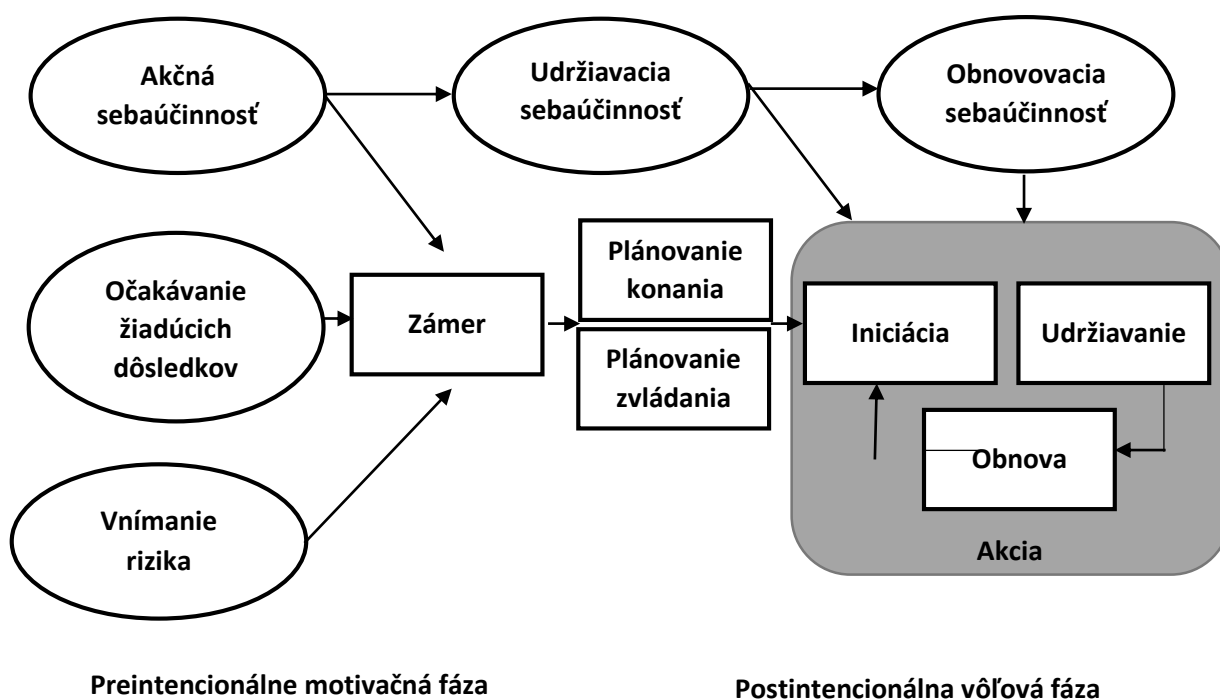
Health action process approach, 1992, Ralf Schwarzer

Zmeniť nezdravé správanie je veľmi náročné aj keď sme presvedčení, že ho chceme zmeniť. Teória plánovaného správania a iné sociálno-kognitívne teórie predpokladajú, že úmysel zmeniť správanie je najlepším prediktorom zmeny tohto správania. Naše úmysly a konanie sa ale často líšia, pretože sa vyskytnú rôzne prekážky, alebo nás premôže pokušenie. Na ceste medzi našimi úmyslami a konaním teda pôsobia ďalšie faktory (postintencionálne faktory) ako napríklad vnímaná sebaúčinnosť, implementačný zámer, plánovanie, ktoré umožnia alebo neumožnia premeniť úmysel na činy. Z tohto dôvodu prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania navrhuje rozlišovať (1) preintencionálny motivačný proces vedúci k úmyslu správať sa daným spôsobom a (2) postintencionálny vôľový proces vedúci k danému správaniu (Schwartzter 2008).

(1) Preintencionálne motivačná fáza

V úvodnej motivačnej fáze, teda v období, keď sa len formujú úmysly, zámery sa uplatňuje **vnímanie rizika** (napr. jem toľko údenín a skoro vôbec nešportujem, že je len otázka času, kedy budem mať rakovinu hrubého čreva), ale sám o sebe nepostačuje na sformovanie úmyslu k zmene správania. Vnímanie rizika ale vytvorí predpoklady pre rozvíjanie úvah o možných dôsledkoch súčasného správania, možných benefitoch žiaduceho správania a možnostiach zmeniť správanie. Ďalšími prvkami teda sú **očakávanie žiaducich výsledkov** (rôzne sociálne, fyzické alebo emocionálne benefity, ktoré osoba očakáva od zmeny správania: napr. zmenou jedálnička a pravidelným cvičením by som mohol znížiť riziko onkologického ochorenia) a **vnímaná sebaúčinnosť** (takúto zmenu správania by som asi zvládol). Očakávanie žiaducich dôsledkov a vnímaná sebaúčinnosť sú kľúčové pre formovanie zámeru osvojiť si nové správanie. Úmysel zmeniť správanie, osvojiť si nové správanie označujeme termínom **behaviorálny zámer**.

OBRÁZOK 8 Prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania (Schwartzter 2008, str. 6)

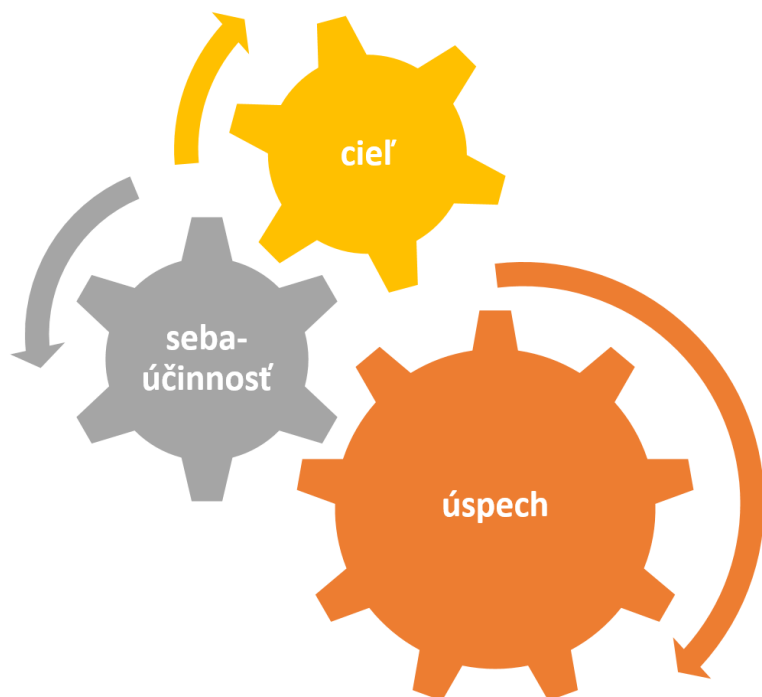


Po sformovaní zámeru musí byť tento dobrý úmysel transformovaný do podrobných inštrukcií, ako vykonať želanú zmenu správania a tiež ako toto nové správanie udržať. Toto sa neudeje vďaka jednému rozhodnutiu, ale je výsledkom pôsobenia sebaregulačných zručností a stratégií. Vnímaná sebaúčinnosť je zjavne dôležitá v celom procese zmeny správania, ale v každej časti procesu môže znamenať niečo iné. Skôr, než si popíšeme postintencionálnu vôľovú časť procesu zmeny správania, predstavíme si koncept sebaúčinnosti a implementačných zámerov.

Sebaúčinnosť

Sebaúčinnosť je presvedčenie o tom, či človek „dokáže vykonať určitú činnosť“ (Bandura 1997, str. 29). Napríklad, *ako veľmi si verím, že dokážem zlepšiť svoju fyzickú aktivitu budúci mesiac?* Ak tomu verím, stanovím si vyšší osobný cieľ, budem mať pozitívnejšie očakávania, budem sa menej báť zlyhaní, bude mi viac záležať na výsledkoch, ovplyvní to moje rozhodnutie čo robiť a ako dlho a intenzívne sa o to snažiť (obr. 9). *Možno sa rozhodnem, že od pondelka budem behať aspoň dvakrát do týždňa, budem očakávať, že to je niečo, čo zvládnem, budem veriť, že dodržím svoj plán, budem sa len trochu obávať zlyhania. Ak sa vyskytne problém, napríklad nebude sa mi chcieť, bude pršať, pokúsím sa tento problém vyriešiť, skúsím nájsť náhradnú aktivitu alebo deň na behanie.* Presvedčenie o sebaúčinnosti pomáha aktivizovať húževnatosť, vytrvalosť v snahe dosiahnuť cieľ. Dosiachnutie čiastkového cieľa, teda úspech, spätne prispieva k zvyšovaniu kapacity pre sebareguláciu práve skrze posilnenie sebaúčinnosti, teda viery, že dokážem prekonať prekážky a dosiahnuť svoj cieľ. Potrebujeme teda realistické ciele, vieru, že ich dosiahneme a sériu malých úspechov, aby sme sa preradili do trajektórie úspešných a zlepšujúcich sa (Bandura 1997).

OBRÁZOK 9 Sebaúčinnosť



Ako sme už vyššie spomenuli, vnímaná sebaúčinnosť môže v každej fáze procesu znamenať niečo iné v závislosti od úlohy, ktorú osoba práve rieši (Schwartzter 2008). V prvej fáze potrebuje veriť, že sa dokáže správať žiaducim spôsobom, potom potrebuje veriť, že dokáže udržať tento druh správania a na záver, že sa nevyčerpá a dokáže obnoviť vieru v svoje schopnosti aj keď zlyhá. Rozlišujeme teda akčnú, udržiavaciu a obnovovaciu sebaúčinnosť (Marlatt a kol. 1995). **Akčná sebaúčinnosť**, teda presvedčenie osoby o tom, že dokáže zmeniť správanie, osvojiť si nové správanie, sa uplatňuje v období, keď osoba ešte len uvažuje o zmene správania, mobilizuje motiváciu k zmene (Schwartzter 2008). Ľudia s vysokou mierou akčnej sebaúčinnosti očakávajú úspech, predvídajú možné výsledky rozličných stratégií a s väčšou pravdepodobnosťou aj inicializujú žiaduce správanie, kým ľudia s nízkou mierou akčnej sebaúčinnosti očakávajú neúspech, pochybujú o sebe a majú tendenciu prokrastinovať. **Udržiavacia sebaúčinnosť** je presvedčenie, že si osoba poradí s prekážkami, zvládne ťažkosti súvisiace s udrжанím žiaduceho správania. Ľudia s vysokou mierou udržiavacej sebaúčinnosti si veria a hľadajú rôzne spôsoby, ako prekonať prekážky, investujú do snahy udržať si žiaduce správanie a vydržia sa snažiť dlhšie oproti ľuďom s nízkou mierou udržiavacej sebaúčinnosti. **Obnovovacia sebaúčinnosť** je presvedčenie osoby o tom, že si poradí so zlyhaním, dokáže obnoviť žiaduce správanie po zlyhaní. Ľudia s nízkou mierou obnovovacej sebaúčinnosti majú tendenciu pripísať zlyhanie vnútorným, nemenným alebo všeobecným príčinám, dramatizovať udalosť a interpretovať to ako totálne zlyhanie, kým ľudia s vysokou mierou obnovovacej sebaúčinnosti majú tendenciu pripísať to externým príčinám, vysoko rizikovým okolnostiam, ktoré sa jednoducho občas objavujú a sústredia sa na vyriešenie problému a znovuzískanie kontroly nad správaním (tamtiež).

Plánovanie, implementačné zámery

Dobré úmysly majú väčšie šance premeniť sa na skutky vtedy, keď si ľudia premyslia scenáre a stratégie, ako to urobiť. Tí, ktorí podcenia plánovanie a nepremyslia si plán ako, kedy a kde svoj zámer zrealizujú a ako budú reagovať na možné prekážky majú menšiu šancu uspieť pri dosahovaní zmeny správania (Morrison, Bennet 2016). Implementačný zámer môže zvýšiť úspešnosť pri dosahovaní zmeny správania tým, že vopred definuje požadované správanie zamerané na cieľ ako reakciu na konkrétnu udalosť či podnet, ktorý sa v budúcnosti vyskytne (Goollwitzer 1997). Takže napr. nestačí mať zámer prestať fajčiť, ale je lepšie mať implementačný zámer, teda mať v úmysle prestať fajčiť budúcu nedeľu ráno, doma, a pre istotu mať pripravenú nikotínovú náplasť. Nedeľa ráno sa stáva spúšťačom správania a nikotínová náplasť bude doma k dispozícii v prípade prekážok.

(2) Postintencionálna vôľová fáza

V postintencionálnej vôľovej fáze sa uplatňuje plánovanie a sebaúčinnosť (Schwartzter 2008). Kým v preintencionálnej motivačnej fáze je nápomocná akčná sebaúčinnosť, v posintencionálnej fáze sa uplatňuje udržiavacia a obnovovacia sebaúčinnosť. Kým v predchádzajúcej fáze si ľudia ešte len formovali zámer zmeniť správanie (nezaujať), v tejto fáze niektorí ľudia sú motivovaní k zmene, ale ešte nekonajú (rozhodnutí) a iní už žiaduce správanie inicializovali (konajúci). Rozlišujeme teda tri typy ľudí podľa mentálneho nastavenia z hľadiska zmeny správania: **nezaujatých, rozhodnutých a konajúcich**. Kľúčovým faktorom premeny úmyslov na činy je plánovanie, pričom rozlišujeme plánovanie konania (akčné plánovanie) a plánovanie zvládania záťaže. **Plánovanie konania** zahŕňa inštrukcie čo, kedy, kde a ako bude urobené, aby sa úmysel premenil na činy. **Plánovanie zvládania** zahŕňa predvídanie prekážok pri osvojovaní nového správania a premyslenie stratégií, ako tieto prekážky zvládnuť. Akčné plánovanie je dôležitejšie pre iniciáciu zdravotného správania, zatiaľ čo plánovanie zvládania je potrebné aj pre iniciovanie a udržiavanie akcií.

ÚLOHA 7

V nasledujúcej tabuľke je dotazník mapujúci koncepty prístupu zameraného na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania. Skúste si ho vyplniť a určiť, ktoré otázky mapujú ktorý koncept.

TABUĽKA 7 Koncepty prístupu zameraného na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania (Schwartz 2008)

	Veľmi	Trochu	Trochu	Veľmi
	pravdepodobné		nepravdepodobné	
(1) Aké je vaše riziko, že v najbližších rokoch utrpíte srdcový infarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ak by ste začali pravidelnejšie a viac cvičiť, ako veľmi pravdepodobné je:				
... že by ste sa cítili lepšie, mali viac energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... že by sa zlepšili Vaše ukazovatele zdravia ako napr. hladina cholesterolu, krvný tlak, zápalové markery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... že by ste boli atraktívnejší pre iných	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Ako veľmi ste si istý, že dokážete začať cvičiť pravidelne?				
... s cvičením môžem začať okamžite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... s cvičením môžem začať ešte tento mesiac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Ako veľmi ste si istý, že vydržíte cvičiť pravidelne, keď s tým začnete?				
... vydržím, aj keď moji blízki a kamaráti ostanú doma v pohodlí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vydržím, aj keď budem unavený alebo budem mať svalovku po cvičení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ak sa Vám stane, že na nejaké obdobie vynecháte cvičenie, ako veľmi ste si istý, že znovu začnete pravidelne cvičiť? Som si istý, že začnem cvičiť				
... aj keď budem musieť vynechať cvičenie kvôli chorobe alebo práci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aj keď prestanem cvičiť, lebo to vzdám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Veľmi pravdepodobné	Trochu pravdepodobné	Trochu nepravdepodobné	Veľmi nepravdepodobné
(6) Aké máte v najbližšom období úmysly?				
... Mám v úmysle začať pravidelne cvičiť ešte tento mesiac.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mám v úmysle začať pravidelne cvičiť ešte tento týždeň.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Ak máte v úmysle zmenu vášho správania v najbližšom období, máte už predstavu, ako to zrealizujete?				
... Mám detailný plán, kedy začať s pravidelným cvičením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mám detailný plán, aký druh cvičenia, ako často, kde a ako budem robiť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Uvažovali ste o možných ťažkostiach, problémoch, ktoré vám môžu brániť pravidelne cvičiť?				
... Mám plán, ako zvládnuť únavu a bolesť po cvičení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mám plán, ako odolať pokušeniu ostať doma, keď bude neprijemné počasie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RIEŠENIE ÚLOHY 7

Jednotlivé skupiny otázok reprezentovali nasledovné koncepty prístupu zameraného na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania: (1) Vnímanie rizika, (2) Očakávanie žiaducich dôsledkov, (3) Akčná sebaúčinnosť, (4) Udržiavacia sebaúčinnosť, (5) Obnovovacia sebaúčinnosť, (6) Behaviorálny zámer, (7) Plánovanie konania, (8) Plánovanie zvládania záťaže.

1.5 Silový model sebaregulácie

Strength model of self-regulation, 1998, Roy F. Baumeister, Martin Hagger

Zmena správania a najmä jeho udržanie záleží od toho, ako dokážeme využiť našu sebareguláciu a naopak, ak sa nám to nedarí, prejaví sa to tým, že sa nedokážeme správať tak, ako sme plánovali. Silový model sebaregulácie sa snaží porozumieť, akým spôsobom sa sebaregulácia uplatňuje pri zmene a udržaní zmeneného správania a teda aj čo by sme mohli urobiť, aby sme vedeli predísť zlyhaniu sebaregulácie.

ÚLOHA 8

Skôr než si predstavíme silový model sebaregulácie, pripravte si list papiera a rozdeľte ho na dva stĺpce. Do prvého stĺpca skúste napísať zoznam činností, ktoré ste dnes museli/ nesmeli urobiť, teda vyžadovali vašu vôľovú činnosť k tomu, aby ste ich urobili/ zdržali sa. V druhom stĺpci skúste vymenovať aktivity, ktoré vám prinášajú uvoľnenie, potešenie, máte to radi a robíte to dobrovoľne, bez potreby nútiť sa k nim. Do každého stĺpca napíšte aspoň päť aktivít.

► Predstavte si, že máte na každý deň len určitý počet „balíčkov sebakontroly“ a na každú aktivitu z prvého stĺpca musíte použiť aspoň jeden z nich.

► Je len na Vás, kedy a na akú aktivitu balíčky použijete alebo sa rozhodnete časť balíčkov odložiť na vybrané aktivity neskôr.

► Napriek tomu v istých situáciách nebude možné vyhnúť sa použitiu balíčkov a nie vždy budete schopní predvídať tieto situácie.

Môžete napríklad v rannom zhone rozbiť plný pohár a budete musieť minúť jeden balíček sebaovládania, aby ste zostali pokojní, neprepadli panike z časového stresu, upratali neporiadok v kuchyni a uvarili si novú kávu alebo odišli z domu bez kávy.

► Krátka prestávka, relaxácia, chvíľka potešenia Vám môže pridať extra bonusový balíček.

► Môžete navýšiť svoj denný limit balíčkov, ak budete pravidelne trénovať, ale budete musieť minúť nejaké balíčky na tréning.

Koľko balíčkov vám dnes ostalo?

TABUĽKA 8 Koncepty silového modelu sebaregulácie

Aktivity, ktoré vyžadujú sebakontrolu.	Aktivity, ktoré prinášajú oddych, radosť a nevyžadujú sebakontrolu.	Použité balíčky	Získané balíčky
		Suma:	

Sebaregulácia je schopnosť udržať kontrolu nad sebou samým, alebo inými slovami, schopnosť prekonávať nutkania, odolávať impulzom, potláčať emócie alebo prekonávať zaužívané správanie (Hagger 2009). Svojim charakterom sa podobá svalovej sile. Je to druh energie alebo sily, ktorá je kapacitne limitovaná, teda sa vyčerpáva pri odolávaní impulzom, kontrolovaní myšlienok a emócií, sústredení pozornosti, pri robení zodpovedných výberov, pri prijímaní sociálne žiaducich rozhodnutí, zapojení do úloh, ktoré vyžadujú vykonávacie procesy alebo kognitívne procesy. Jej zdroje sú obmedzené a ich vyčerpanie vedie k zlyhaniu sebaregulácie, ak sa tieto zdroje nedoplnia, neobnovia. Považujeme ju za všeobecný, nie doménový špecifický zdroj (teda jeden zdroj sebaregulácie pre všetky typy úloh, všetky účely). Keď sa spotrebuje pre jednu úlohu, nemusí jej byť dosť pre inú úlohu. Keď miniete svoj balíček pre sebaregulácie na upratovanie rozbitého hrnčeka, nemusíte jej mať dosť na pokojné upozornenie svojho partnera, že vyloženie umývačky má toto ráno na starosti on.

Silový model sebaregulácie pracuje s troma ďalšími predpokladmi: **konzerváciou zdrojov sebaregulácie, zotavením a tréningom**. Ľudia si môžu uchovať určitú silu pre predpokladané budúce

použitie, takže rozloženie síl, plánovanie alokácie zdrojov sebaregulácie pomáha. Vyčerpané zdroje pre sebareguláciu sa môžu zregenerovať, obnoviť po odpočinku alebo relaxácii, takže pomáha urobiť si prestávku na zotavenie. Byť dobre vyspatý a nebyť hladný zlepšuje našu schopnosť sebaregulácie, ale aj schopnosť zregenerovať vyčerpané zdroje pre sebareguláciu. Do tretice, pravidelný tréning, opakovanie úloh vyžadujúcich sebareguláciu, ideálne spojených s pozitívnym prežívaním rozvíja kapacitu pre sebareguláciu, navyšuje ju.

Z toho, čo sme si už o silovom modeli sebaregulácie povedali vyplýva, že ak chceme byť pri zmene správania úspešní, nemali by sme sa pokúšať o veľa aktivít náročných na sebareguláciu naraz. Je rozumné zväžiť, čo všetko v našom živote vyžaduje sebaregulácie a aké náročné to pre nás je a rozumne naplánovať načasovanie zmeny správania do momentu, keď predpokladáme, že budeme mať dostatočnú kapacitu pre sebareguláciu. V počiatočných štádiách zmeny, kde predpokladáme, že budú náročnejšie na sebaregulačnú kapacitu, obmedziť iné aktivity vyžadujúce sebareguláciu. Zväžiť, či v tom istom čase chceme aj prestať fajčiť, aj začať jesť zeleninu a prestať jesť čokoládu, aj začať behať a aj zvládnuť odovzdanie projektu v práci.

V období náročnom na sebareguláciu by sme mali dbať na dostatok spánku a pravidelné menšie porcie jedla, aby sme predišli hypoglykémii a pocitu únavy. Naš implementačný plán by mal obsahovať nielen odmeny, ale aj myslieť na dostatočné zotavenie, aby sme zregenerovali zdroje sebakontroly. To môžu krátke prestávky v práci, aktivity, ktoré nás tešia, wellness s masážou, relaxácia, počúvanie hudby, sledovanie filmu, čokoľvek, čo nám robí potešenie, bez nárokov na sebareguláciu. Ak plánujeme zmenu, predtým si vieme pomôcť tréningom sebaregulácie, k čomu ideálne slúži šport, ktorý Vás baví, alebo meditačné techniky.

Vyčerpanie sebaregulačných zdrojov môže byť zmiernené **motiváciou, prítomnosťou implementačného zámeru, individuálnymi rozdielmi v schopnosti sebakontroly, niektorými osobnostnými črtami a dlhodobými podmienkami.**

Sebaregulácia nemusí byť úplne vyčerpaná a aj tak môže dôjsť k zlyhaniu a to v prípade, keď osoba už nie je ochotná, motivovaná plytvať svoje zdroje sebaregulácie na túto aktivitu.

Úmyselné aktivity často vyžadujú, aby osoba prekonala osvojené alebo zaužívané spôsoby správania, zapojila sa do správania, ktoré je pre ňu náročné, a preto je veľmi pravdepodobné, že bude čerpať zo zdrojov sebaregulácie.

Vytvorenie jednoduchého akčného plánu alebo zámeru implementácie je účinnou stratégiou ako zabezpečiť, aby sa zámer premenil na žiaduce správanie. Navyše takéto plány vedú k efektívnejšiemu, automatickému vykonávaniu aktivity a znižujú nároky na sebaregulačnú kapacitu, čím predchádzajú ich vyčerpaniu.

Existujú aj individuálne rozdiely v schopnosti sebaregulácie. Niektorí ľudia dostanú do vienka vyššiu a iní nižšiu kapacitu pre sebareguláciu. V tomto prípade hovoríme o sebaregulácii ako osobnostnej čрте. Niektoré osobnostné črty či individuálne charakteristiky môžu zlepšovať alebo zhoršovať kapacitu pre sebareguláciu. Napríklad ľudia, ktorí sa dokážu lepšie monitorovať, sú aktívnejší, viac zvažujú dôsledky, majú vyššiu všeobecnú inteligenciu, môžu byť schopní efektívnejšie využívať zdroje sebaregulácie.


Niektoré zmeny správania vyvolávajú stav **chronického vyčerpania zdrojov sebaregulácie.** Napríklad, ak niekto drží nízkoúčnú diétu – potrebuje dlhodobo odolávať pokušeniu dať si niečo, čo by podľa

tejto diéty nemal, môže trpieť chronickým vyčerpaním zdrojov sebaregulácie. V tomto prípade sú oddych a relaxácia mimoriadne dôležité na obnovenie zdrojov sebaregulácie.

1.6 Nudging

Nudging alebo postrkovanie označuje metódu posilňovania žiaduceho správania konfrontovaním s podnetmi, drobnými zmenami v prostredí, ktoré vedú k uprednostneniu žiaduceho správania bez toho, aby ste to nežiaduce zakazovali (Thaler, Sunstein 2008). Napr. maličký obrázok muchy v pisoároch na letisku v Schiphole znížil rozstrek moču o 80% (tamtiež). Manipulácia so vzdialenosťou jedla alebo preskupenie jedla tak, aby to zdravé bolo bližšie k zákazníkovi viedlo k výberu zdravšieho jedla (Bucher a kol. 2016). Holandskí výskumníci overovali, či nastavenie stolov v kanceláriách zvýši čas strávený pri práci v stoji a kým pred intervenciou využívalo prácu v stoji menej ako 2% zamestnancov, po prednastavení pracovných stolov na prácu v stoji ich využívalo 12%; tento efekt síce neskôr klesol, ale aj po dvoch mesiacoch pracovalo v stoji 8% zamestnancov (Venema a kol. 2018). A ešte jeden príklad z bratislavskej železničnej stanice: namaľovanie stôp navádzajúcich fajčiarov na miesto, kde si môžu zapáliť znížilo fajčenie v nefajčiarskej zóne o 75%.

Nasledujúce odkazy vám predvedú využitie nudgingu zábavnou formou:

	<p>Piano stairs: https://www.youtube.com/watch?v=2lXh2n0aPyw</p> <p>Design for behavioral change: https://www.youtube.com/watch?v=IXWlByn3y0Y</p>
--	---

2. TAXONÓMIA TECHNÍK ZMENY SPRÁVANIA

Je množstvo rôznych techník zmeny správania a navyše rôzni autori používajú rôzne pomenovania, čo vedie k tomu, že je veľmi náročné identifikovať, o akú techniku ide, prípadne porovnávať zistenia z rôznych štúdií či určiť, ktorá z použitých techník prispieva k efektívnosti intervencie. Charles Abraham a Susan Michie (Abraham, Michie, 2008) vyvinuli taxonómiu techník zmeny správania pre oblasť fyzickej aktivity a stravovacích návykov, v ktorej rozlíšili 26 techník. O niekoľko rokov neskôr sa túto taxonómiu rozhodli revidovať výskumníci z Aberdeen a Coventry v spolupráci s pôvodnými autormi z tímu v Londýne (Michie a kol. 2011). Ako modelový príklad si vybrali 72 výskumných štúdií zahrnutých do systematického review intervencií zameraných na zmenu správania v oblasti fyzickej aktivity a stravovacích návykov a s využitím pôvodnej taxonómie sa pokúsili identifikovať všetky zahrnuté techniky zmeny správania, pričom si zaznamenávali prípady, keď nejakú techniku pôvodná taxonómia nezahrňala alebo nebolo možné jednoznačne danú techniku do taxonómie zaradiť. Svoje zistenia potom zhrnuli a výsledkom tejto spolupráce bola revidovaná taxonómia zahŕňajúca 40 techník správania, ktorú nazvali CALO-RE (Coventry-Aberdeen-London-Refined).

TABUĽKA 9 Taxonómia techník zmeny správania v oblasti pohybovej aktivity a stravovacích návykov CALO-RE (Michie a kol. 2011, Hagger a kol. 2014)

<p>1. Poskytovanie informácií (všeobecné).</p>	<p>Poskytovanie všeobecných informácií o súvislosti správania s možnými dôsledkami vychádzajúce obvykle z epidemiologických štúdií, teda nie personalizované informácie, pohybovej aktivity a jej možných výsledkoch. Napr. leták so sloganom: „Fyzická aktivita znižuje riziko kardiovaskulárnych ochorení“.</p>
<p>2. Poskytovanie informácií (jednotlivcovi, skupine).</p>	<p>Poskytovanie špecifických informácií o možných výhodách/nevýhodách vybraného správania upravené na základe charakteristík (demografických, klinických, behaviorálnych alebo psychologických) pre skupinu alebo jednotlivca. Napr. odporúčaný jedálny lístok pre oddiel hádzanárov počas sezóny.</p>
<p>3. Poskytovanie informácií (súhlas iných).</p>	<p>Poskytovanie informácií o tom, čo si iní myslia o danom správaní, ako budú hodnotiť, či budú alebo nebudú schvaľovať, ak sa osoba bude takýmto spôsobom správať. Napr. tréner povzbudzuje: „Vaši priatelia určite ocenia, ak sa zapojíte do tohto programu a vydržíte cvičiť“</p>
<p>4. Poskytovanie informácií (správanie druhých).</p>	<p>Poskytovanie informácií o tom, ako sa obvykle správajú ostatní. Leták určený pre klientov v strednom veku uvádza: „Ľudia vo veku nad 50 rokov sa často venujú cvičeniu, ktoré nikdy predtým nerobili“.</p>
<p>5. Stanovenie behaviorálneho cieľa</p>	<p>Povzbudenie iniciovať alebo udržať zmenu správania. Nezahŕňa plánovanie zmeny. Cieľom môže byť „jesť viac zeleniny a ovocia.“</p>
<p>6. Stanovenie cieľa (výsledok)</p>	<p>Povzbudenie stanoviť si, čo sa má zmenou správania dosiahnuť, napr. zníženie telesnej váhy o 4 kilogramy vďaka pravidelnému cvičeniu.</p>
<p>7. Plánovanie (action planning)</p>	<p>Vypracovanie podrobných plánov toho čo (aký druh aktivity, v akom rozsahu), kedy (v akých situáciách alebo v ktorých dňoch, časoch) a kde bude osoba robiť. Napr. každé ráno ešte pred raňajkami si pôjdem zabehať aspoň 2 kilometre.</p>
<p>8. Identifikácia prekážok/riešenie problému</p>	<p>Po vypracovaní plánu majú klienti za úlohu identifikovať, čo by im mohlo brániť naplniť plán a tiež riešenia možných problémov. Napríklad: „Piatky bývam unavený a potom sa</p>

	mi nechce ísť cvičiť – preto pôjdem spať skôr vo štvrtok večer."
9. Nastavenie postupnosti úloh	Vytvorenie čiastkových úloh, ktoré povedú k žiadanej zmene správania a sú zvládnuteľné.
10. Priebežné zhodnotenie plnenia behaviorálnych cieľov	Priebežné zhodnotenie plnenia cieľov, prípadne revízia. Napr.: Nie je problém dodržať plán v pondelky, utorky a stredu, ale štvrtok ho často porušuje, lebo pracovné porady sú nakoniec vždy dlhšie, takže sa plán upraví a štvrtkové aktivity sa posunú na čas pred poradou.
11. Preskúvanie cieľa (výsledku)	Priebežné zhodnotenie plnenia cieľov, prípadne revízia. Napr.: Zmeranie telesnej hmotnosti a revízia plánu znížiť hmotnosť len o 2 kilogramy.
12. Odmeny za snahu alebo progres	Využívanie odmien, pochvál za pokusy o dosiahnutie cieľa, ktoré nemusia byť priamo naviazané na dosiahnutie zmeny správania. Napr. výživový poradca môže pochváliť klienta, že si nachystal jedálniček.
13. Odmeny za úspešnú zmenu správania	Využívanie odmien, pochvál za úspešnú zmenu správania. Napr. tréner pochváli zverenca, že dodržal tréningový plán a v uplynulom týždni bol behať každé ráno.
14. Formovanie (prispôsobovanie)	Postupné zvyšovanie nárokov na odmeňovanie, napr. spočiatku môže byť odmena za akýkoľvek pokus o fyzickú aktivitu, a postupne len ak trvá viac ako 20 minút s úmyslom formovať správanie smerom k žiadanej podobe.
15. Povzbudzovať využívanie osvojeného správania aj v iných situáciách	Po osvojení správania v jednom kontexte je osoba povzbudzovaná skúšať ho aj v iných kontextoch, aby sa zmena lepšie integrovala do životného štýlu.
16. Sebamonitorovanie správania	Osoba je povzbudzovaná, aby sa sledovala a viedla si denník alebo záznamy o naplánovanom správaní.
17. Sebamonitorovanie výsledkov správania	Osoba je povzbudzovaná, aby sa sledovala a viedla si denník alebo záznamy o napĺňaní cieľa, napr. merala svoju hmotnosť, krvný tlak.
18. Upríamenie pozornosti na dosiahnuté úspechy	Inštruovanie osoby, aby sa zamyslela alebo vymenovala svoje už dosiahnuté čiastkové úspechy pri dosahovaní zmeny správania.
19. Poskytovanie spätnej väzby	Poskytnutie spätnej väzby k výkonu osoby s cieľom motivovať ju.

20. Informovanie o tom kde a kedy je možné vykonávať aktivitu	Informácie, rady, nápady kde a kedy sa dá zapojiť do žiaduceho správania.
21. Inštruovanie ako vykonávať aktivitu	Poskytovanie písomnej alebo ústnej inštrukcie, ako správne a efektívne vykonávať aktivitu.
22. Predvedenie správania	Demonštrovanie žiaduceho správania, alebo iný druh vizualizácie ako vykonávať žiaduce správanie.
23. Návod ako využívať podnety k aktivite	Poskytnutie návodu, ako využívať podnety, pohnútky k vykonaniu žiaducej aktivity, aby sa stala rutinnou, napr. určiť si konkrétny čas alebo situáciu, nastaviť si mobilné upozornenie.
24. Environmentálna reštrukturalizácia	Povzbudenie k zmenám v svojom prostredí s cieľom uľahčiť žiaducu zmenu v správaní. Napríklad upraviť obsah chladničky, nachystať si bežecký úbor.
25. Kontrakt o zmene správania	Vypracovanie kontraktu o zmene správania s cieľom vytvoriť pocit záväzku.
26. Povzbudenie k praktikovaniu správania	Povzbudenie osoby, aby si precvičila a zopakovala aktivity, ktoré smerujú k žiaducej zmene správania s cieľom automatizovať ju.
27. Pripomínanie	Využitie rôznych spôsobov pripomínania (maily, textové správy), aby pokračovali v pláne.
28. Facilitovanie sociálneho porovnávania	Poukazovať na správanie iných, povzbudzovať k porovnávaniu sa s inými s cieľom zvýšiť motiváciu.
29. Mobilizácia sociálnej opory	Povzbudenie osoby, aby mobilizovala sociálnu oporu od blízkych, ktorá by jej mohla pomôcť dosiahnuť zmenu správania, aby si ciele naplánovala a zabezpečila oporu blízkych.
30. Povzbudenie byť „role model“	Povzbudenie osoby, aby sa stala vzorom, príkladom pre iných vďaka zmene správania.
31. Vyvolávanie anticipovanej ľútosťi	Povzbudenie osoby uvažovať o tom, ako by jej bolo ľúto, aký pocit zahanbenia či viny by cítila, ak by zlyhala pri dosahovaní cieľa.
32. Vzbudzovanie strachu	Využívanie strachu s cieľom motivovať k zmene správania. Napríklad upozorňovať na riziko úmrtia, ak nedôjde k zmene správania a zníženiu telesnej hmotnosti.
33. Povzbudzovanie k vnútornému monológu	Povzbudzovanie osoby, aby využívala vnútornú reč na povzbudzovanie a podporu, napríklad využívanie mantier alebo motivačných slov pri cvičení.

34. Vizualizácia	Povzbudzovanie osoby, aby využívala vizualizačné techniky, napríklad si predstavovala úspešné dokončenie aktivity.
35. Prevencia relapsu, stratégia zvládania	Povzbudenie osoby, aby si premyslela plán na udržanie zmeneného správania, aby sa zamerala na situácie, v ktorých by mohlo dôjsť k relapsu. Napríklad keď je zlé počasie, tak sa mi častejšie stáva, že nejdem behať a tak si urobím plán , že v prípade zlého počasia využijem bežecký pás v interiéri.
36. Zvládanie stresu, tréning zvládania emócií	Povzbudenie osoby, aby sa snažila znížiť stresovú záťaž a udržať si vnútornú pohodu.
37. Motivačný rozhovor	Špecifický druh rozhovoru využívajúci viacero techník zameraných na zapojenie osoby do rozhovoru o zmene správania, minimalizovanie odporu a zvládnutie ambivalentného postoja k zmene správania vrátane motivačného poradenstva.
38. Time management	Akákoľvek technika, ktorá pomáha osobe efektívne riadiť svoj čas tak, aby bola schopná zapojiť sa do želanej činnosti.
39. Tréning komunikačných zručností	Techniky zamerané na zlepšenie komunikačných zručností, napríklad na načúvanie alebo asertívnu komunikáciu.
40. Stimulovanie očakávania budúcich odmien	Jednotlivcom sa odporúča, aby zvážili budúce odmeny spojené s výsledkom (výsledkami) bez toho, aby nevyhnutne posilnili zmenu správania.

3. PRÍKLAD INTERVENCIE

Medzinárodný tím výskumníkov sa rozhodol overiť **účinnosť intervencie zameranej na zlepšenie ústnej hygieny** v skupine iránskych dospelých vo veku **12 až 17 rokov** (Scheerman a kol. 2020), pričom využili **prístup zameraný na proces zmeny so zdravým súvisiacim správaním** (Schwartz, 2008).

V **randomizovanej štúdií** vytvorili tri ramená, pričom v prvej skupine boli do intervencie zapojení iba dospelí, v druhej boli zapojení dospelí a ich matky a tretia skupina bola kontrolná. Do štúdie zaradili dospelých, ktorí neboli zapojení do žiadnej inej intervencie zameranej na podporu zdravia a ktorí mali účet na sociálnej sieti Telegram, ktorú výskumníci využívali na administrovanie intervencie. Pred začatím intervencie všetci účastníci podstúpili preventívnu prehliadku u zubára, vyplnili dotazník týkajúci sa starostlivosti o ústnu hygienu a tento skrining sa zopakoval aj po mesiaci a znovu o 6 mesiacov. Po vstupnej kontrole boli účastníci náhodným spôsobom rozdelení do troch ramien. Zapojených bolo 30 škôl, ktoré boli rozdelené do troch ramien, pričom v každom ramene bolo zapojených 10 škôl a v každej škole približne 250 dospelých. Intervencia trvala 6 mesiacov a úspešne ju dokončilo 259 dospelých v prvom ramene (do intervencie zapojení iba dospelí), 230 dospelých v druhom ramene (do intervencie zapojení dospelí a ich matky) a 229 dospelých v treťom ramene (kontrolná skupina).

V experimentálnych ramenách boli účastníci informovaní o **zdravotných rizikách** spojených s nedostatočnou ústnou hygienou, **benefitoch** súvisiacich s každodenným čistením zubov a mali k dispozícii krátky videoklip demonštrujúci správne čistenie zubov. Dospelí boli požiadaní, aby si vytvorili **implementačný plán** (plánovanie konania), teda určili si kedy, kde a po akej činnosti si budú čistiť zuby. Školy zabezpečili vytlačenie formulárov, do ktorých si mohli zaznačiť tieto plány a tiež formuláre, do ktorých si mohli zaznačovať, ako plnia plán, teda monitorovať plnenie plánu. Dospelých tiež požiadali, aby identifikovali, čo by im mohlo brániť plniť plán a možné riešenia, teda **plán zvládania**. Počas intervencie dostávali dospelí **povzbudzujúce textové správy** v aplikácii Telegram o možných pozitívnych dopadoch čistenia zubov. Po dvoch týždňoch trvania intervencie boli dospelí požiadaní, aby použili farbiacu tabletu a zaslali fotografiu zubov na zhodnotenie povlaku a toto monitorovacie opatrenie potom opakovali každý týždeň, pričom dostávali spätnú väzbu o prograse na základe ofarbeného zubného povlaku zobrazeného na fotkách. Spätná väzba okrem zhodnotenia povlaku obsahovala aj rady, ako zlepšiť čistenie zubov.

V druhom experimentálnom ramene boli do intervencie zapojené aj matky, pre ktoré bol vytvorený špeciálny kanál na sieti Telegram, kde boli povzbudzované, aby podporovali dospelých pri čistení zubov a kontrolovali plnenie plánov dospelých.

V treťom ramene, teda v kontrolnej skupine dospelí podstúpili iba prehliadku a vyplňali dotazníky.

Primárnym výstupom bola zmena v reportovanej frekvencii čistenia zubov (Ako často si si čistil zuby v uplynulom mesiaci?). **Sekundárnym výstupom** bola zmena v objektívnych ukazovateľoch ústnej hygieny (Visual Plaque Index, Community Periodontal Index), behaviorálny zámer (4 položky, Mám úmysel čistiť si zuby dvakrát denne v budúcnosti), očakávané žiaduce dôsledky (6 položiek, Ak si budem čistiť zuby pravidelne, môj dych bude svieži), vnímané riziko (2 položky, Ak si nebudem čistiť zuby pravidelne, hrozí mi zubný kaz), sebaúčinnosť (3 položky, Verím, že si v budúcnosti dokážem

čistiť zuby dvakrát denne), sebamonitoring (3 položky, Pravidelne som monitoroval kedy/kde/ako si mám čistiť zuby), plánovanie konania (5 položiek, Urobil som si podrobný plán konania kedy/kde/ako/ako často/ ako dlho), plánovanie zvládania (7 položiek, Urobil som si podrobný plán zvládania...) , vnímaná sociálna opora (3 položky, Moji rodičia ma povzbudzujú, aby som si čistil zuby pravidelne), kvalita života súvisiaca s ústnym zdravím (Pediatric Quality of Live Inventory Oral Health Scale).

V oboch experimentálnych ramenách sa v porovnaní s kontrolným ramenom zvýšila frekvencia čistenia zubov a zlepšili sa aj objektívne ukazovatele ústnej hygieny, a to v meraní po mesiaci i po pol roku od začatia intervencie. Intervencia vychádzajúca z prístupu zameraného na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania sa ukázala byť účinná a využitie sociálnej siete Telegram vhodné na administrovanie tejto intervencie. Zapojenie matiek zvýšilo účinnosť intervencie. Žiaducejšie sociálne kognície (behaviorálny zámer, očakávanie žiaducich výsledkov, vnímanie rizika, sebaúčinnosť, vnímaná sociálna opora, plánovanie konania, plánovanie zvládania, monitorovanie) prispievali k účinnosti intervencie.

Na záver jedna inšpiratívna prednáška sociologičky Jeni Cross, ktorá hovorí o mýtoch týkajúcich sa zmeny správania. Dozviete sa, že informácie nestačia, zmena postojov nie je potrebná a ľudia nevedia, čo ich motivuje.



Jeni Cross: Three Myths of Behavior Change. TEDxCSU

<https://www.youtube.com/watch?v=l5d8GW6GdR0>

OTÁZKY

TEÓRIE ZMENY SO ZDRAVÍM SÚVISIACEHO SPRÁVANIA: AUTORI

1.1. Autorom/autormi modelu presvedčení súvisiacich so zdravím je/sú:

- A) Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker
- B) Martin Fisbein, Icek Ajzen
- C) James O. Prochaska, Carlo Di Clemente
- D) Ralf Schwarzer
- E) Roy F. Baumeister, Martin Hagger

1.2. Autorom/autormi teórie plánovaného správania je/ sú:

- A) Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker
- B) Martin Fisbein, Icek Ajzen
- C) James O. Prochaska, Carlo Di Clemente
- D) Ralf Schwarzer
- E) Roy F. Baumeister, Martin Hagger

1.3. Autorom/autormi transteoretického modelu, respektíve etáp zmeny je/ sú:

- A) Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker
- B) Martin Fisbein, Icek Ajzen
- C) James O. Prochaska, Carlo Di Clemente
- D) Ralf Schwarzer
- E) Roy F. Baumeister, Martin Hagger

1.4. Autorom/autormi prístupu zameraného na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania je/sú:

- A) Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker
- B) Martin Fisbein, Icek Ajzen
- C) James O. Prochaska, Carlo Di Clemente
- D) Ralf Schwarzer
- E) Roy F. Baumeister, Martin Hagger

1.5. Autorom/autormi silového modelu sebaregulácie je/ sú:

- A) Irwin M. Rosenstock, Godfrey H. Hochbaum, Marshall H. Becker
- B) Martin Fishbein, Icek Ajzen
- C) James O. Prochaska, Carlo Di Clemente
- D) Ralf Schwarzer
- E) Roy F. Baumeister, Martin Hagger

TEÓRIE ZMENY SO ZDRAVÍM SÚVISIACEHO SPRÁVANIA: DEFINÍCIE

2.1. Nasledujúce tvrdenie popisuje

- A) model presvedčení súvisiacich so zdravím
- B) teóriu plánovaného správania
- C) transteoretický model etáp zmeny
- D) prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania
- E) silový model sebaregulácie
- F) postrkovanie (nudging)

Ak človek verí, že môže ochoreť, verí, že by toto ochorenie mohlo viesť k vážnym zdravotným dôsledkom, teda cíti sa ohrozený a verí, že by svojim konaním, v tomto prípade preventívnym skriningovým vyšetrením mohol predísť ochoreniu alebo jeho dôsledkom a že možné benefity tohto konania prevyšujú prekážky alebo nepríjemnosti súvisiace s organizovaním alebo realizovaním tohto konania, tak je pravdepodobné, že bude konať, podstúpi vyšetrenie, očkovanie, intervenciu.

2.2. Nasledujúce tvrdenie popisuje

- A) model presvedčení súvisiacich so zdravím
- B) teóriu plánovaného správania
- C) transteoretický model etáp zmeny
- D) prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania
- E) silový model sebaregulácie
- F) postrkovanie (nudging)

Ak niečo zamýšľame urobiť, tak je pravdepodobnejšie, že to urobíme. Náš zámer konať nejakým spôsobom vychádza z našich presvedčení o následkoch správania a hodnotení týchto následkov, z našich presvedčení o tom, ako by pre nás dôležití iní ľudia chceli, aby sme sa správali a ako veľmi nám záleží na tom, aby sme im vyhovelí a presvedčenia o tom, či máme nad daným správaním kontrolu.

2.3. Nasledujúce tvrdenie popisuje

- A) model presvedčení súvisiacich so zdravím
- B) teóriu plánovaného správania
- C) transteoretický model etáp zmeny
- D) prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania
- E) silový model sebaregulácie
- F) postrkovanie (nudging)

Zmena správania prebieha cez sériu etáp, aj keď často nie lineárne a ľudia využívajú na docielenie zmeny správania rôzne procesy v rôznych etapách.

2.4. Nasledujúce tvrdenie popisuje

- A) model presvedčení súvisiacich so zdravím
- B) teóriu plánovaného správania
- C) transteoretický model etáp zmeny
- D) prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania
- E) silový model sebaregulácie
- F) postrkovanie (nudging)

V procese zmeny správania je potrebné odlíšiť motivačné procesy formujúce úmysel zmeniť správanie a vôľové procesy vedúce k zmene správania, teda rozlišovať tých, ktorí o zmene ani neuvažujú, ktorí zmenu zamýšľajú a ktorí na zmene už skutočne pracujú.

2.5. Nasledujúce tvrdenie popisuje

- A) model presvedčení súvisiacich so zdravím
- B) teóriu plánovaného správania
- C) transteoretický model etáp zmeny
- D) prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania
- E) silový model sebaregulácie
- F) postrkovanie (nudging)

Zmena správania a najmä jeho udržanie závisí od toho, ako dokážeme prekonávať nutkania, odolávať impulzom, potláčať emócie alebo prekonávať zaužívané správanie. Táto schopnosť sa svojim charakterom podobá svalovej sile.

2.6. Nasledujúce tvrdenie popisujeA) model presvedčení súvisiacich so zdravím

- B) teóriu plánovaného správania
- C) transteoretický model etáp zmeny
- D) prístup zameraný na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania
- E) silový model sebaregulácie
- F) postrkovanie (nudging)

V tomto prístupe sa posilňuje žiaduce správanie konfrontovaním s podnetmi, drobnými zmenami v prostredí, ktoré vedú k uprednostneniu žiadúcziaducrávania.

TEÓRIE ZMENY SO ZDRAVÍM SÚVISIACEHO SPRÁVANIA: KONCEPTY 1

3.1. Ktoré základné koncepty patria do modelu presvedčení súvisiacich so zdravím?

- A) vnímaná náchylnosť, vnímaná závažnosť, vnímané benefity, vnímané bariéry, vnímaná sebaúčinnosť
- B) postoje, normy, vnímaná kontrola, zámer
- C) prekontemplačná etapa, kontemplačná etapa, prípravná etapa, etapa zmeny, udržiavacia etapa, ukončenie
- D) vnímanie rizika, očakávanie žiaducich dôsledkov, akčná, udržiavacia a obnovovacia sebaúčinnosť, zámer, plánovanie konania a zvládania
- E) sebaregulácia, konzervácia zdrojov, zotavenie, tréning

3.2. Ktoré základné koncepty patria do teórie plánovaného správania

- A) vnímaná náchylnosť, vnímaná závažnosť, vnímané benefity, vnímané bariéry, vnímaná sebaúčinnosť
- B) postoje, normy, vnímaná kontrola, zámer
- C) prekontemplačná etapa, kontemplačná etapa, prípravná etapa, etapa zmeny, udržiavacia etapa, ukončenie
- D) vnímanie rizika, očakávanie žiaducich dôsledkov, akčná, udržiavacia a obnovovacia sebaúčinnosť, zámer, plánovanie konania a zvládania
- E) sebaregulácia, konzervácia zdrojov, zotavenie, tréning

3.3. Ktoré základné koncepty patria do transteoretického modelu

- A) vnímaná náchylnosť, vnímaná závažnosť, vnímané benefity, vnímané bariéry, vnímaná sebaúčinnosť
- B) postoje, normy, vnímaná kontrola, zámer
- C) prekontemplačná etapa, kontemplačná etapa, prípravná etapa, etapa zmeny, udržiavacia etapa, ukončenie
- D) vnímanie rizika, očakávanie žiaducich dôsledkov, akčná, udržiavacia a obnovovacia sebaúčinnosť, zámer, plánovanie konania a zvládania
- E) sebaregulácia, konzervácia zdrojov, zotavenie, tréning

3.4. Ktoré základné koncepty patria do prístupu zameraného na proces zmeny so zdravím súvisiaceho správania

- A) vnímaná náchylnosť, vnímaná závažnosť, vnímané benefity, vnímané bariéry, vnímaná sebaúčinnosť
- B) postoje, normy, vnímaná kontrola, zámer
- C) prekontemplačná etapa, kontemplačná etapa, prípravná etapa, etapa zmeny, udržiavacia etapa, ukončenie
- D) vnímanie rizika, očakávanie žiaducich dôsledkov, akčná, udržiavacia a obnovovacia sebaúčinnosť, zámer, plánovanie konania a zvládania
- E) sebaregulácia, konzervácia zdrojov, zotavenie, tréning

3.5. Ktoré základné koncepty patria do silového modelu sebaregulácie

- A) vnímaná náchylnosť, vnímaná závažnosť, vnímané benefity, vnímané bariéry, vnímaná sebaúčinnosť
- B) postoje, normy, vnímaná kontrola, zámer
- C) prekontemplačná etapa, kontemplačná etapa, prípravná etapa, etapa zmeny, udržiavacia etapa, ukončenie
- D) vnímanie rizika, očakávanie žiaducich dôsledkov, akčná, udržiavacia a obnovovacia sebaúčinnosť, zámer, plánovanie konania a zvládania
- E) sebaregulácia, konzervácia zdrojov, zotavenie, tréning

TEÓRIE ZMENY SO ZDRAVÍM SÚVISIACEHO SPRÁVANIA: KONCEPTY 2

4.1. Priradte k uvedeným otázkam koncepty, ktoré sa ich týkajú

- | | |
|--|-------------------------|
| A) Ako veľmi pravdepodobné podľa vás je, že vám diagnostikujú dané ochorenie? | 1) vnímaná náchylnosť |
| B) Ako veľmi vážne by pre vás bolo trpieť týmto ochorením? | 2) vnímaná závažnosť |
| C) Absolvovanie danej intervencie zníži riziko, že budem trpieť daným ochorením | 3) vnímané benefity |
| D) Čo vám bráni absolvovať danú intervenciu? Čo vám stojí v ceste? Prečo ste ju neabsolvovali? | 4) vnímané bariéry |
| E) Ako náročné by pre vás bolo zabezpečiť absolvovanie danej intervencie? | 5) vnímaná sebaúčinnosť |

4.2. Priradte k uvedeným otázkam koncepty, ktoré sa ich týkajú

- | | |
|---|--|
| A) Aké výhody/nevýhody by vám toto správanie mohlo priniesť? | 1) presvedčenia o následkoch správania |
| B) Čo sa vám páči/ nepáči na danom správaní? Bolo by to príjemné/ nepríjemné, keby ste sa tak správali? | 2) hodnotenie očakávaných následkov |
| C) Čo by si o tomto vašom novom správaní mysleli ľudia, na ktorých vám záleží? Kto by vás v tomto správaní podporoval a kto by bol proti? | 3) normatívne presvedčenia |
| D) Konajú ľudia, na ktorých Vám záleží podobne? | 4) motivácia vyhovieť |
| E) Aké facilitátory a bariéry má toto správanie pre vás? Čo vám uľahčuje/ sťažuje zmenu tohto správania? | 5) presvedčenia o kontrole správania |
| F) Aký je ich vplyv na vás? Ak sa chcete takto správať, nakoľko ste si istý, že môžete? | 6) vnímaná sila |

4.3. Priradte k uvedeným konceptom popisy

- | | |
|--|--------------------------|
| A) Ľudia neuvažujú o zmene daného správania. Nemajú dost informácií o dôsledkoch daného správania alebo benefitoch zmeny, ani ich nevyhľadávajú. Nemajú motiváciu k zmene, alebo sú demoralizovaní predchádzajúcimi neúspešnými pokusmi. | 1) prekontemplačná etapa |
| B) Ľudia uvažujú o výhodách a nevýhodách zmeny správania, majú zámer zmeniť svoje správanie. | 2) kontemplačná etapa |
| C) Ľudia už robia prvé kroky smerom k zmene, napr. majú implementačný plán, skúšajú žiaduce správanie. | 3) prípravná etapa |
| D) Aktívna snaha o zmenu správania, teda implementácia žiaduceho správania trvá už aspoň 6 mesiacov, ale ešte stále hrozí recidíva. | 4) etapa zmeny |
| E) Udržiavanie správania a snaha zabrániť recidíve, ale zároveň už to pokušenie k recidíve klesá a viera, že to zvládnu rastie. | 5) udržiavacia etapa |
| F) Žiaduce správanie je možné udržať aj v ťažších obdobiach, recidíva už nie je hrozbou. | 6) ukončenie |

4.4. Priradte k uvedeným otázkam koncepty, ktoré sa ich týkajú

- | | |
|--|-----------------------------------|
| A) Aké je vaše riziko, že v najbližších rokoch utrpíte srdcový infarkt? | 1) vnímanie rizika |
| B) Myslíte si, že ak by ste začali pravidelnejšie a viac cvičiť, zlepšili by sa vaše ukazovatele zdravia ako napr. hladina cholesterolu, krvný tlak, zápalové markery? | 2) očakávanie žiaducich dôsledkov |
| C) Myslíte si, že dokážete s cvičením začať ešte tento týždeň? | 3) akčná sebaúčinnosť |
| D) Myslíte si, že vydržíte pokračovať v pravidelnom cvičení aj keď budete unavený alebo budete mať svalovku po cvičení? | 4) udržiavacia sebaúčinnosť |
| E) Myslíte si, že sa vrátite k pravidelnému cvičeniu aj keď ho budete musieť na nejaký čas vynechať kvôli chorobe alebo pracovnej vyťažnosti? | 5) obnovovacia sebaúčinnosť |
| F) Máte v úmysle začať pravidelne cvičiť ešte tento mesiac? | 6) behaviorálny zámer |
| G) Ak máte v úmysle zmenu vášho správania v najbližšom období, máte už predstavu, ako to zrealizujete? | 7) plánovanie konania |
| H) Uvažovali ste o možných ťažkostiach, problémoch, ktoré vám môžu brániť pravidelne cvičiť a o tom, ako ich prekonáte? | 8) plánovanie zvládania |

4.5. Priradte k uvedeným konceptom popisy

- | | |
|--|------------------------|
| A) Schopnosť udržať kontrolu nad sebou samým, alebo inými slovami, schopnosť prekonávať nutkania, odolávať impulzom, potláčať emócie alebo prekonávať zaužívané správanie. | 1) sebaregulácia |
| B) Ľudia si môžu uchovať určitú silu pre sebareguláciu pre predpokladané budúce použitie. | 2) konzervácia zdrojov |
| C) Vyčerpané zdroje pre sebareguláciu sa môžu zregenerovať, obnoviť po odpočinku alebo relaxácii. | 3) zotavenie |
| D) Opakovanie úloh vyžadujúcich sebareguláciu, ideálne spojených s pozitívnym prežívaním rozvíja kapacitu pre sebareguláciu. | 4) tréning |

NEREALISTICKÝ OPTIMIZMUS

5.1. Ktoré skupiny ľudí majú väčší sklon k nerealistickému optimizmu?

A) Majú k nemu sklony osoby, ktoré nemajú osobnú skúsenosť s dôsledkami daného správania, napr. nemajú vo svojom okolí niekoho, kto nebol zaočkovaný a bol hospitalizovaný kvôli chrípke.

B) Majú k nemu sklony osoby, ktoré majú osobnú skúsenosť s dôsledkami daného správania, napr. majú vo svojom okolí niekoho, kto nebol zaočkovaný a bol hospitalizovaný kvôli chrípke.

C) Majú k nemu sklony osoby, ktoré si uvedomujú, že nepoznajú ten správny spôsob, ako sa vyhnúť možným nežiaducim dôsledkom daného správania, napr. nikto poriadne nevie, ako sa vyhnúť riziku rakoviny.

D) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že ak sa problém doteraz nevyskytol, tak je veľmi pravdepodobné, že sa vyskytne, napr. v tomto rybníku sa už dlho nikto neutopil, takže sa to môže stať každou chvíľou.

E) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že nežiaduce dôsledky sú v ich skupine časté.

5.2. Ktoré skupiny ľudí majú väčší sklon k nerealistickému optimizmu?

A) Majú k nemu sklony osoby, ktoré majú osobnú skúsenosť s dôsledkami daného správania, napr. majú vo svojom okolí niekoho, kto nebol zaočkovaný a bol hospitalizovaný kvôli chrípke.

B) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že poznajú ten správny spôsob, ako sa vyhnúť možným nežiaducim dôsledkom daného správania, napr. fajčením kvalitnejších cigariet s filtrom predídu riziku rakoviny.

C) Majú k nemu sklony osoby, ktoré si uvedomujú, že nepoznajú ten správny spôsob, ako sa vyhnúť možným nežiaducim dôsledkom daného správania, napr. nikto poriadne nevie, ako sa vyhnúť riziku rakoviny.

D) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že ak sa problém doteraz nevyskytol, tak je veľmi pravdepodobné, že sa vyskytne, napr. v tomto rybníku sa už dlho nikto neutopil, takže sa to môže stať každou chvíľou .

E) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že nežiaduce dôsledky sú v ich skupine časté.

5.3. Ktoré skupiny ľudí majú väčší sklon k nerealistickému optimizmu?

A) Majú k nemu sklony osoby, ktoré majú osobnú skúsenosť s dôsledkami daného správania, napr. majú vo svojom okolí niekoho, kto nebol zaočkovaný a bol hospitalizovaný kvôli chrípke.

B) Majú k nemu sklony osoby, ktoré si uvedomujú, že nepoznajú ten správny spôsob, ako sa vyhnúť možným nežiaducim dôsledkom daného správania, napr. nikto poriadne nevie, ako sa vyhnúť riziku rakoviny.

C) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že ak sa problém doteraz nevyskytol, tak je málo pravdepodobné, že sa vyskytne, napr. v tomto rybníku sa doteraz nikto neutopil a preto sa to ani nestane.

D) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že ak sa problém doteraz nevyskytol, tak je veľmi pravdepodobné, že sa vyskytne, napr. v tomto rybníku sa už dlho nikto neutopil, takže sa to môže stať každou chvíľou.

E) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že nežiaduce dôsledky sú v ich skupine časté.

5.4. Ktoré skupiny ľudí majú väčší sklon k nerealistickému optimizmu?

A) Majú k nemu sklony osoby, ktoré majú osobnú skúsenosť s dôsledkami daného správania, napr. majú vo svojom okolí niekoho, kto nebol zaočkovaný a bol hospitalizovaný kvôli chrípke.

B) Majú k nemu sklony osoby, ktoré si uvedomujú, že nepoznajú ten správny spôsob, ako sa vyhnúť možným nežiaducim dôsledkom daného správania, napr. nikto poriadne nevie, ako sa vyhnúť riziku rakoviny.

C) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že ak sa problém doteraz nevyskytol, tak je veľmi pravdepodobné, že sa vyskytne, napr. v tomto rybníku sa už dlho nikto neutopil, takže sa to môže stať každou chvíľou.

D) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že nežiaduce dôsledky sú v ich skupine zriedkavé, deje sa to „niekomu inému“, napr. ohrození sú len starší a obézni ľudia s komorbiditami.

E) Majú k nemu sklony osoby, ktoré veria, že nežiaduce dôsledky sú v ich skupine časté.

HABITUÁLNE SPRÁVANIE

6.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Habituálne správanie sa spúšťa relatívne bez námahy a rýchlo na základe nevedomých procesov.

áno nie

6.2. Habituálne správanie si vyžaduje zváženie výhod a nevýhod, sformovanie úmyslu a vedomé rozhodnutie pre dané správanie.

áno nie

6.3. Ktorá z uvedených odpovedí reprezentuje podnet k habituálnemu správaniu viazaný na čas?

- A) vždy o ôsmej večer
- B) vždy po raňajkách
- C) počas sledovania televízia
- D) od zajtra

6.4. Ktorá z uvedených odpovedí reprezentuje podnet k habituálnemu správaniu viazaný na udalosť?

- A) vždy o ôsmej večer
- B) vždy po raňajkách
- C) počas sledovania televízia
- D) od zajtra

6.5 Ktorá z uvedených odpovedí reprezentuje podnet k habituálnemu správaniu viazaný na kontext?

- A) vždy o ôsmej večer
- B) vždy po raňajkách
- C) počas sledovania televízia
- D) od zajtra

LITERATÚRA

1. Abraham C., Michie S.: A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology*, 2008 May;27(3):379-87.
2. Bandura, A.: *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co 1997.
3. Bucher T., Collins C., Rollo M., McCaffrey, T., De Vlieger N., Van der Bend D. a kol.: Nudging consumers towards healthier choices: A systematic review of positional influences on food choice. *British Journal of Nutrition*, 2016,115(12):2252-2263.
4. Fleetwood S.: A definition of habit for socio-economics, *Review of Social Economy*, 2021,79:2, 131-165.
5. Gardner B., Arden M.A., Brown D., Eves F.F., Green J., Hamilton K., Hankonen N., Inauen J., Keller J., Kwasnicka D., Labudek S., Marien H., Masaryk R., McCleary N., Mullan B.A., Neter E., Orbell S., Potthoff S., Lally P.: Developing habit-based health behaviour change interventions: twenty-one questions to guide future research, *Psychology & Health* 2021, DOI: 10.1080/08870446.2021.2003362
6. Gardner B., Lally P., Wardle J.: Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice. *Br J Gen Pract*. 2012 Dec;62(605):664-6.
7. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath V. (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass/Wiley, 2015.
8. Gollwitzer P. M., Brandstätter V.: Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997,73(1):186–199.
9. Hagger M., Keatley D., Chan D.K.C.: CALO-RE Taxonomy of Behavior Change Techniques in book: *Encyclopedia of Sport and Exercise Psychology*. Chapter: CALO-RE Taxonomy of Behavior Change Techniques.: Sage, Editors: R. C. Eklund, G. T. Tenenbaum 2014
10. Hagger M.S. , Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L.D.: The strength model of self-regulation failure and health-related behaviour, *Health Psychology Review*, 2009,3:2:208-238.
11. Keller J., Kwasnicka D., Klaiber P., Sichert L., Lally P., Fleig L.: Habit formation following routine-based versus time-based cue planning: A randomized controlled trial. *Br J Health Psychol*. 2021 Sep;26(3):807-824.
12. Marlatt G. A., Baer J. S., Quigley, L. A.: Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289–315). Cambridge University Press, 1995.
13. Michie S., Ashford S., Sniehotta F.F., Dombrowski S.U., Bishop A., French D.P.: A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. , *Psychology & Health*, 2011,26(11):1479-98.
14. Morrison V., Bennett P.: *Introduction to Health Psychology*. Pearson, Harlow, 2016
15. Mullan B. A., Novoradovskaya E.: Habit Mechanisms and Behavioural Complexity. In: Verplanken, B. (eds) *The Psychology of Habit*. Springer, Cham, 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97529-0_5

16. Podhorányi J.: Teória plánovaného správania alebo ak predpovedať úspech novoročných predsavzatí. 2019 https://invivomagazin.sk/teoria-planovaneho-spravania-alebo-ako-predpovedat-uspech-novorocnych-predsavzati_786.html
17. Scheerman J.F.M., Hamilton K., Owaise Sharif M., Lindmark U., Pakpour A.H.: A theory-based intervention delivered by an online social media platform to promote oral health among Iranian adolescents: a cluster randomized controlled trial, *Psychology & Health*, 2020, 35:4, 449-466.
18. Schwarzer R.: Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology* 2008,57(1):1-29
19. Thaler R., Sunstein C.: *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. Penguin Books, 2008..
20. Venema T.A.G., Kroese F.M., de Ridder D.: I'm still standing: A longitudinal study on the effect of a default nudge. *Psychology & Health*, 2018 May;33(5):669-681.
21. Weinstein, N.D.: Unrealistic Optimism about Susceptibility to Health-Problems: Conclusions from a Community-Wide Sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 1987, 10, 481-500.
22. Wood W., Quinn J. M., Kash, D. A.: Habits in everyday life: Thought, emotion, and action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, 83(6), 1281–1297.

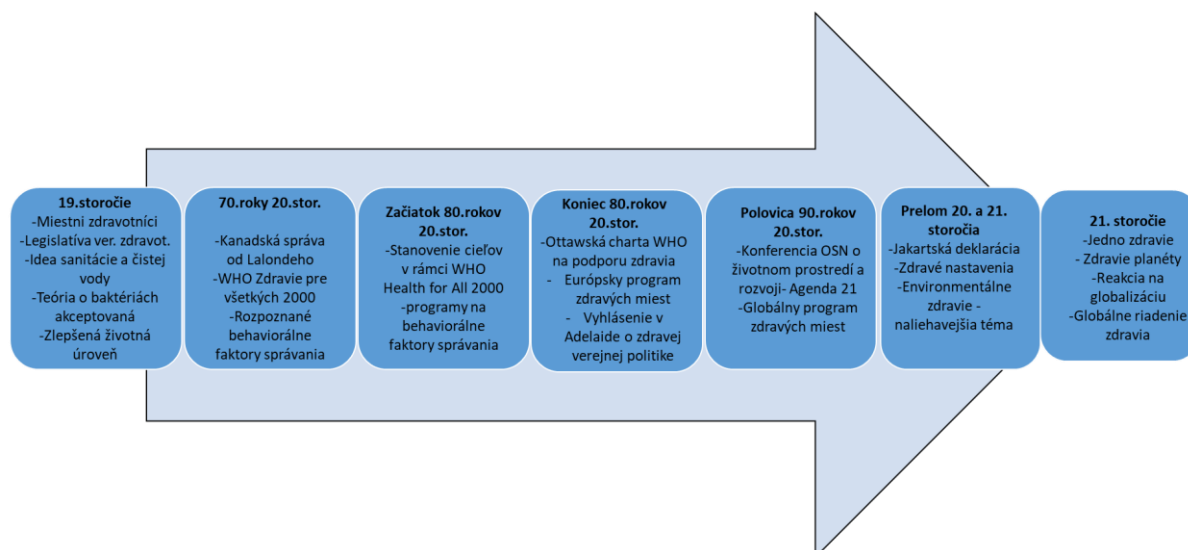
IV. PODPORA ZDRAVIA

V predchádzajúcich kapitolách ste sa dozvedeli viac o zdraví a o sociálnych determinantách zdravia, o zdravie ohrozujúcom a zdravie podporujúcom správaní, ako demografické, sociálne, kognitívne a motivačné faktory ovplyvňujú voľbu zdravie ohrozujúceho či zdravie podporujúceho správania a taktiež vybrané psycho-sociálne modely zmeny so zdravím súvisiaceho správania. V tejto časti sa Vám pokúsime sprostredkovať základné informácie o podpore zdravia. Budeme sa zaoberať historickým vývojom a tým, ako sme vlastne k podpore zdravia dospeli, predstavíme si základné definície a modely a rôzne kľúčové prístupy v podpore zdravia. Na záver tejto kapitoly si predstavíme príklad dobrej praxe v rámci podpory zdravia.

1. HISTORICKÝ VÝVOJ PODPORY ZDRAVIA

Historický vývoj podpory zdravia v priebehu času, respektíve ako sme vlastne k podpore zdravia dospeli približuje obrázok 1 a taktiež nasledujúce časti tejto kapitoly.

OBRÁZOK 1 Míľniky vo vývoji podpory zdravia



1.1 Prístup starého verejného zdravotníctva

Začíname históriou tzv. starého verejného zdravotníctva (anglicky old public health). Vychádzame z klasickej **idey hygieny a sanitácie**, čistého bezpečného prostredia v **19. storočí**. Zameranie verejného zdravotníctva bolo v tejto dobe geograficky. Predstavte si nejaký celok/jednotku, kde sa vyskytuje dané ochorenie a je obmedzené na dané geografické územie. Môžeme predpokladať, že v prostredí sa vyskytuje niečo, čo ovplyvňuje výskyt daného ochorenia a jednoducho mechanisticky si spojíme dané prostredie s výskytom ochorenia, a tým dospejeme k myšlienke sanitácie. Keď prostredie vyčistím, ľudia ostanú zdraví (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008).

Jedným z praktických príkladov je prípad vodného čerpadla v Londýne (Broad Street pump v Londýne), keď britský doktor John Snow – hovorí sa mu otec epidemiológie- identifikoval cholera bez toho, aby vôbec vedel, že sa jedná o cholera. Prípady dovtedy neznámeho ochorenia umiestnil na mapu, a tak sa veľmi jasne ukázalo, že všetci ľudia brali vodu z jednej konkrétnej studne na Broad Street v Londýne. Až neskôr bola identifikovaná v danej vode prítomnosť cholery. Toto bola klasická hygienická predstava verejného zdravia a zdravotníctva v 19. storočí.

1.2 Nástup nových technológií a farmaceutickej liečby

Postupne sa vývojom zdravotníctvo a verejné zdravotníctvo posúvalo dopredu. Vznikali nové technológie, vznikali nové medicínske farmaceutické spôsoby liečby, zlepšovala sa individuálna hygiena a tým aj zdravie samotné. Dospeli sme k vakcinácií. Objavili sa prvé očkovacie látky, objavili sa antibiotiká, postupne došlo aj na kontrolu ľudskej reprodukcie či zavedenie orálnej kontroly. Všetko toto posúvalo staré verejné zdravotníctvo ďalej, a to tým smerom, že z klasických environmentálnych determinantov (napr. čisté prostredie, čistá voda) sme sa postupne dostávali do oblastí prevencie ochorení a predchádzaniu ochorení (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008).

Či už to bolo spôsobené očkovaním, objavom niektorých antibiotík alebo je potrebné hľadať súvislosti s niektorými ďalšími faktormi, došlo k odklonu od predchádzajúceho zamerania sa na environmentálne determinanty zdravia a osobnej prevencie.

1.3 Prístup nového verejného zdravotníctva

Od starého verejného zdravotníctva prechádzame postupne k prístupu tzv. nového verejného zdravotníctva (anglicky new public health).

Jedným z prvých mílnikov bolo to, že sa podarilo rozpoznať **limity technologických a farmaceutických prístupov**. Môžeme mať prístup k novým liekom, antibiotikám, ale zároveň s tým musíme vnímať aj rôzne okolnosti a riziká. Postupom času a vďaka rôznym experimentom sa identifikovali aj rôzne limity (napr. rezistencia na antiinfekčné liečivá je v súčasnosti výrazným problémom, ktorý limituje účinnosť antibiotík a je opisovaná ako jednosmerný, progresívny proces, ktorý je spojený s používaním antibiotík). Napr. pri vývoji vakcín bol prístup starého verejného zdravotníctva naozaj optimistický- podľa tohoto prístupu môžeme vakcínami vyhubiť niekoľko chorôb a poslať ich do histórie. Prístup nového verejného zdravotníctva na to pozerá oveľa komplexnejšie- v skutočnosti existuje len malá časť ochorení, ktoré sa nám podarilo vyhubiť a všetky ostatné choroby napriek obrovskému úspechu a veľkým benefitom vakcín sú tu s nami stále prítomné.

Toto si skutočne vyžadovalo širšie myslenie, resp. **zmenu v myslení spôsobom nového verejného zdravotníctva**. Ďalším faktorom teda je, že sme si uvedomili potrebu prejsť v myslení zo starého, **z mechanického sanitárneho prístupu do úrovne ekologického prístupu**. Len ťažko môžeme vnímať životné prostredie iba ako čistý vzduch, či bezpečnú pitnú vodu. Radšej sme prešli k niečomu, čo by sme mohli nazvať ekologické myslenie, ktoré zahŕňa zložitejšie myslenie, ako nám naše prostredie umožňuje žiť zdravšie, ako životné prostredie v zásade podporuje našu pohodu a rozvoj nášho zdravia.

Otvorila sa aj otázka vnímať svet cez širšie súvislosti, cez iné dimenzie, iné disciplíny. Na chvíľu sa ešte vráťme k mechanickému sanitárnemu prístupu. Použijem najprv príklad nie zo zdravotníckej oblasti, je to príklad mestského plánovania (anglicky city planning). Mestské plánovanie si vyžaduje širší pohľad a vyžaduje si odborníkov z rôznych disciplín, napr. či už sú to projektanti, odborníci na územné plánovanie mesta, architekti, vykonávatelia zmien alebo iní. Praktickejším príkladom je problém zdravých potravín. Máme zdravé poľnohospodárstvo, ktoré produkuje dostatok potravín a potraviny vo vysokej kvalite? Ak áno, môžeme následne ľuďom odporučiť zdravé stravovanie, ku ktorému majú ľudia prístup a môžu ho využívať. To nám v praxi ukazuje **dôležitosť multidimenzionálneho, resp. multidisciplinárneho prístupu**. Ukazuje nám to rozmery/dimenzie, kde prvou dimenziou je, že musíme vyrábať zdravé potraviny, druhou dimenziou je, že ľudia potrebujú mať prístup a ekonomické prostriedky k zdravým potravinám a ďalšou je, že ľudia musia mať znalosti a musia byť schopní vyhodnotiť/zvážiť čo je zdravé jedlo.

Tento prístup viedol aj k preorientovaniu sa a **zameraniu na environmentálne faktory**. Pred istým časom došlo k odklonu od environmentálnych faktorov, čo sa udialo klasickým sanitárnym prístupom. Svet ako taký sa začal preorientovávať, aby sa životné prostredie považovalo za problém, ktorý nám nielen poskytuje kľúčové environmentálne determinanty (v zmysle bezpečnosť, pitná voda, kvalitný vzduch a pod.), ale umožňuje nám aj žiť zdravý plnohodnotný život, umožňuje nám naučiť sa a vyhodnotiť, čo je pre nás zdravé, umožňuje vykonávať fyzickú aktivitu (bezpečne a v dostatočnej miere) a podobne.

V neposlednom rade je tu **chápanie zdravia nielen ako osobnej, ale aj verejnej hodnoty**. Pochopiteľne, človek túži byť zdravý- ja chcem byť zdravá/ý, vy chcete byť zdraví, ale prístup nového verejného zdravotníctva je, že chceme mať zdravú populáciu, ktorá môže tvoriť hodnoty, prináša ekonomické benefity, prináša ekonomické prostriedky a výrazne prispieva k celkovému spoločenskému vývoju a well-beingu (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008).

1.4 Ako sa vnímala podpora zdravia v 70.rokoch 20.storočia

Ďalší míľnik v podpore zdravia prišiel v rokoch 1970 až 1979 a bol iniciovaný niekoľkými faktormi. V prvom rade to bola významná a vplyvná **správa o zdraví kanadskej populácie** z dielne **Marca Lalonde**, vtedajšieho ministra zdravotníctva v Kanade. V rámci tejto správy zoskupil kľúčové faktory vplyvajúce na zdravie. Do pozornosti dal nielen biologické, ale aj environmentálne faktory, sociálne prostredie, dostupnosť zdravotníckych služieb a behaviorálne faktory (ako sa správame, ako žijeme, ako sa hýbeme, ako sa stravujeme), ktoré všetky ovplyvňujú naše zdravie a prinášajú posun v zdravotnej politike (Lalonde, 1974).

Lalondeho správa mala obrovský zmysel a svetová zdravotnícka organizácia v roku 1979 prijala prvú globálnu politiku zdravia – **Globálna stratégia pre zdravie pre všetkých do roku 2000 (Global strategy for health for all by the year 2000)** kde sa skutočne zmenil celý postoj ku zdraviu, ktoré dovtedy bolo chápané ako „som chorý, je potrebná liečba“. Teraz sa jedná dostala do popredia primárna zdravotná starostlivosť atiež sa okrem liečby samotnej dostala výrazne do popredia prevencia. Teda nie len dostupnosť zdravotnej starostlivosti, ale aj prevencia a zdravé životné a sociálne prostredie bolo vyzdvihnuté v tejto prvej spoločnej politike zdravia pre všetkých do roku 2000 (World Health Organisation, 1981).

1.5 Ako sa vnímala podpora zdravia v 80.rokoch 20.storočia

Následne proces podpory zdravia naberal historicky veľmi vysoké tempo. Začiatkom roku 1980 boli pridané ciele a indikátory pre Zdravie pre všetkých a bolo vytvorených množstvo programov zameraných na **behaviorálne rizikové faktory** a na ich ovplyvnenie. V strede a koncom 80tych rokov sa konali významné konferencie a aktivity predovšetkým z hľadiska podpory zdravia. V roku 1986 sa konala konferencia v Ottawe v Kanade, kde môžeme oficiálne datovať vznik podpory zdravia, a zároveň bola etablovaná chartou – **Ottawskou chartou pre podporu zdravia** (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). Následne v európskom regióne svetovej zdravotníckej organizácie vznikla sieť zdravých miest s cieľom a zameraním na multidimenzionalitu a multisektorialitu. Okrem toho bola v **Adelaide** v Austrálii prijatá **Deklarácia pre zdravú verejnú politiku**, čo znamenalo identifikovanie úloh verejnej politiky. Napríklad zdaňovanie potravín, úloha dopravy a faktor zdravšej dopravy, aká je úloha poľnohospodárskej politiky, podpora produkcie niektorých produktov verzus limit produkcie niektorých produktov, ktoré nie sú zdraviu prospešné a mnoho ďalších. Toto všetko prebehlo v 80-tych rokoch 20.storočia.

1.5.1 Ottawská charta podpory zdravia

Ottawská charta podpory zdravia definovala a etablovala podporu zdravia ako disciplínu (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986), taktiež definovala aj jej 5 hlavných oblastí, ktoré sú nasledovné:

1. *Budovanie zdravých verejných politík.* Keď napríklad v mojej krajine som minister financií a plánujem, ako budem zdaňovať jednotlivé produkty, musím zvažovať mnoho vecí- napr. keď znížim dane na nízkoťučne produkty, podporím tým spotrebu nízkoťučných produktov a ľudia sa budú zdravšie stravovať. Keď zvýšim dane na sladené nápoje, tie nápoje budú drahšie a ľudia možno budú kupovať menej takýchto nápojov a namiesto toho budú piť len obyčajnú čistú vodu.
2. *Vytvorenie zdravie podporujúceho prostredia.* Je to nastavenie prístupu- ako moja škola a prostredie v nej podporuje moje zdravie, ako pôsobenie v našom meste podporuje moje zdravie, ako je v nemocnici podporované zdravie.
3. *Posilnenie komunitných akcií,* resp. posilnenie komunity ako skupiny ľudí, ktorá má spoločné znaky. Môže to byť napr. mesto, jedna etnická skupina, skupina ľudí s rovnakým záujmom. Keď im dáme nástroje, posilníme tým ich schopnosť konať pre svoje zdravie.
4. *Rozvoj osobných schopností, zručností, poznatkov.* Zamerať sa na to a pochopiť, prečo sa mám napr. zdravo stravovať, prečo sa mám hýbať.
5. *Reorientácia zdravotníckych služieb* týmto smerom, aby toto všetko bolo vysvetľované ľuďom. Nie je to úlohou len zdravotníckych služieb v zmysle Ottavskej charty a podpory. Je potrebné nie len diagnostikovať a predpisovať liek, ale pozrieť sa na celého človeka a hľadať riešenia, ako mu pomôcť, ako zmeniť jeho prostredie, ako ho viesť k zmene spôsobu jeho života a všetkým ďalším faktorom súvisiacim so zdravím.

Ottawská charta navrhuje dosiahnuť tieto body viacerými spôsobmi, a to napríklad advokáciou, umožnením a mediáciou (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

Advokácia, teda najmä vysvetľovanie a argumentovanie so zameraním alebo so zapojením znevýhodnených skupín. Toto je jedna veľká oblasť činnosti, kde podpora zdravia priniesla mnoho nového. V minulosti sme boli zvyknutí povedať, že táto alebo iná skupina obyvateľstva nemá záujem o svoje zdravie, a tým je to vyriešené. Podpora zdravia však tento prístup mení. Naším cieľom má byť čím viac pracovať s tou znevýhodnenou skupinou, zamerať sa na ňu a robiť advokačné činnosti, a tiež vysvetľovať, prečo je to dôležité.

Umožniť ľuďom podporovať vlastné zdravie a umožniť im to cestou zvyšovania poznatkov a vysvetľovania, chápania významu jednotlivých faktorov alebo že im poskytneme vzdelanie alebo tréning ako sa vysporiadať s danou situáciou. Je to veľmi dôležité napríklad pri stresových faktoroch, a to vypracovaním tzv. „support networks“ – podporných sietí, ktoré človeka zachytia, ukážu mu ľudí so spoločnými problémami, aby vždy našli podporu, aby mali s kým potom pracovať. Človek by nemal byť tým, ktorý trestá a kontroluje, ale človek ktorý katalyzuje k pozitívnej zmene, ktorý vysvetľuje a dáva dobré príklady a uvádza, ako umožní každému človeku zlepšiť jeho vlastné zdravie.

Mediácia zahŕňa koordináciu a spoluprácu, prenášanie poznatkov. Na jednej strane je výskum, ktorý toho veľa vie a na strane druhej je potom prax a niekde medzi tým sa nachádza politika a človek. Otázkou je, akým spôsobom sú tieto zložky koordinované? Akým spôsobom prebiehajú informácie

medzi nimi? To je tiež úloha podpory zdravia ako zlepšiť túto mediáciu, dostať informáciu tam, kam patrí, k rozličným záujmovým skupinám.

1.6 Ako sa vnímala podpora zdravia v 90.rokoch 20.storočia

V 90-tych rokoch 20.storočia následne toto všetko naberalo intenzívnejšie tempo. Nové verejné zdravotníctvo sa výrazne presadzovalo globálne. Otázky životného prostredia boli sumarizované počas **summitu Organizácie spojených národov (OSN) v Rio de Janeiro** v Brazílii a vznikol dokument **Agenda 21**, ktorým sa dodnes riadi medzinárodne mnoho krajín. **Program zdravých miest sa z európskeho regiónu rozšíril do všetkých regiónov** svetovej zdravotníckej organizácie naprieč svetom v období prechodu z 20. do 21.storočia.

1.7 Ako sa vnímala podpora zdravia na prelome 20. a 21. storočia

Na prelome storočí bola prijatá **Jakartská deklarácia** pre podporu zdravia ďalej zdôrazňujúca význam podpory zdravia a podrobnejšie definujúca podporu zdravia (World Health Organization, 1997). Bol zavedený tzv. prístup zdravých inštitúcií zdravého prostredia v tom zmysle, že prostredie bolo teraz chápané užšie. Na základe úspechu zdravých miest vznikli programy **Zdravé pracovisko, Zdravé nemocnice a Zdravé školy** (zdravie podporujúce školy), ktoré sa výrazne rozšírili. **Environmentálne zdravie** sa opäť dostalo do popredia záujmu. Je to pozitívny paradox- začínali sme sanitáciou a zdravým čistým životným prostredím v 19. Storočí, a teraz na prelome 20. a 21. storočia sa do popredia opäť dostala otázka životného prostredia a environmentálneho zdravia, aj keď dôvod je odlišný. Pesticídy a chemikálie používané pri extenzívnom vývoji ľudstva po 2. svetovej vojne viedli k poznaniu, že skutočne extenzívne používanie pesticídov je škodlivé pre ľudí a spája sa s množstvom ochorení. Znečistenie ovzdušia za toto obdobie výrazne narástlo, takže bolo potrebné opäť zamerať pozornosť na to, čo a ako robiť v súvislosti s čistejším, zdravším ovzduším, aké choroby sú s tým spojené a pod (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008).

1.8 Ako sa vníma podpora zdravia v 21.storočí

V 21.storočí sa posúvame ďalej v tejto časovej línii, vznikol program **Jedno zdravie (anglicky One health)**, ktoré má za cieľ prepojiť biologické faktory bližšie s ľudským zdravím. Typickým príkladom sú zoonózy, z nich asi najvýraznejším príkladom boli choroby vyvolané vírusom eboly. Ďalším príkladom je Covid-19, teda ochorenie spôsobené vírusom, ktorý preskočil z biologickej sféry (zo živočíchov) na človeka. Na Slovensku je veľmi dobre známa kliešťová encefalitída, toxoplazmóza a mnoho ďalších. Vírus eboly sa dostal do popredia celosvetovo a vznikol program One Health, kde experti z rôznych oblastí (zdravotníci, environmentalisti, biológovia a pod.) spoločne aktívne vyhľadávali vírusy, ktoré mali šancu preskočiť na človeka a snažili sa minimalizovať šancu prenosu. Ďalším posunom je trend **zdravie planéty (anglicky planetary health)**, úplne nový trend, ktorý zase zdôrazňuje to, že my ľudia, si posledné desaťročia prostredie upravujeme pre svoje potreby. Dopady a úpravy tohto prostredia našou aktívnou činnosťou sa potom negatívne vracajú napríklad vo forme globálnej environmentálnej zmeny alebo zmeny klímy, a toto ovplyvňuje opäť naše zdravie. Čiže prístup planetary health je zameraný na interakciu medzi nami ako tvorcami životného prostredia a ako nám to životné prostredie vracia na našom zdraví. V 21.storočí sa tiež do popredia dostáva téma a otázka **globalizácie**. Existuje množstvo sfér kde rozhodujúcim faktorom sú globálne pravidlá obchodu, nemenej dôležité je to, akým spôsobom tieto globálne pravidlá obchodu zlepšujú zdravie v jednotlivých krajinách či lokalitách. Ďalšou témou je **globálne riadenie zdravia**, kde napríklad v dobe Covidu boli veľmi dobre

pozorované problémy spojené s globálnym riadením zdravia. Či už z pohľadu manažmentu tejto pandémie alebo rozšírenia očkovacích látok globálne, rovnomerne na základe rovnosti medzi všetky krajiny sveta (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008).

Všetky tieto trendy a míľniky viedli k tomu, že **svetová zdravotnícka organizácia** naštartovala niekoľko iniciatív. Pre rekapituláciu uvádzame pár najdôležitejších:

- 1978 - Deklarácia Alma-Aty – nová vízia pre primárnu zdravotnú starostlivosť, ktorá zahŕňa verejné zdravotníctvo, populačný prístup a životné prostredie, prostredie ako také, zahŕňajúc aj sociálne prostredie (World Health Organisation, 1978).
- V roku 1981 k tomu boli dodané indikátory so zameraním na rovnosť, verejnú spoluúčasť, spoluprácu medzi sektormi, začali úvahy o reorientácii zdravotníckych systémov a služieb týmto smerom k primárnej zdravotníckej starostlivosti.
- Rok 1986 – Ottawská charta podpory zdravia, ktorá obsahuje 5 hlavných oblastí. Ako dôležitá je identifikovaná otázka prostredia, ktoré podporuje verejné politiky (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).
- Rok 1997 – Jakartská deklarácia pre podporu zdravia v 21.storočí definujúca hlavné zložky podpory zdravia (World Health Organization, 1997).

2. DEFINÍCIA PODPORY ZDRAVIA

Jakartská deklarácia pre podporu zdravia v 21. storočí je názov medzinárodnej dohody, ktorá bola podpísaná na štvrtej medzinárodnej konferencii Svetovej zdravotníckej organizácie v roku 1997 v Jakarte. Táto deklarácia zopakovala dôležitosť dohôd uzavretých v Ottawskej charte na podporu zdravia a pridala dôraz na určité aspekty podpory zdravia.

Jakartská deklarácia pre podporu zdravia čoraz viac uznáva ako základný prvok rozvoja zdravia. **Je to proces umožňujúci ľuďom zvýšiť kontrolu nad svojim zdravím a zlepšiť ho.** Podpora zdravia prostredníctvom investícií a akcií pôsobí na determinanty zdravia s cieľom vytvoriť pre ľudí čo najväčší zisk, významne prispieť **k zníženiu nerovností** v zdraví, zabezpečiť ľudské práva a vybudovať sociálny kapitál. Konečným cieľom je zvýšiť očakávanú dĺžku zdravia a zmenšiť rozdiel v očakávanej dĺžke zdravia medzi krajinami a skupinami (World Health Organization, 1997).

K známym a používaným definíciám podpory zdravia patrí aj definícia Svetovej zdravotníckej organizácie, podľa ktorej je podpora zdravia proces, ktorý umožňuje občanom lepšie kontrolovať svoje zdravie a tak prispievať k jeho zlepšeniu. Taktiež často používanou definíciou je už vyššie spomínaná Ottawská charta podpory zdravia z roku 1986.

3. PODPORA ZDRAVIA A PREVENCIA OCHORENÍ

Aký je rozdiel medzi podporou zdravia a prevenciou ochorení? Vo svojej podstate je prevencia zameraná na rizikové skupiny alebo na konkrétne ochorenie. Nedá sa povedať, že prevenciou ochorenia zamedzíme všetkým ochoreniam naraz. To nie je možné, nakoľko každé ochorenie má svoj rizikový faktor. Prevencia ochorenia sa zameriava na dané ochorenie a daný rizikový faktor- napr. chceme znížiť riziko diabetu, tak znížim obezitu/znížim telesnú hmotnosť.

Poznáme tri úrovne prevencie:

1. **Primárna prevencia**- intervencia na zistenie alebo prevenciu rizikových faktorov ochorenia.
2. **Sekundárna prevencia**- intervencia na zistenie alebo liečbu skorých štádií ochorenia (napr. skríning v prípade nádorov).
3. **Terciárna prevencia**- intervencie na obnovenie funkčnosti a kvality života po liečbe, zameraná je viac na rehabilitáciu (Morrison, Bennett, 2016).

Podpora zdravia sa na rozdiel od **prevencie ochorení** zameriava väčšinou na zdravú populáciu a intervencie sú zamerané na ovplyvnenie faktorov životného štýlu a životných podmienok relevantných pre zdravie. Zameriava sa na posilnenie zdravia a na zlepšenie rôznych zdrojov pre zdravie. Často je podpora zdravia nazývaná pred primárna alebo prvotná prevencia. V tomto chápaní nemáme ochorenie ako také, ale našim cieľom je zachovať človeka zdravého. Teda vybudovať z neho taký silný organizmus (napr. pomocou imunity), aby jednoducho k ochoreniu nedošlo.

3.1 Model podpory zdravia

Akým spôsobom dosiahneme to, aby človek ostal zdravý? Respektíve, aké modely sú dostupné pre podporu zdravia? Tannahill v roku 1996 definoval model podpory zdravia (Downie, Tannahill, Tannahill, 1996), ktorý identifikoval sedem základných bodov preventívnych služieb a zoskupil ich nasledovne:

1. Preventívne služby (napr. imunizácia)
2. Preventívna zdravotná výchova (napr. odvykanie od fajčenia)
3. Preventívna ochrana zdravia (napr. fluoridácia vody)
4. Zdravotná výchova k preventívnej ochrane zdravia (napr. lobovanie za legislatívu v oblasti používania bezpečnostných pásov)
5. Pozitívna zdravotná výchova (napr. práca na zručnostiach potrebných pre život)
6. Pozitívna ochrana zdravia (napr. politika fajčenia na pracovisku)
7. Zdravotná výchova zameraná na pozitívnu ochranu zdravia (napr. lobovanie za zákaz používania reklamy na tabakových výrobkoch)

Jednotlivé body sa do istej miery prelínajú a miešajú s podporou zdravia samotnou, keď ich všetky spojíme dokopy, ako výsledok dostaneme model podpory zdravia podľa Tannahilla.

3.2 Model rozvoja zdravia

Ďalším veľmi praktickým modelom využívaným na vysvetlenie podpory zdravia je **model rozvoja zdravia** (anglicky Health development model), ktorý rozlišuje 2 základné zložky (Bauer, Davies, Pelikan, 2006) a je zobrazený na obrázku 2.

Dve hlavné línie rozvoja zdravia, vďaka ktorým môžeme zdravie ďalej rozvíjať sú tzv. **salutogenéza** (tvorba zdravia) a **patogenéza**. Pri salutogenéze uvažujeme o zdraví ako o pozitívnom zdraví, zameriavame sa na budovanie takých zdrojov, aby sme zdravými zostali, aby sme posilnili zdravie. Hlavný nástroj salutogénneho prístupu k zdraviu je práve podpora a tvorba zdravia. Niekedy sa však človek v istom období života dostane do styku s rizikovými faktormi, a tým prechádza na patogénnu líniu zdravia. Napríklad, ak som exponovaný/á nejakému rizikovému faktoru- vírusu Covidu, zlá výživa, úraz. To, čo môžem legislatívne obmedziť, obmedzím formou ochrany zdravia- napr. bezpečnostné pásy v automobiloch, zákaz fajčenia. Naopak to, čo nemôžem zákonom obmedziť, to sa snažím robiť

prevenciou ochorenia, čiže zdravotnou výchovou, vysvetľovaním, prečo sa mám zdravo stravovať, ako predchádzať úrazom, ako sa chrániť pred vírusom Covid.

Napriek všetkým týmto spomenutým krokom sa v niektorých prípadoch nedokáže človek ubrániť, ochrániť pred prítomnosťou rizikového faktora. Následne ochorie a vtedy nastupuje choroba (zlé zdravie) a je potrebný nástup zdravotnej starostlivosti. Úloha podpory zdravia je v tom pozitívnom zdraví a prístupe, teda cieľom je upevňovať zdravie tak, aby sme boli schopní odolávať rizikovým faktorom v maximálnej možnej miere.

V centre tohoto modelu rozvoja zdravia sú socio-ekologické prostredie a jednotlivec, ktoré sú tvorené **environmentálnymi determinantami zdravia, individuálnymi determinantami zdravia a zdravotným stavom**. Environmentálne determinanty zdravia tvoria sociálne determinanty, ekologické determinanty a ekonomické determinanty. Individuálne determinanty zdravia (resp. kompletne zdravie tak ako je definované Svetovou zdravotníckou organizáciou) tvoria sociálne zdravie, fyzické zdravie a mentálne zdravie. V neposlednom rade je v tomto modeli dôležitý celkový zdravotný stav populácie.

OBRÁZOK 2 Model rozvoja zdravia (spracované podľa Bauer, Davies, Pelikan, 2006)



4. KLÍČOVÉ PRÍSTUPY K PODPORE ZDRAVIA

4.1 Päť základných prístupov k podpore zdravia

Podpora zdravia zahŕňa niekoľko kľúčových a základných prístupov (Tabuľka 1).

TABUĽKA 1 Kľúčové prístupy k podpore zdravia

Prístup	Cieľ	Metódy	Hodnotenie
medicínsky	znižiť chorobnosť	preventívne služby-napr. imunizácia, skrining	zníženie výskytu ochorenia
zmena v správaní (behaviorálny)	povzbudiť ľudí, aby si vybrali zdravší životný štýl	presvedčanie	zmena v správaní
vzdelávací	zvýšiť vedomosti a rozvíjať zručnosti	informačné kampane, poradenstvo	zvýšenie vedomostí a zručností
posilnenie (angl. empowerment)	umožniť ľuďom získať kontrolu nad svojimi životmi	posilnenie samého seba, posilnenie postavenia komunity	hodnotenie výsledku a procesu
spoločenská zmena	zmeny vo fyzickom, sociálnom a ekonomickom prostredí	lobovanie, plánovanie politiky, legislatíva v oblasti verejného zdravia	zmeny na úrovni politiky, dlhodobé účinky

Napríklad **medicínsky prístup** sa zameriava vyslovene na to, aby sa znížila chorobnosť, je orientovaný na imunizáciu, skrining či redukcii výskytu ochorení.

Behaviorálny prístup je zameraný na zmeny v správaní, motivujeme ním ľudí k tomu, aby zdravšie žili a hlavným nástrojom tohto prístupu je presvedčanie ľudí.

Vzdelávací prístup sa snaží zlepšiť poznatky ľudí, zvýšiť ich vedomosti, rozvíjať ich schopnosti a zručnosti tak, aby ľudia vedeli poznatky využiť. Hlavným nástrojom vzdelávacieho prístupu sú informačné kampane, poradenstvo, zmeny môžu byť pozorované na úrovni poznatkov.

Prístup podpory zdravia cez **posilnenie** (anglicky empowerment) sa zameriava na posilnenie jedinca, dáva mu dôveru a sebavedomie, akoby ho uschopňuje v zmysle „Áno, ja viem a ja som schopný kontrolovať svoj život. Viem napr. ako sa mám zdravo stravovať. Ja viem, čo mám robiť“. Môže sa diať na individuálnej úrovni alebo sa môže realizovať v rovine komunity, ktorá si takto vie sama pomôcť.

Prístup cez **spoločenskú zmenu** znamená zmenu vo fyzickom, sociálnom a environmentálnom prostredí. Metódy na dosiahnutie týchto zmien sú viac z oblasti rôznych politických nástrojov. Lobovanie, plánovanie politik, legislatíva v oblasti verejného zdravia a ich zmena sa meria na politickej úrovni. Všetkých týchto päť prístupov tvorí súčasť podpory zdravia.

4.2 Socio-environmentálny prístup k podpore zdravia

Socio-environmentálny prístup k podpore zdravia je skôr zameraný na znevýhodnené skupiny. Namiesto priamych krokov v znevýhodnenej skupine je potrebné sa zamerať na cielenie príčin deprivácie (napr. chudoba, nedostatok vzdelania, nedostatok pracovných príležitostí, iné sociálne faktory) a až po dosiahnutí zmeny v týchto systémových faktoroch môžeme očakávať, že dôjde k zmene v zdravotnom stave danej cieľovej znevýhodnenej skupiny. Dôležité je teda zacielenie na systém.

Praktickým príkladom je napríklad pôsobenie zdravotnej kliniky pre pacientov v Keni, ktorú mohli pacienti využívať zdarma. Navštevujú ju aj veľmi chudobní ľudia žijúci v slumoch, dostávajú tam lieky a potrebnú zdravotnú starostlivosť. V praxi to ale neraz vyzerá tak, že po ošetrení pacienti prejdú na druhú stranu ulice, kde vymenia lieky za nejaké základné potraviny potrebné k životu. To je klasická ukážka prístupu k podpore zdravia, kde sa liečba nemá zanedbať. Oveľa dôležitejšie je v tomto prípade riešiť príčiny deprivácie, až potom následne sa zamerať priamo na riešenie konkrétneho zdravotného efektu.

4.3 Individuálny behaviorálny prístup k podpore zdravia

Individuálny behaviorálny prístup zdôrazňuje osobnú zodpovednosť za vlastné zdravie vysvetľovaním ľuďom, že oni sú zodpovední za to ako žijú, ako sa správajú a to ovplyvňuje ich zdravie. Zdravie ohrozujúce správanie jednotlivcov je hlavným faktorom spôsobujúcim zlé zdravie. Cieľom je zmena správania a riešenie tejto zmeny sa uskutočňuje cez individuálne správanie. Veľmi často je tento prístup využívaný v mnohých krajinách. Nemenej často sa stáva, že tento individuálny behaviorálny prístup viní toho, kto je postihnutý. Táto stratégia je považovaná za „obviňovanie obete“ (anglicky blaming the victim). Nie je to najšťastnejšie riešenie, pretože práve v porovnaní so socio-environmentálnym prístupom môže dôjsť k tomu, že viníme toho nesprávneho za danú situáciu a následne sa to snažíme riešiť na nesprávnom mieste.

4.4 Syntéza socio-environmentálneho prístupu a individuálneho behaviorálneho prístupu

Ako najlepším možným riešením v podpore zdravia sa javí syntetický postoj, čiže prepojenie socio-environmentálneho prístupu s individuálnym behaviorálnym prístupom.

Vhodné zmeny v prostredí spôsobia zmeny u jednotlivca. V podpore zdravia sa na vyjadrenie tohoto prístupu používa veľmi populárny slogan- „Urobte z ľahkej voľby zdravú voľbu“ (anglicky „make the easy choice the healthy choice“). To umožňuje, aby ľahká voľba pre človeka, čo sa týka jeho správania, bola zároveň tá zdravá voľba. Čiže sa zameriava najskôr na umožnenie voľby v správaní, rôznymi zmenami v prostredí, zmenami v systémoch, a následne si človek vyberie z týchto možností tú zdravú možnosť. Podpora jednotlivcov v populácii je nevyhnutná pre realizáciu environmentálnych zmien.

Predchádzajúci výskum poukazuje na to, že ak intervencie využívajú kombináciu stratégií, budú následne účinné (Steckler a kol., 1995).

4.5 Vysokorizikový a nízkorizikový prístup k podpore zdravia

Významný epidemiológ, Geoffrey Rose v roku 1992 publikoval jednu veľmi významnú prácu, ktorá ovplyvnila podporu zdravia a verejné zdravotníctvo. Zaoberal sa otázkou, či by sme sa mali zaoberať

chorými jednotlivcami alebo chorou populáciou? Táto štúdia (Rose, 1992) bola zameraná na kardiovaskulárne ochorenia, konkrétne na vysoký krvný tlak (hypertenziu) a predmetom štúdie boli dva pohľady. Jedným pohľadom bolo zamerať prevenciu a podporu zdravia v súvislosti s vysokým krvným tlakom na **vysokorizikovú skupinu** a sledovať čo sa stane. Čo sa stane, keď vyberiem do štúdie ľudí, ktorí sú naozaj citliví, senzitivní na vysoký krvný tlak? Je to malá skupina ľudí, sú to nižšie počty prípadov, ktoré ovplyvníme, ale zbytok populácie nám uniká. Rose potom argumentoval druhým pohľadom- **nízkorizikovým**, populačným **prístupom**. Naznačoval, že keď sa prevencia zameria na celú populáciu, keď ovplyvníme vysoký krvný tlak a faktory s ním súvisiace na populačnej úrovni, tak vlastne posunieme celú populáciu do zdravšej časti, k správne správaniu. Tento prístup sa snaží kontrolovať príčiny výskytu, zameraný je na veľký počet ľudí a vyšší počet prípadov.

Je veľmi ťažké povedať, kedy je ktorý prístup správny. Vo verejnom zdravotníctve a v podpore zdravia sa väčšinou zameriavame na populačný prístup (nízkorizikový). Viac o ekonomických dopadoch a analýze nákladov efektívnosti alternatívnych stratégií na prevenciu srdcových chorôb nájdete v štúdiu od autorov Hall a kol. (1988).

5. PRÍKLAD DOBREJ PRAXE - PROJEKT SEVERNÁ KARÉLIA

Príkladom úspešného projektu a príkladu dobrej praxe v duchu podpory zdravia, v zmysle Ottavskej charty a pod. je **projekt Severná Karélia**. Severná Karélia so 450 jazerami a niekoľkými stovkami dedín leží na fínskych hraniciach s Ruskom a jej obyvatelia sú tichí a pracovití ľudia, ktorých predkami boli pastieri sobov, poľnohospodári, drevorubači. Projekt Severná Karélia mal za cieľ zlepšiť zdravie obyvateľov tejto oblasti Fínska a zároveň znížiť nerovnosti v zdraví medzi inými provinciami Fínska a Severnou Karéliou.

V takzvanej štúdiu siedmich krajín výskumníci prijali skupiny mužov stredného veku na dlhodobý projekt nielen vo Fínsku, ale aj v USA, Japonsku, Taliansku, Holandsku, Grécku a Juhoslávii. Každému účastníkovi boli položené otázky týkajúce sa jeho stravovania a bola vykonaná séria testov. Potom každých päť rokov vedci opäť kontaktovali účastníkov. Čoskoro sa objavil vzorec: čím severnejšie muži žili, tým viac tuku konzumovali. Autori projektu identifikovali ako hlavnú príčinu veľmi vysokej hladiny cholesterolu v krvi extrémne vysokú spotrebu masla, plnotučného mlieka, ale aj mäsa a plnotučných mliečnych výrobkov. V Grécku a Taliansku, kde sa ľudia stravovali väčšinou rastlinnou stravou, muži väčšinou nemali srdcové choroby.

Na miestach, ako je Severná Karélia (severný extrém štúdie), bola však u mužov 30-krát vyššia pravdepodobnosť úmrtia na infarkty ako na miestach ako Kréta. V skutočnosti severokarelskí muži zomreli v priemere o desať rokov skôr ako ich kolegovia na juhu.


Ciele tohto projektu boli jasne stanovené a dodržiavané- primárna prevencia, zmena životného štýlu, následne zníženie výskytu hlavných kardiovaskulárnych rizikových faktorov a zlepšenie celkového zdravotného stavu obyvateľstva. Vzdelávaním obyvateľov o tom, čo je nezdravá výživa, zároveň ale aj zmena v daňovej politike daných potravín, zmena v cenovej dostupnosti daných potravín a celkové zlepšenie prístupu k rastlinným tukom, pokles prístupu k živočíšnym tukom mali za následok veľmi rýchle pozitívne výsledky a pokles kardiovaskulárnej mortality. Projekt Severná Karélia dokázal, že dobre koncipovaný intervenčný program vychádzajúci zo súčasných vedeckých poznatkov

a zachycujúci celú komunitu môže pozitívnym smerom ovplyvniť životný štýl obyvateľstva, znížiť pôsobenie rizikových faktorov a podstatne zvýšiť kvalitu i dĺžku života.

Podrobnejšie o tomto veľmi pozitívnom príklade sa môžete dočítať napríklad v článku od Vartiainen (2018). Projekt Severná Karélia, ktorý vďaka vynikajúcej stratégii, založenej na celospoločenskom prístupe k prevencii, na moderných vedeckých poznatkoch a na poznaní špecifickej situácie na ohrozenom území, sa stal vzorovým programom nielen pre celé Fínsko, ale aj pre Svetovú zdravotnícku organizáciu. Je ešte dôležité poznamenať, že nie všade to fungovalo s takým úspechom ako v Severnej Karélii, ale to už je otázka a problematika kontextu, zamerania a spôsobu implementácie.

Aj na Slovensku bol a je projekt Severná Karélia veľmi dobre známy a aplikovaný, na základe tohoto projektu jednotlivé regionálne úrady verejného zdravotníctva na Slovensku zaviedli a aplikovali rôzne podporné programy.

Ak vás téma podpory zdravia zaujala a chcete sa dozvedieť viac, odporúčame navštíviť stránku Medzinárodnej únie podpory zdravia a zdravotnej výchovy – anglicky International Union Health Promotion and Education (IUHPE), kde nájdete celý balík úspešných projektov podpory zdravia z celého sveta.

	<p>https://www.iuhpe.org/index.php/en/non-communicable-diseases-ncds</p> <p>https://www.iuhpe.org/index.php/en/</p>
---	---

OTÁZKY

HISTORICKÝ VÝVOJ PODPORY ZDRAVIA

1.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Podpora zdravia vychádza historicky z klasickej idey hygieny a sanitácie, z predstavy čistého bezpečného prostredia v 19. storočí. Zameranie verejného zdravotníctva bolo v tejto dobe geograficky.

áno nie

1.2 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

V roku 1986 sa konala konferencia v Ottawe v Kanade, kde sa dospelo k rozhodnutiu o vakcinácii. Posúvalo to staré verejné zdravotníctvo ďalej smerom od klasických environmentálnych determinantov (napr. čisté prostredie, čistá voda) k oblasti prevencie ochorení a predchádzaniu ochorení.

áno nie

1.3 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

V roku 1986 sa konala konferencia v Ottawe v Kanade, kde môžeme oficiálne datovať vznik podpory zdravia, a zároveň bola podpora zdravia etablovaná chartou – Ottawskou chartou pre podporu zdravia. Následne v európskom regióne svetovej zdravotníckej organizácie vznikla sieť zdravých miest s cieľom a zameraním na multidimenzionalitu a multisektorialitu.

áno nie

1.4 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Program zdravých miest sa z európskeho regiónu rozšíril do všetkých regiónov svetovej zdravotníckej organizácie naprieč svetom v období prechodu z 20. do 21. storočia.

áno nie

1.5 Ktorá z uvedených aktivít NEPATRÍ k iniciatívam Svetovej zdravotníckej organizácie v oblasti podpory zdravia?

- A) Jakartská deklarácia pre podporu zdravia
- B) Deklarácia Alma-Aty
- C) Bostonské pitie čaju
- D) Ottawská charta podpory zdravia

1.6 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ottawská charta podpory zdravia (1978) definovala a etablovala podporu zdravia ako disciplínu a definovala jej 2 hlavné oblasti- a to populačný prístup a zameranie na životné prostredie.

áno nie

1.7 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ottawská charta podpory zdravia (1986) definovala a etablovala podporu zdravia ako disciplínu a definovala jej 5 hlavných oblastí.

áno nie

1.8 Medzi 5 hlavných oblastí, ktoré definuje Ottawská charta podpory zdravia (1986) NEPATRÍ:

- A) budovanie zdravých verejných politík
- B) vytvorenie zdravie podporujúceho prostredia
- C) mapovanie subjektívnych noriem a normatívnych presvedčení
- D) posilnenie komunitných akcií
- E) rozvoj osobných schopností, zručností, poznatkov
- F) reorientácia zdravotníckych služieb

1.9 Ottawská charta navrhuje dosiahnutie jej 5 hlavných oblastí viacerými spôsobmi, a to napríklad:

- A) primárnou, sekundárnou a terciárnou intervenciou
- B) advokáciou, umožnením a mediáciou
- C) mapovaním objektívnych noriem a normatívnych presvedčení

DEFINÍCIA PODPORY ZDRAVIA

2.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Jakartská deklarácia o podpore zdravia v 21. storočí je názov medzinárodnej dohody, ktorá bola podpísaná na štvrtej medzinárodnej konferencii Svetovej zdravotníckej organizácie v roku 1997 v Jakarte.

áno nie

2.2 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Jakartská deklarácia podporu zdravia čoraz viac uznáva ako základný prvok rozvoja zdravia samotného. Je to proces umožňujúci ľuďom zvýšiť kontrolu nad svojím zdravím a zlepšiť ho.

áno nie

2.3 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Jakartská deklarácia pre podporu zdravia pôsobí na determinanty zdravia s cieľom vytvoriť pre ľudí čo najmenší zisk, snaží sa významne prispieť k zvýšeniu nerovností v zdraví a zabezpečiť potláčanie ľudských práv.

áno nie

PODPORA ZDRAVIA A PREVENCIA OCHORENÍ

3.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Prevenca je zameraná na rizikové skupiny alebo na konkrétne ochorenie. Prevencia ochorenia sa zameriava na dané ochorenie a daný rizikový faktor- napr. chcem znížiť riziko diabetu, tak znížim obezitu/znížim telesnú hmotnosť.

áno nie

3.2 Aké tri úrovne prevencie rozlišujeme?

- A) kvantitatívna, kvalitatívna a mixovaná prevencia
- B) advokácia, umožnenie a mediácia
- C) primárna, sekundárna a terciárna prevencia
- D) objektívna, subjektívna a kombinovaná prevencia

3.3 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Terciárna prevencia je zameraná na obnovenie funkčnosti a kvality života po liečbe, orientovaná je viac na rehabilitáciu.

áno nie

3.4 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Primárna prevencia je zameraná na obnovenie funkčnosti a kvality života po liečbe, orientovaná je viac na rehabilitáciu.

áno nie

3.5 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Sekundárna prevencia je zameraná na zistenie alebo liečbu skorých štádií ochorenia (napr. skríning v prípade nádorov).

áno nie

3.6 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Primárna prevencia je zameraná na zistenie alebo prevenciu rizikových faktorov ochorenia.

áno nie

3.7 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Podpora zdravia sa na rozdiel od prevencie ochorení zameriava väčšinou na zdravú populáciu a jej intervencie sú zamerané na ovplyvnenie faktorov životného štýlu a životných podmienok relevantných pre zdravie. Zameriava sa na posilnenie zdravia a na zlepšenie rôznych zdrojov pre zdravie.

áno nie

KLÚČOVÉ PRÍSTUPY K PODPORE ZDRAVIA

4.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Model podpory zdravia podľa Tannahilla z roku 1296 spája dokopy dva základné intervenčné prístupy.

áno nie

4.2 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Model podpory zdravia podľa Tannahilla z roku 1996 identifikoval sedem základných bodov preventívnych služieb, ktoré zoskupil do oblastí prevencie, ochrany zdravia a zdravotnej výchovy.

áno nie

4.3 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Prístup spoločenskej zmeny v podpore zdravia má za cieľ zmenu vo fyzickom, sociálnom a environmentálnom prostredí a nástroje, ktorými to chce doceliť sú najmä politického charakteru (napr. lobbying, stratégie zmeny legislatívy vo verejnom zdravotníctve).

áno nie

4.4 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Prístupy medicínskej zmeny v podpore zdravia sa zameriavajú na zníženie chorobnosti, a to najmä metódou imunizácie, skríningu a hodnotí sa redukciami výskytu ochorení.

áno nie

4.5 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Socio-environmentálny prístup je zameraný na znevýhodnené skupiny. Najprv sa musí pozornosť zamerať na príčiny deprivácie- napr. chudoba, nedostatok vzdelania, nedostatok pracovných príležitostí, iné sociálne faktory a až keď sa dosiahne zmena v týchto systémových faktoroch, potom je možné očakávať zmenu v zdravotnom stave cieľovej skupiny.

áno nie

4.6 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Individuálny behaviorálny prístup je zameraný na znevýhodnené skupiny. Najprv sa musí pozornosť zamerať na príčiny deprivácie- napr. chudoba, nedostatok vzdelania, nedostatok pracovných príležitostí, iné sociálne faktory a až keď sa dosiahne zmena v týchto systémových faktoroch, potom je možné očakávať zmenu v zdravotnom stave cieľovej skupiny.

áno nie

4.7 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Individuálny behaviorálny prístup zdôrazňuje osobnú zodpovednosť za vlastné zdravie vysvetľovaním ľuďom, že oni sú zodpovední za to ako žijú, ako sa správajú a to ovplyvňuje ich zdravie. Cieľom je zmena správania.

áno nie

PRÍKLAD DOBREJ PRAXE

5.1 Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Príkladom úspešného projektu v duchu podpory zdravia a v zmysle Ottavskej charty ďalších nástrojov na podporu zdravia je projekt Severná Karélia (Fínsko).

áno nie

LITERATÚRA

1. Bauer, G., Davies, J.K., Pelikan, J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International* 2006, 21, 2, 153-159.
2. Downie, R.S., Tannahill, C., Tannahill, A. *Health promotion: models and values*. Oxford Medical Publications, Oxford, 1996.
3. Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass/Wiley, 2008.
4. Hall, J.P., Heller, R.F., Dobson, A.J., Lloyd, D.M., Sanson-Fisher, R.W., Leeder, S.R. A cost-effectiveness analysis of alternative strategies for the prevention of heart disease. *The Medical Journal of Australia*, 1988, 148, 6, 273-277.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
6. Morrison, V., Bennett, P.: *Introduction to Health Psychology*. Pearson, Harlow, 2016.
7. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion International*, 1986, 1, 4, iii-v.
8. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
9. Steckler, A., Allegrante, J. P., Altman, D., Brown, R., Burdine, J. N., Goodman, R. M., & Jorgensen, C. Health Education Intervention Strategies: Recommendations for Future Research. *Health Education Quarterly*, 1995, 22, 3, 307–328.
10. Vartiainen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Global Cardiology Science and Practice*, 2018, 2, 13.
11. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe. 1978 [cit. 2023-02-08], dostupné na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>
12. World Health Organisation. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization, 1981, [cit. 2023-02-08], dostupné na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38893>
13. World Health Organization. The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. World Health Organization, 1997, [cit. 2023-02-08], dostupné na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>

OCHORIĚ

V. TEÓRIE A MECHANIZMY STRESU

V predošlých kapitolách ste sa dozvedeli o zdraví a nerovnostiach v zdraví a tiež o so zdravím súvisiacom správaní. Táto kapitola sa venuje teóriám stresu a mechanizmom toho, ako stres ovplyvňuje zdravie. V tejto kapitole sa pozrieme na rozdelenie typov stresu. Priblížime si tri základné teórie stresu. Povieme si aký je rozdiel medzi priamymi a nepriamymi vplyvmi stresu na zdravie a opíšeme mechanizmy toho, ako stres vplýva na mozog a telo.

1. DEFINOVANIE A FORMY STRESU

Pri definovaní stresu je dôležité zohľadniť pomer medzi mierou stresogénnej situácie (stresoru) a schopnosťou danú situáciu zvládnuť. O stresovej situácii (strese) hovoríme vtedy, keď miera intenzity stresogénnej situácie je vyššia ako schopnosť, či možnosť daného človeka túto situáciu zvládnuť (Křivohlavý 2001). Ide teda o nadlimitnú záťaž, ktorá vedie k vnútornému napätiu a ku kritickému narušeniu rovnováhy organizmu. Tou nadlimitnou záťažou môže byť jeden stresor (úmrtie partnera), ale i väčšie množstvo bežných starostí.

Teraz sa bližšie pozrieme na rôzne typy stresu. Môžeme rozlišovať akútne a chronický stres. **Akútny stres** je situácia, ktorá vzniká pôsobením náhleho, silného stresoru. Spája sa so situáciami, ktoré majú charakter „výzvy“. Výzvou môže byť pre športovca prekonať svoj rekord alebo pre študenta zložiť skúšku. Môže však ísť napríklad aj o hádku s blízkou osobou, či meškanie do práce. V takýchto situáciách je aktivovaný sympatiko-adrenálny systém, dochádza k reakcii na stresovú situáciu (útek alebo boj), činnosť imunitného systému sa zvýši (posilní sa imunita). **Chronický stres** je stres, ktorý trvá dlhšiu dobu a je príznačný pre situácie, ktoré nie je možné riešiť, kde nie je možné „dostať veci pod kontrolu“, zvládnuť to, zvíťaziť. V takýchto situáciách je aktivovaný hypotalamo-hypofyzárny systém, obvykle dochádza k rezignácii na pokusy riešiť situáciu, činnosť imunitného systému klesá (potlačenie imunity). Ide napríklad o život počas pandémie, o nestabilnú situáciu s bývaním alebo stres spôsobený prácou v toxickom pracovnom prostredí (Křivohlavý 2001).

Distres či **negatívny stres**, alebo inými slovami negatívne prežívaný stres označuje situáciu subjektívne prežívaného ohrozenia danej osoby, ktorý je sprevádzaný výrazne negatívnymi emocionálnymi príznakmi. Je to situácia, v ktorej sa osoba domnieva, že sa nachádza v situácii ohrozenia, ktoré nedokáže zvládnuť a s tým súvisí i negatívne emocionálne prežívanie danej situácie (nie je „v pohode“). Príkladom **eustresu** či **pozitívneho stresu** (stres bez negatívneho emocionálneho zážitku) je situácia, v ktorej sa snažíme zvládnuť niečo, čo nám prináša radosť (narodenia dieťaťa, svadba, športový výkon, výhra a pod.). Do takýchto situácií sa niektorí ľudia dostávajú z vlastnej iniciatívy - vysokohorskí horolezci, automobilisti, cestovatelia („adrenalinové športy“) (Křivohlavý 2001).

Pre lepšie pochopenie toho, akým rôznym typom stresu v živote čelíme sa pozrite na Úlohu 1.

ÚLOHA 1

Mária je mladá žena. Je v poslednom ročníku magisterského štúdia pedagogiky na univerzite. Žije spoločne so svojou mamou, ktorá je chronicky chorá a s mladšou sestrou. Kvôli ochoreniu jej mamy, je jedinou živiteľkou celej rodiny a popri štúdiu má ešte dve brigády. Keďže je vyťažená prácou a školou, nemá takmer žiadny čas na socializáciu a nemá priateľa a ani veľa kamarátov. Máriina vedúca práce v nej vidí veľký potenciál a navrhne jej, aby svoju diplomovú prácu prezentovala na konferencii. Mária to nadšene prijme, aj keď má obavy z toho, či sa jej podarí vziať si voľno z práce a pripraviť si prezentáciu. Jeden z jej zamestnávateľov nemá problém s tým, aby si vzala voľno, ale ten druhý jej povie, že nemôže vynechať svoje pracovné zmeny, pretože už teraz majú málo zamestnancov.

Dokážete v Máriinom príbehu identifikovať zdroje akútneho stresu? Ktorým z faktorov spôsobujúcich chronický stres musí Mária čeliť? Zažíva Mária aj nejaký pozitívny stres?

2. TEÓRIE STRESU

Hoci je stres jedným z bežných slov v našom slovníku, jeho význam môže byť vyjadrený viacerými spôsobmi. V rámci psychológie zdravia rozlišujeme **1. stres ako podnet**, **2. stres ako transakciu** medzi podnetom a kognitívnymi a emocionálnymi charakteristikami jednotlivca, a **3. stres ako fyziologickú reakciu** (Morrison a Bennett, 2016).

2.1 Stres ako podnet

Prvá teória, ktorú si v tejto kapitole predstavíme je **teória stresu ako podnetu či stimulu**. V prípade tejto teórie sa na stres dívame ako na vo vonkajšom prostredí existujúcu stresujúcu udalosť, ktorú je možné jasne označiť (napr. svadba, skúška, nepríjemné lekárske vyšetrenie, rozvod). Teóriu stresu ako stimulu sformulovali Holmes s Rahe (1967).

Táto teória predpokladá, že každá zmena je inherentne stresujúca. Navyše Holmes a Rahe predpokladali, že životné udalosti vyžadujú rovnakú mieru prispôsobenia sa naprieč celou populáciou, teda, že každý človek potrebuje vynaložiť rovnaké úsilie na prispôsobenie sa na určitý typ stresov. Podľa Holmesa a Raheho existuje spoločná hranica prispôsobenia, za ktorou nasleduje ochorenie. Túto teóriu využili aj pri tvorbe meracieho nástroja, ktorý sa volá „The Social Readjustment Rating Scale“ alebo aj „Life Stress Inventory“. Ide o dotazník, ktorý obsahuje 43 rôznych životných udalostí. Každá udalosť má pridelené skóre, ktoré udáva predpokladanú mieru prispôsobenia sa, ktorú požaduje daný stresor od človeka, ktorý zažíva túto udalosť. Kumulatívne skóre za jeden rok zvyšuje riziko poškodenia zdravia. Ak človek dosiahne v tomto inventári 150 bodov alebo menej, znamená to, že má relatívne nízku náchylnosť k stresom vyvolanému ochoreniu. Od 150 do 300 bodov znamená približne 50% šancu na ochorenie v nasledujúcich 2 rokoch. Viac ako 300 bodov zvyšuje šancu na ochorenie približne na 80% (Holmes a Rahe, 1967).

ÚLOHA 2

Spočítajte si hodnoty bodov vedľa udalostí, ktoré sa vám stali v priebehu uplynulého roka.

Smrť manžela/manželky/partnera/partnerky	100
Rozvod	73
Rodinná separácia	65
Uväznenie	63
Úmrtie blízkeho rodinného príslušníka	63
Osobné zranenie alebo choroba	53
Manželstvo	50
Prepustenie z práce	47
Rodinné zmierenie	45
Odchod do dôchodku	45
Zmena zdravia rodinného príslušníka	44
Tehotenstvo	40
Sexuálne problémy	39
Získanie nového člena rodiny	39
Zmena v podnikaní	39
Zmena vo finančnej situácii	38

Smrť blízkeho priateľa	37
Prechod do inej pracovnej sféry	36
Zmena frekvencie hádok	35
Veľká hypotéka	32
Ukončenie hypotéky alebo pôžičky	30
Zmena povinností v práci	29
Dieťa opúšťajúce domov	29
Problémy so svokrovcami	29
Vynikajúci osobný úspech	28
Manžel/manželka začal alebo skončil v práci	26
Nástup alebo ukončenie školy	26
Zmena životných podmienok	25
Zmena osobných návykov	24
Problémy s nadriadeným	23
Zmena pracovného času alebo podmienok	20
Zmena bydliska	20
Zmena školy	20
Zmena vo voľnočasových aktivitách	19
Zmena v cirkevných aktivitách	19
Zmena spoločenských aktivít	18
Menšia hypotéka alebo úver	17
Zmena v spacích návykoch	16
Zmena počtu rodinných stretnutí	15
Zmena stravovacích návykov	15
Dovolenka	13
Vianoce	12
Menšie porušenie zákona	11

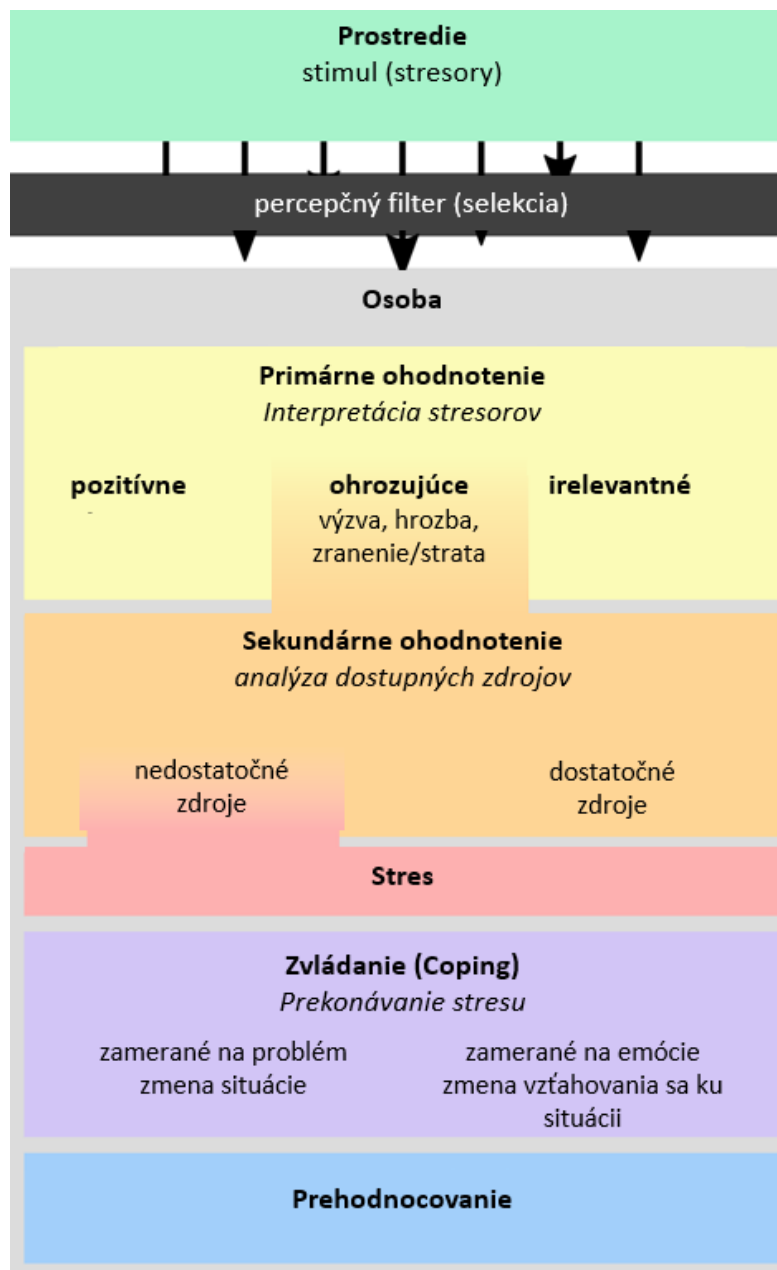
Táto teória však neostala bez kritiky. Model stresu ako stimulu totiž ignoruje podstatné premenné ako predošlé učenie, prostredie, podpornú sieť, osobnosť a životné skúsenosti ľudí, ktorým sa tieto stresujúce udalosti dejú. Zároveň nie všetok stres v živote je spôsobený len veľkými a často zriedkavými životnými udalosťami. Tu prichádza koncept životných starostí alebo „**life hassles**“, čo sú iritujúce, frustrujúce, znepokojujúce požiadavky každodenného života, ktoré do určitej miery charakterizujú každodenné interakcie s prostredím. Na rozdiel od veľkých životných udalostí, nevyžadujú veľkú mieru prispôsobenia, ale ich vplyv je výrazný najmä ak sú časté, chronické, alebo opakované (Kanner a kol., 1981).

2.2 Stres ako transakcia

Ďalšia teória, na ktorú sa pozrieme je **teória stresu ako transakcie**. Transakčná teória stresu a zvládania bola postulovaná Lazarusom (1966). V tejto teórii je stres vnímaný ako produkt transakcie medzi človekom a jeho komplexným prostredím. Do tejto transakcie človek vchádza so svojim kognitívnym, fyziologickým, afektívnym, psychologickým a neurologickým systémom. Teda ako komplexná bytosť s predošlými skúsenosťami. To ako jedinec hodnotí stresor určuje, ako zvláda stres

alebo ako odpovedá na stresor. To, či je stresor prežívaný ako nepríjemný je ovplyvnené rôznymi osobnými a kontextuálnymi faktormi vrátane kapacít, schopností a zručností, obmedzení, zdrojov a noriem. Lazarus priniesol do tejto teórie aj koncept **hodnotenia** alebo „appraisal“. Primárne ohodnotenie zahŕňa zhodnotenie, či stresor predstavuje hrozbu. Sekundárne ohodnotenie zahŕňa ohodnotenie jedinca ohľadne zdrojov a stratégií zvládania, ktoré má k dispozícii na riešenie akýchkoľvek vnímaných hrozieb. **Prehodnocovanie** alebo „reappraisal“ je neustále prebiehajúci proces, ktorý zahŕňa prehodnocovanie ako povahu stresoru, tak aj zdrojov dostupných na riešenie stresoru.

OBRÁZOK 1 Transakčný model stresu a zvládania (Lazarus a Folkman, 1984)



Na Obrázku 1 si môžete pozrieť model, ktorý túto transakčnú teóriu stresu a zvládania (Lazarus a Folkman, 1984) približuje ešte trochu bližšie. Stresor alebo stimul sa nachádza v prostredí a prechádza k osobe cez percepčný filter. V tomto percepčnom filtri sa selektuje, čo osoba vníma ako stresor alebo nevníma ako stresor. Osoba potom primárne zhodnocuje alebo interpretuje stresory, či sú pre ňu pozitívne, irelevantné alebo ohrozujúce. Ak ich zhodnotí ako ohrozujúce, teda že ide o výzvu, hrozbu, alebo že hrozí na základe tohto stresoru nejaké zranenie alebo strata, prechádza stresor do sekundárneho ohodnotenia, kde človek hodnotí svoje dostupné zdroje, a teda ako sa vie s týmto stresorom vysporiadať. Prvou možnosťou je, že zhodnotí, že má na tento stresor dostatočné zdroje a tým pádom mu nespôsobujú stres. Ak má však nedostatočné zdroje, daný podnet či udalosť mu stres spôsobuje. Človek má tiež svoje stratégie a mechanizmy zvládania alebo „copingu“, toho ako prekonávať stres. Tieto stratégie môžu byť zamerané buď na problém, teda zmenu situácie, z ktorej vyplynul stresor alebo zamerané na emócie, teda človek mení to, ako sa ku situácii vzťahuje a tiež tu prichádza prehodnocovanie, teda neustále prebiehajúci proces, kedy človek mení svoje názory na to, čo vníma ako ohrozujúci stresor a to ako hodnotí svoje zdroje.

2.3 Stres ako odpoveď

Poslednou je **teória stresu ako odpovede** čiže ako špecifickej fyziologickej reakcie na prítomný podnet v podobe stresoru. Prvým z priekopníkov v tejto oblasti skúmania bol W. Cannon (1932), ktorý na základe svojich experimentov zistil, že v situácii ohrozenia dochádza k mobilizácii celého organizmu a k celkovému zvýšeniu činnosti sympatického nervového systému (štúdium sympatoadrenálneho systému pri strese).

Na jeho prácu nadviazal H. Selye, ktorý je považovaný za zakladateľa štúdia významu endokrinného systému pri strese. V roku 1956 predstavil model stresu ako odpovede v rámci svojho modelu všeobecného adaptačného syndrómu, ktorý zahŕňa 3 hlavné koncepty:

1. Podľa Selyeho je stres obranným mechanizmom.
2. Stres má tri štádiá - poplach alebo alarm, odpor a vyčerpanie.
3. Predĺžený alebo závažný stres môže vyústiť do porúch adaptácie alebo smrti.

Stres môže vyústiť v pozitívny alebo negatívny výsledok na základe kognitívnej interpretácie (teda toho ako stresu rozumieme) a na základe fyziologickej reakcie (teda toho, ako naše telo reaguje). Každá skúsenosť alebo zmena podľa Selyeho (1956) reprezentuje stresor, preto po každej situácii nasleduje nejaká miera fyziologickej aktivácie (teda poplach). Eustres je to, kde je stresor interpretovaný ako pozitívny alebo ako výzva. Pri distrese je stresor interpretovaný ako negatívny alebo ako hrozba. Zistil, že bez ohľadu na druh záťaže (stresoru) dochádza vždy k tomu istému súboru fyziologických reakcií. Tento stabilný vzorec odpovedi organizmu na záťaž nazval všeobecný adaptačný syndróm (GAS General Adaptation Syndrom) a rozlíšil jeho tri fázy (Selye, 1991):

1. Pri **fáze 1 alebo alarme** alebo všeobecnej poplachovej reakcii sa organizmus stretáva so stresorom a dochádza k mobilizácii obranných možností organizmu. Zvyšuje sa činnosť sympatického nervového systému. Vylučuje sa väčšie množstvo adrenalínu. Zvyšuje sa srdečný tep, krvný tlak, zrýchľuje sa dýchanie, zvyšuje sa vylučovanie potu, krv sa uvoľňuje z oblastí obklopujúcich tráviaci trakt a zhromažďuje sa vo svaloch. Organizmus je pripravený na „boj alebo útek“.

2. Počas fázy **2 alebo odporu či rezistencie** sa naše telo adaptuje na pretrvávajúcu hrozbu a pokúša sa navrátiť k normálnym funkciám. Hladina glukózy vtedy rastie pre udržanie energie a krvný tlak sa zvyšuje. Ak táto fáza trvá príliš dlho, môže dôjsť k súboru príznakov zhoršujúceho sa stavu organizmu, ktoré sa označujú ako „choroba adaptácie“. Patrí tu napr. žalúdočné a dvanástnikové vredy, vysoký krvný tlak, rôzne kardiovaskulárne ochorenia, hypertyroidizmus, bronchiálna astma a pod. Pravdepodobne to vedie k zníženej činnosti imunitného systému.

3. Posledná **fáza 3 alebo vyčerpanie** predstavuje moment, kedy telo minulo svoje zásoby energie a imunity a dochádza k aktivácii parasympatiku. Hladina cukru v krvi sa znižuje, čo vedie k zníženej stresovej tolerancii, progresívnemu mentálnemu a fyzickému vyčerpaniu, ochoreniu a kolapsu. Orgány tela začínajú zlyhávať, eventuálne môže dôjsť aj k ochoreniu alebo smrti (Seley, 1991).

3. MECHANIZMY VPLYVU STRESU NA ZDRAVIE

Prežívaný stres vo výraznej miere ovplyvňuje naše zdravie. Mechanizmy, prostredníctvom ktorých sa tak deje, pôsobia na naše zdravie prostredníctvom priamych a nepriamych vplyvov.

ÚLOHA 3

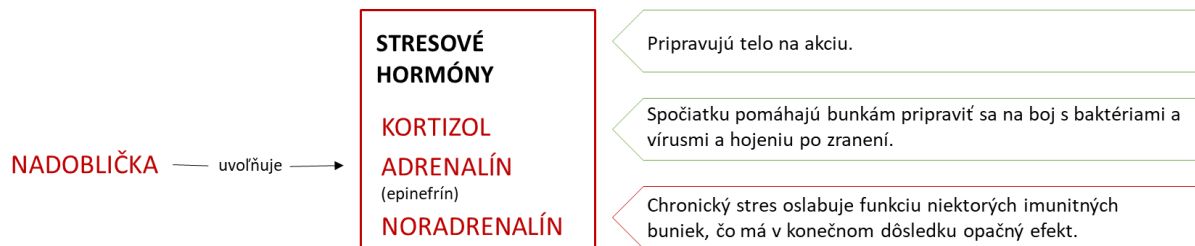
Skúste porozmýšľať, aké sú niektoré z ochorení, ktoré môžu byť spôsobené stresom? Akými mechanizmami vplýva stres na naše zdravie?

Priama trajektória zahŕňa **fyziológické zmeny** spôsobené chronickým stresom, ktoré môžu viesť ku rozvoju ochorení. Ide napríklad o efekty stresových hormónov na funkcie tela. Stresové hormóny sa podieľajú na dysregulácii imunitných funkcií, pretože ovplyvňujú produkciu zápalových cytokínov. Stres mení aj kardiovaskulárnu aktivitu. V situácii akútneho stresu spôsobuje aktivácia sympatického nervového systému zvýšenú srdcovú činnosť, zúženie ciev a tým pádom zvýšenie krvného tlaku (Morrison a Bennett, 2016).

Stres však na naše zdravie vplýva aj nepriamo, pretože z povahy našich **behaviorálnych odpovedí** na stres sami seba vystavujeme riziku ochorení. Klasickými príkladmi sú rôzne formy nezdravého správania, ktorými sa ľudia snažia zvládať stres ako napríklad fajčenie, zmeny stravovacích návykov, či pitie alkoholu. Ľudia, ktorí zažívajú stres, s vyššou pravdepodobnosťou vyhľadajú zdravotnú starostlivosť kvôli takým symptómom stresu ako sú úzkosť, únava a nespavosť. Proces medzi stresom a ochorením je obojsmerný. Nielen stres spôsobuje ochorenia, ale aj ochorenie či stigma spojená s diagnózou alebo liečba môže spôsobiť stres (Morrison a Bennett, 2016).

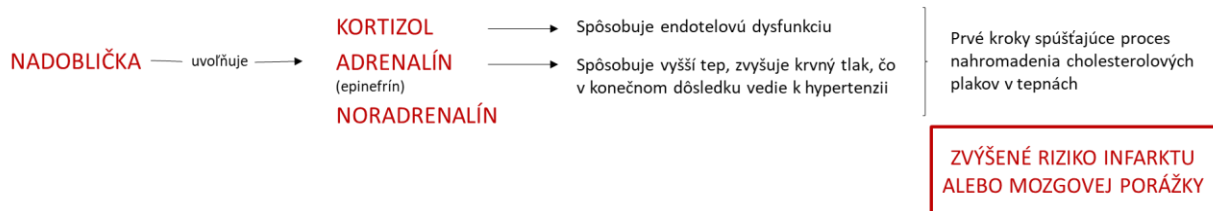
Mechanizmus toho ako stres vplýva na naše telo má svoje špecifické časti. Reakcia na stresor začína na hypotalamo-hypofýzovo-nadobličkovej osi. Po anglicky sa táto os volá „HPA access“. Ide o sériu interakcií medzi endokrinnými žľazami v mozgu a nadobličkách. Po tom, ako mozog zareaguje na stresor, z nadobličiek sa uvoľňujú stresové hormóny – kortizol, adrenalín alebo epinefrín a noradrenalín (Morrison a Bennett, 2016).

OBRÁZOK 2 Hypotalamo-hypofýzovo-nadobličková os - interakcia medzi endokrinnými žľazami v mozgu a na obličkách



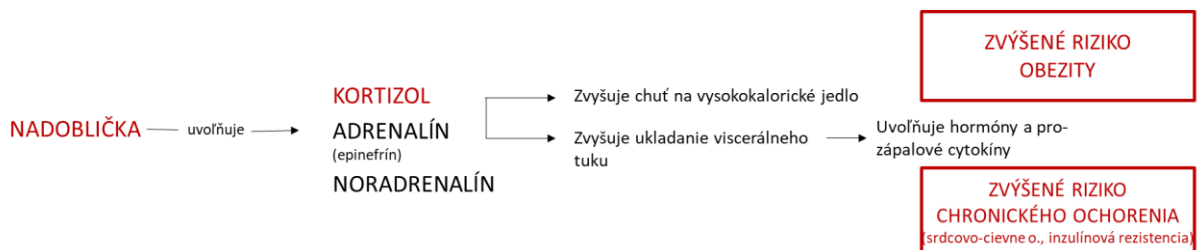
Tieto hormóny majú niekoľko funkcií. V prvom rade pripravujú telo na akciu pri pozostatkoch primitívneho reflexu „boj alebo útek“. Spočiatku tiež pomáhajú bunkám pripraviť sa na boj s baktériami a vírusmi a napomáhajú hojeniu po zranení. Avšak chronický stres oslabuje funkciu niektorých imunitných buniek, takže v konečnom dôsledku má práve opačný efekt. Pri chronickom strese sa zvyšuje riziko infarktu alebo mozgovej porážky. Dlhodobé zvýšené hladiny kortizolu spôsobujú disfunkciu endotelu teda vnútornej výstelky ciev. Adrenalín spôsobuje vyšší tep, zvyšuje krvný tlak a z dlhodobého hľadiska vedie k hypertenzii. Endotelová dysfunkcia spoločne s hypertenziou sú prvými krokmi spúšťajúcimi proces nahromadenia cholesterolových plakov v tepnách. Môže tak dochádzať k upchatiu ciev a teda aj k infarktu alebo k mozgovej porážke (Morrison a Bennett, 2016).

OBRÁZOK 3 Hypotalamo-hypofýzovo-nadobličková os – ukážka interakcie medzi endokrinnými žľazami v mozgu a na obličkách vedúca k riziku infarktu alebo porážky



Kortizol tiež zvyšuje chuť na vysoko kalorické jedlo, keďže sa snaží zabezpečiť dostatok energie pre vysporiadanie sa so stresorom a tiež zvyšuje ukladanie viscerálneho tuku, ktorý sám o sebe funguje ako orgán, ktorý uvoľňuje hormóny a pro-zápalové cytokíny. Výsledkom tohto uvoľňovania hormónov a pro-zápalových cytokínov môže byť zvýšené riziko obezity alebo zvýšené riziko chronického ochorenia (Morrison a Bennett, 2016).

OBRÁZOK 4 Hypotalamo-hypofýzovo-nadobličková os – ukážka interakcie medzi endokrinnými žľazami v mozgu a na obličkách vedúca k riziku obezity a súvisiacich chronických ochorení



Typickým príkladom sú tráviace ťažkosti, ktoré sú vyvolané práve stresom napríklad pred skúškou. Mechanizmus za týmto javom, ktorý nazývame niekedy aj „motýliky v bruchu“ je nasledovný. Pri reakcii na stres mozog aktivuje autonómny nervový systém. Ten komunikuje stres do enterického

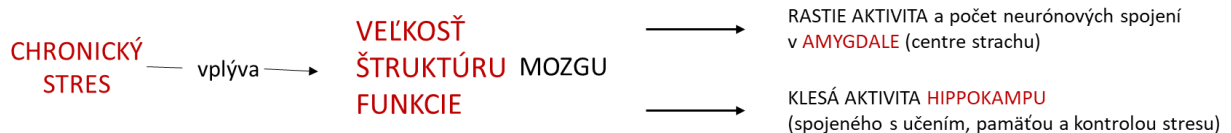
alebo črevného nervového systému. Toto spojenie získalo v literatúre označenie spojenie „mozog-črevo“ (v angličtine „brain-gut connection“). V takomto prípade stres narúša prirodzený rytmus toho, ako sa jedlo hýbe cez tráviaci trakt a z dlhodobého hľadiska môže vyvolávať syndróm dráždivého čreva, zvýšenú citlivosť na kyselinu, ktorá sa prejavuje napríklad ako pálenie záhy alebo zmeny v zložení a funkcii črevnej mikroflóry (Morrison a Bennett, 2016).

OBRÁZOK 5 Interakcie v rámci spojenia MOZOG – ČREVO



Chronický stres v neposlednom rade ovplyvňuje aj veľkosť, štruktúru aj funkcie mozgu. Pri chronickom strese rastie aktivita a počet neurónových spojení v amygdale alebo centre vášho strachu. Naopak, klesá aktivita hippocampu, ktorý je spojený s učením, pamäťou a kontrolou stresu. Príveľa kortizolu vedie k strate synaptických spojení medzi neurónmi. Zmenšuje sa prefrontálna kôra, ktorá je tiež spojená s učením, pamäťou a kontrolou stresu a utvára sa menej buniek v hippocampe. Tým sa zvyšuje riziko Alzheimerovej choroby a depresie (Morrison a Bennett, 2016).

OBRÁZOK 6 Vplyv chronického stresu na veľkosť, štruktúru a funkcie mozgu



OTÁZKY

FORMY STRESU

1.1. Akútny stres je

- A) akýkoľvek krátkodobý stres, ktorý môže nadobúdať rôzne intenzity
- B) dlhodobo pôsobiaci stres nadobúdajúci rôzne intenzity

1.2. Chronický stres je

- A) akýkoľvek krátkodobý stres, ktorý môže nadobúdať rôzne intenzity
- B) dlhodobo pôsobiaci stres nadobúdajúci rôzne intenzity

1.3. Negatívny stres

- A) nazývame tiež pojmom distress
- B) nazývame tiež pojmom eustres

1.4. Pozitívny stres

- A) nazývame tiež pojmom eustres
- B) nazývame tiež pojmom distress

TEÓRIE STRESU

2.1. Teória stresu ako podnetu či stimulu

- A) sa na stres díva ako na špecifickú fyziologickú reakciu na prítomný podnet v podobe stresoru
- B) sa na stres díva ako na vo vonkajšom prostredí existujúcu stresujúcu udalosť, ktorú je možné jasne označiť
- C) sa na stres díva ako na produkt transakcie medzi človekom a jeho komplexným prostredím

2.2. Teória stresu ako transakcie

- A) sa na stres díva ako na vo vonkajšom prostredí existujúcu stresujúcu udalosť, ktorú je možné jasne označiť
- B) sa na stres díva ako na produkt transakcie medzi človekom a jeho komplexným prostredím
- C) sa na stres díva ako na špecifickú fyziologickú reakciu na prítomný podnet v podobe stresoru

2.3. Teória stresu ako odpovede

- A) sa na stres díva ako na produkt transakcie medzi človekom a jeho komplexným prostredím
- B) sa na stres díva ako na špecifickú fyziologickú reakciu na prítomný podnet v podobe stresoru
- C) sa na stres díva ako na vo vonkajšom prostredí existujúcu stresujúcu udalosť, ktorú je možné jasne označiť

2.4. Model všeobecného adaptačného syndrómu

- A) jeho autorom je Hans Seley
- B) zahŕňa 3 fázy
- C) zahŕňa 4 fázy
- D) je behaviorálna reakcia na prítomný podnet v podobe stresoru

2.5. Fázy modelu všeobecného adaptačného syndrómu nasledujú v tomto poradí

- A) alarm, vyčerpanie, odpor
- B) alarm, odpor, vyčerpanie
- C) odpor, alarm, vyčerpanie

MECHANIZMY VPLYVU STRESU NA ZDRAVIE

3.1. Mechanizmus priameho vplyvu stresu na zdravie sa deje prostredníctvom

- A) fyziologických reakcií a zmien na úrovni organizmu
- B) behaviorálnych reakcií a prejavov v rámci nášho správania

3.2. Mechanizmus nepriameho vplyvu stresu na zdravie sa deje prostredníctvom

- A) behaviorálnych reakcií a prejavov v rámci nášho správania
- B) fyziologických reakcií a zmien na úrovni organizmu

3.3. Stresové hormóny uvoľňujúce sa v nadobličkách počas stresovej reakcie sú

- A) kortizol
- B) inzulín
- C) adrenalín
- D) prolaktín

3.4. Reakcia na stresor na hypotalamo-hypofýzovo-nadobličkovej osi je

- A) interakciou medzi endokrinnými žľazami v mozgu a nadobličkách
- B) interakciou medzi endokrinnými žľazami v štítnej žľaze a nadobličkách
- C) interakciou medzi endokrinnými žľazami v pankrease a nadobličkách

LITERATÚRA

1. Cannon, W. B. (1932). Homeostasis. The wisdom of the body. Norton, Newyork.
2. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of psychosomatic research.
3. Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of behavioral medicine, 4, 1-39.
4. Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Portál.
5. Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.
6. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
7. Morrison, V., & Bennett, P. (2016). An introduction to health psychology. Pearson Education.
8. Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill.
9. Selye, H. (1991). 1. History and Present Status of the Stress Concept. In Stress and coping: An anthology (pp. 21-35). Columbia University Press.

VI. MODERÁTORY STRESU – STRATÉGIE ZVLÁDANIA A OSOBNOSŤ

V predošlej kapitole boli prezentované existujúce teórie stresu a súvislosti medzi stresom a chorobou. Táto kapitola prinesie odpovede na nasledujúce otázky. Aké stratégie zvládania jednotliviec používa na zvládanie stresu? Ktoré aspekty jednotlivca zmierňujú negatívny vplyv stresu? Dozviete sa o strese a stratégiách zvládania stresu, ktoré sa používajú, ako aj o úlohe osobnosti, kognícií a emócií, pokiaľ ide o stratégie zvládania, ktoré ľudia používajú.

1. ZVLÁDANIE A STRATÉGIE ZVLÁDANIA

ÚLOHA 1

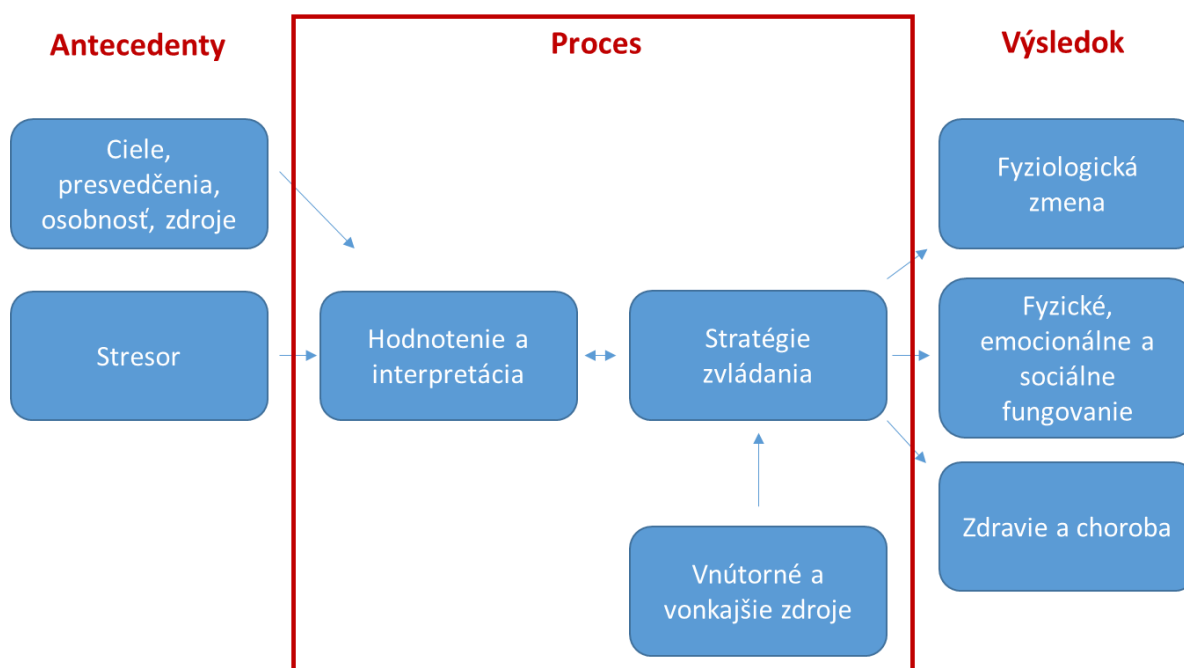
Skôr, než začneme, spomeňte si na nedávny stresujúci zážitok. Porozmýšľajte nad tým, čo ste urobili, aby ste sa s tým vyrovnali? Pokračujte dvoma ďalšími otázkami. Vyskúšali ste jednu stratégiu alebo niekoľko rôznych stratégií? Ako by ste ich opísali? Sledovala vaša stratégia nejaký cieľ? Boli ciele v prípade viacerých stratégií odlišné?

Začnime témou stresu a stratégií zvládania. V prvom rade je dôležité získať odpovede na dve dôležité otázky. Čo je zvládanie a aké sú funkcie zvládania? **Zvládanie** čiže **koping** je definované ako čokoľvek, čo človek robí, aby znížil vplyv vnímaného alebo skutočného stresora. Zvládanie je okrem toho cieľavedomá snaha človeka zmeniť stresor alebo spôsob, akým stresor interpretuje, aby bol priaznivejší. Zvládanie nie je jediné úsilie, je to dynamický proces, nie je to automatická reakcia, ale vyžaduje si vedomé úsilie človeka, ktorý sa snaží udalosti riadiť (Lazarus a Folkman, 1984, Křivohlavý, 2001) .

Zvládanie má tiež niekoľko funkcií. Cohen a Lazarus (1979) opísali **päť hlavných funkcií**, z ktorých každá prispieva k úspešnej adaptácii na stresor. V prvom rade, keď používate zvládanie stresu, vaša zvolená stratégia je s vysokou pravdepodobnosťou orientovaná na **redukciu**. Ak redukcia nie je možná, zvládanie bude orientované na **tolerovanie a/alebo prispôsobenie sa** stresu. Okrem toho by ste mali byť schopní **udržať si pozitívny sebaobraz, emocionálnu rovnováhu a uspokojivé vzťahy s ostatnými**.

Ako však tento proces vlastne funguje? Model **transakčnej teórie stresu a zvládania** od Lazarusa (Lazarus, 1966, Lazarus a Folkman, 1984) by ste už mali poznať z predchádzajúcej kapitoly o teóriách stresu a o súvislosti medzi stresom a chorobou. V tejto časti chcem upriamiť vašu pozornosť na strednú časť, kde je zachytený **proces zvládania**. Keď sa stretnete so stresorom, spustí sa proces jeho hodnotenia a interpretácie, ktorý sa mení podľa vašich cieľov, presvedčení, osobnosti a zdrojov. Toto hodnotenie a interpretácia stresora spolu s dostupnými internými a externými zdrojmi ovplyvní, akú stratégiu zvládania si vyberiete, a následne bude mať za následok krátkodobý výsledok špecifických fyziologických zmien, fyzického, emocionálneho a sociálneho fungovania a dlhodobý výsledok buď zdravia alebo choroby.

OBRÁZOK 1 Model transakčnej teórie stresu a zvládania (Lazarus, 2006)



Z predchádzajúcej časti je už zrejmé, že by sa dalo použiť niekoľko rôznych stratégií zvládania. Aby sme si urobili poriadok v neporiadku rôznych stratégií zvládania, môžeme sa pozrieť na nasledujúce dimenzie zvládania.

1.1 Dimenzie stratégií zvládania

Prvá dimenzia rozlišuje **stratégie zamerané na problém verzus na emócie**. V druhej dimenzii je možné rozlišovať medzi **zvládaním orientovaným na aktívny prístup a pasívnym vyhýbavým zvládaním**. V tretej dimenzii je prítomný rozmer **adaptívneho verzus maladaptívneho zvládania**. V nasledujúcom texte sa bližšie pozrieme na každý z týchto špecifických spôsobov zvládania (Morrison a Bennett, 2016).

Začnime prvou dimenziou. Keď som vás nechala premýšľať o nedávnej stresovej situácii, vaša odpoveď na otázku „Čo ste urobili, aby ste sa s tým vyrovnali? Odpoveď mohla byť: „Premýšľal/a som o tom, čo je najlepšie urobiť, aby som problém vyriešil/a“ alebo „Hovoril/a som s niekým, kto by mi mohol pomôcť vyriešiť problém“. Tieto odpovede sú typické pre **zvládanie zamerané na problém**. Táto stratégia zvládania je zameraná na stresor s cieľom znížiť stresor alebo zvýšiť zdroje na zvládanie stresora prostredníctvom kognitívneho alebo behaviorálneho úsilia. Stratégie zvládania zamerané na problém sú najviac adaptívne na stresory, ktoré sú v svojej podstate ovplyvniteľné. Ak vaša odpoveď na otázku „Čo ste urobili, aby ste sa s tým vyrovnali?“ znela „Rozhodol/dla som sa nájsť v tejto situácii niečo pozitívne“, „Povedal/a som ostatným ľuďom (priateľom, rodičom, súrodencom), ako sa cítim“, „Tancoval/a som alebo som vyspieval/a svoje pocity“ použili ste **stratégiu zvládania zameranú na emócie** čiže zameranú na zvládanie emocionálnej reakcie na stresor prostredníctvom emocionálneho prehodnotenia stresora, aby ste ho videli v pozitívnejšom svetle, prostredníctvom hľadania emocionálnej podpory alebo emocionálneho uvoľnenia. Stratégie zvládania zamerané na emócie sú najviac adaptívne, keď sú stresory neovplyvniteľné a/alebo v spojení so stratégiami zvládania zameranými na problém (Morrison a Bennett, 2016).

Pokiaľ ide o druhú dimenziu, vaša odpoveď na otázku „Čo ste urobili, aby ste sa s tým vyrovnali?“ by mohla byť „Hľadal som pomoc alebo radu na internete“, „Povedal som ľuďom okolo seba, čo v danej situácii potrebujem“. Už z týchto odpovedí je zrejmé, že takáto stratégia **zvládania je aktívna** a zaoberá sa zdrojom stresu, s ktorým sa snaží vysporiadať prostredníctvom kognitívnych a/alebo behaviorálnych snáh, ako 1. hľadanie informácií a/alebo 2. hľadanie pomoci a/alebo 3. hľadanie riešení. Osoba s väčšou pravdepodobnosťou použije aktívne stratégie zvládania, keď je stresor hodnotený ako kontrolovateľný a osoba má priaznivé presvedčenie o svojej vlastnej sebaúčinnosti. Rozsiahle množstvo literatúry poskytuje dôkazy o psychologických výhodách aktívnych stratégií zvládania v porovnaní s vyhýbavým zvládaním (Morrison a Bennett, 2016).

Vaša odpoveď na otázku „Čo ste urobili, aby ste sa s tým vyrovnali?“ v druhej dimenzii môže byť aj „Prial/a som si, aby situácia zmizla alebo sa nikdy nestala“, „Vyhýbal/a som sa ľuďom, kvôli ktorým som sa cítil/a zle“, „Snažil/a som sa na to nemyslieť“ čo sú príklady **vyhýbavých alebo pasívnych stratégií zvládania**, ktoré sa zaoberajú vyhýbaním sa alebo minimalizovaním stresora prostredníctvom zbožných prianí, vyhýbaním sa zdroju stresu alebo popieraním. Vyhýbavé stratégie zvládania sú pravdepodobnejšie v situáciách, keď človek vníma stresor ako vysoko ohrozujúci a nekontrolovateľný. Nedávne štúdie potvrdili významnú súvislosť medzi používaním vyhýbavého zvládania a vyššou mierou negatívneho psychologického prežívania a rizikového správania (Morrison a Bennett, 2016).

V rámci našej tretej dimenzie môžu byť vaše odpovede na otázku „Čo ste urobili, aby ste sa s tým vysporiadali?“ nasledovné „Urobil som niečo, aby som to zlepšil“, „Fajčím cigarety, pijem alkohol, beriem lieky alebo iné drogy“ a predstavujúce **stratégie zvládania zamerané na adaptáciu** sa na stresor v konštruktívnom alebo deštruktívnom prístupe (Morrison a Bennett, 2016).

1.2 Cieľ stratégií zvládania

ÚLOHA 2

Teraz je jasné, že na zvládnutie stresorov máme možnosť vybrať si zo širokej škály stratégií. **ALE... Čo ovplyvňuje spôsob, akým sa s tým vyrovnávame? Prečo sa rozhodujeme riešiť situácie tak, ako to robíme? Zamyslite sa nad faktormi, ktoré ovplyvňujú náš výber stratégie zvládania.**

Prečo sa ľudia rozhodnú vyrovnáť sa so stresujúcou situáciou určitým špecifickým spôsobom? Veľmi to závisí od ich minulých skúseností s určitými reakciami na zvládanie, ale čo je dôležitejšie, súvisí to s očakávanými výsledkami, o ktorých sa domnievajú, že budú výsledkom ich stratégie zvládania. Znamená to, že zvládanie je účelový alebo motivačný proces s určitým cieľom (Lazarus, 1993). Všeobecným účelom alebo **cieľom zvládania** je zvládnuť alebo pochopiť situáciu tak, aby bola menej znepokojujúca s prirodzenou potrebou zachovať si sebaúctu a sebaobraz a udržiavať dobré vzťahy s ostatnými (Morrison a Bennett, 2016).

Takýto cieľ je veľmi špecifický pre danú situáciu a pokiaľ nevieme, prečo sa človek rozhodol vyrovnáť sa špecifickým spôsobom, pokiaľ ide o to, čo dúfa, že dosiahne – aký je jeho cieľ –, nemôžeme povedať, či táto konkrétna stratégia zvládania má alebo nemá zmysel a či bola efektívna. Ľudia používajú rôzne stratégie zvládania, často súčasne, pretože každá z nich smeruje k inému cieľu, ktorý môže byť krátkodobý alebo dlhodobý (Morrison a Bennett, 2016).

2. MODERÁTORY STRESU - OSOBNOSŤ

ÚLOHA 3

Teraz vieme, že ľudia si vyberajú svoje stratégie zvládania vždy, keď sa stretnú so stresorom, a výsledok nie je vždy rovnaký. Vráťme sa k pôvodnej otázke. Keď si spomeniete na nedávny stresujúci zážitok, čo ste urobili, aby ste sa s ním vyrovnali? A čo je dôležitejšie, viete si spomenúť na niečo vo svojej osobnosti, čo ovplyvnilo vašu reakciu?

Keďže teraz vieme viac o stratégiách zvládania, je načas hlbšie preskúmať jeden z aspektov, ktorý by tu mohol hrať dôležitú úlohu – vašu osobnosť. Čo je osobnosť? Dá sa definovať ako dynamická organizácia v rámci jednotlivca, ktorá určuje jeho charakteristické správanie a myslenie (Allport, 1961). Táto definícia odráža črtový prístup k osobnosti, ktorý berie človeka do úvahy z hľadiska stabilných a trvalých rozmerov. Eysenck v roku 1970 predstavil dve dimenzie, neurotizmus a extroverziu a v neskorších rokoch bol pridaný psychotizmus. Za posledných päťdesiat rokov sa tieto tri dimenzie rozšírili do piatich faktorov a model, ktorý sa v psychológii zdravia najčastejšie používa, sa často označuje ako **teória veľkej päťky** (McCrae a Costa, 1992), ktorá konceptualizuje osobnosť pomocou nasledujúcich dimenzií:

1. Prívetivosť
2. Svedomitosť
3. Extroverzia
4. Neuroticizmus
5. Otvorenosť

Jedným z možných mechanizmov, ktoré by mohli vysvetliť, ako môže osobnosť zohrávať túto úlohu, je jej nepriamy vplyv na zdravie a chorobu, kde sa očakáva, že všeobecné aspekty osobnosti ovplyvnia spôsob, akým osoba hodnotí stresor alebo ako sa so stresorom vyrovnáva. Mnohé súvislosti medzi týmito relatívne stabilnými osobnostnými črtami, stresom, zvládaním záťaže a zdravotnými výsledkami boli zaznamenané v predchádzajúcom výskume, pričom niektoré aspekty zohrávajú úlohu ochranného faktora, napr. svedomitosť alebo otvorenosť, zatiaľ čo iné zohrávajú úlohu rizikového faktora, napr. neuróza (Morrison a Bennett, 2016).

Veľká výskumná pozornosť v súvislosti so stresom a chorobou sa venuje najmä **neuroticizmu**. Je charakterizovaný tendenciou prežívať negatívne emócie a prejavovať súvisiace úzkostné presvedčenia a správanie neprimerané situácii (McCrae a Costa, 1987, Suls a Martin, 2005) a zistilo sa, že predpovedá úmrtnosť v prospektívnych kohortových štúdiách, aj keď kontrolujeme známe rizikové faktory, pričom jedným z potenciálnych mechanizmov je potlačenie imunity. **Svedomitosť**, definovaná ako zodpovednosť, dodržiavanie sociálnych noriem, vytrvalosť a sebadisciplína, preukázala konzistentný vzťah k pozitívnym výsledkom tak v súvislosti so stresom, ako aj so zdravím. Svedomití jedinci môžu s väčšou pravdepodobnosťou kognitívne reštrukturalizovať situáciu, efektívne riešiť problém a hľadať podporu (Morrison a Bennett, 2016).

Pokiaľ ide o úlohu osobnosti, naše znalosti sa neobmedzujú len na teóriu veľkej päťky. Existujú aj ďalšie koncepty spojené s osobnosťou, ktoré sa skúmajú. Jedným ochranným zdrojom, ktorý treba zvážiť, je **dispozičný optimizmus** (Scheier a kol., 1986), vo všeobecnosti stabilný pozitívny výhľad a očakávanie

pozitívnych výsledkov. Bolo navrhnuté, že optimisti sú predisponovaní k presvedčeniu, že želané výsledky sú možné, a motivuje ich to, aby sa efektívnejšie a vytrvalejšie vyrovnávali so stresom prostredníctvom aktívnych, na problém zameraných stratégií zvládania, čím sa znižuje riziko negatívnych výsledkov.

Ďalším známym konceptom je **Zmysel pre integritu („Sense of coherence“)**, ktorý Antonovský (1987) definoval ako „globálnu orientáciu, ktorá vyjadruje mieru, do akej má človek všadeprítomný, hoci dynamický pocit dôvery, že:

1. podnety pochádzajúce z vnútorného a vonkajšieho prostredia človeka v priebehu života sú štruktúrované, predvídateľné a vysvetliteľné - DÁVA MI TO ZMYSEL
2. zdroje sú k dispozícii na splnenie požiadaviek kladených týmito stimulmi - MÁM NA TO, ČO JE TREBA UROBIŤ
3. tieto požiadavky sú výzvami, hodnými investície a angažovanosti - STOJÍ TO ZA TO

Pozornosť sa v posledných desaťročiach upriamila aj na koncept **reziliencie** ako schopnosti prosperovať napriek negatívnym udalostiam, ktorý bol prvýkrát identifikovaný v 80. rokoch Smithovou (Werner a Smith, 2001) po jej 40-ročnej kohortovej štúdii 700 havajských detí a skúmaní ich sociálnych a akademických výsledkov. V súvislosti s detskou nepriazňou Smithová identifikovala dva aspekty tých, ktorí sa odrazili späť – pretrvávajúcu povahu a schopnosť prístupu k niekoľkým zdrojom sociálnej opory. Aj dnes sa očakáva, že reziliencia pozostáva zo zdrojov v rámci jednotlivca, ako aj zo zdrojov, ktoré má jednotlivec k dispozícii zvonku vo forme sociálnej opory, čo vedie k otázkam, či je reziliencia pevnou vlastnosťou človeka alebo adaptívnou reakciou, ktorá sa objavuje v časoch stresu.

Osobitná výskumná pozornosť bola v poslednom desaťročí venovaná konceptu osobnostných typov spojených so zvýšeným rizikom špecifických ochorení. Najznámejšie sú osobnosť typu A a typu C. **Osobnosť typu A** charakterizovaná súťaživosťou, naliehavým správaním, nepriateľstvom a hnevom, netrpezlivosťou a správaním orientovaným na úspech bola v súvislosti s koronárnou chorobou srdca rozsiahle študovaná. V súvislosti s rakovinou bola študovaná **osobnosť typu C** opísaná kooperatívnym a upokojujúcim, poddajným a pasívnym, stoickým, neasertívnym a obetavým postojom a správaním, ako aj inhibíciou alebo potláčaním negatívnych emócií. Treba však poznamenať, že aj keď existovali niektoré štúdie potvrdzujúce tieto asociácie, dodatočný výskum niekedy nedokázal potvrdiť tieto skoré asociácie, čo viedlo k nepresvedčivým zisteniam výskumu v tejto oblasti (Morrison a Bennett, 2016).

Vo všeobecnosti preto, aby sme uzavreli túto časť o úlohe osobnosti, aj keď existujú pomerne dobré dôkazy o tom, že aspekty našej osobnosti ovplyvňujú naše hodnotenie udalostí a dokonca aj kognitívne, behaviorálne a fyziologické reakcie na ne, čo môže viesť k zvýšenému riziku niektorých chorôb, vplyv osobnosti na zdravie a chorobu je zjavne len čiastočný, pričom v tomto širšom obraze sú prítomné aj iné aspekty.

3. MODERÁTORY STRESU – KOGNÍCIE A EMÓCIE

Opäť je načas preniknúť hlbšie do jedného z aspektov, ktoré by v prípade vyrovnávania sa so stresom mohli hrať dôležitú úlohu, kognície a emócie.

ÚLOHA 4

Je čas vrátiť sa k pôvodnej otázke a pozrieť sa na ňu z inej perspektívy. Keď si spomeniete na nedávny stresujúci zážitok, čo ste urobili, aby ste sa s ním vyrovnali? Ovplyvnili vaše myšlienky alebo emócie to, ako ste reagovali?

ÚLOHA 5

Skôr ako budeme pokračovať, ešte raz chceme, aby ste sa nad sebou zamysleli a pokúsili sa nájsť odpoveď na otázku. Keď sa niečo stane, kto je zodpovedný? Je veľmi možné, že vaša odpoveď sa môže približovať jednému z nasledujúcich príkladov.

„Keď sa niečo stane, ja som zodpovedný, pretože si myslím, že mám nad životom kontrolu“

"Bez ohľadu na to, čo robím, stanú sa zlé veci a ja s tým nemôžem nič urobiť.,,

"Keď sa niečo stane, počúvam ostatných a robím, čo mi povedia."

Julian Rotter (1966) poznamenal, že ľudia sa líšia v tom, ako pristupujú k ťažkostiam, problémom, čomu pripisujú príčinu úspechov a neúspechov. Podľa jeho **teórie o lokalizácii kontroly („Locus of control“)** sú na jednej strane ľudia s aktívnym postojom k riešeniu problému na základe vlastných schopností, príležitostí, možností, z vlastnej iniciatívy. Hovoríme, že majú vnútorné miesto kontroly – **„internal locus of control“** (spoliehanie sa na seba, na svoje vnútorné zdroje). Takýto ľudia veria, že majú veci pod kontrolou. Preberajú zodpovednosť za svoje úspechy a neúspechy. Pripisujú ich svojim schopnostiam, snahe, úsiliu. Väčšinou sú veľmi výkonní a úspešní. Nevýhodou je, že môžu trpieť pocitmi menejcennosti, pocitmi osobného zlyhania a môžu sa po neúspechu vyhýbať aj úlohám, ktoré by zvládli z obavy z neúspechu. Na druhej strane sú ľudia, ktorí veria, že problém sa vyrieši sám, alebo ho niekto vyrieši za nich - ťažisko kontroly sa nachádza vonku **„external locus of control“**. Takýto ľudia pripisujú veci, ktoré sa im stávajú vonkajším vplyvom. Zodpovední sú dobrí/zlí učitelia, zlý prístup, zlá organizácia, zlý výklad, nedostatok názorných pomôcok, náhoda, osud, smola, šťastie, rodinné zázemie, nedostatok protekcie. Výhodou je, že netrpia pocitmi viny za neúspech, nevýhodou, že je s týmto atribučným štýlom spojené riziko nezodpovednosti a nízkej miery úsilia. Každý z nás spadá niekde medzi tieto dva póly. Neskôr bola táto teória adaptovaná na **Multidimenzionálnu lokalizáciu kontroly** od Wallstona a kolegov (1978), ktorá okrem interného a externého miesta kontroly má tiež **aspekt mocných druhých ako zdroja kontroly**.

Ďalším konceptom súvisiacim s vnímanou kontrolou je vnímaná **sebaúčinnosť** založená na teórii Alberta Banduru (1977). Ide o subjektívne presvedčenie v schopnosti kontrolovať a riadiť udalosti, presvedčenie, že ľudia sú schopní určovať a kontrolovať svoje vnútorné duševné stavy a ich správanie ovplyvňovať svoje prostredie a dosahovať žiaduce výsledky. Táto charakteristika je veľmi účinný nárazník proti stresu. Týka sa to kvality života, úspešného zvládania ťažkostí a schopnosti žiaduco modifikovať správanie súvisiace so zdravím (odvykanie od fajčenia, užívanie alkoholu). Lokalizáciu kontroly možno vnímať tak, že jednotlivec verí, že môže kontrolovať výsledky, zatiaľ čo pri

sebaúčinnosti môže byť považovaný za jednotlivca, ktorý verí, že má schopnosti na dosiahnutie požadovaných výsledkov.

Pre oblasť stresu a zvládania je dôležitý aj koncept **nádeje a beznádeje**, ktorý predstavili Snyder a kolegovia (1991). Nádej definovali ako vieru človeka, že si môže stanoviť, naplánovať a dosiahnuť ciele – nádej zdôrazňuje myslenie zamerané na cieľ. Existuje určité koncepčné prekrytie s optimizmom a sebaúčinnosťou, keďže všetky tieto konštrukty sa zameriavajú na individuálne zdroje, vysvetľuje Snyder, že nádej je o motivácii – agentúre – a ceste – ceste k dosiahnutiu cieľov. Aspekt **nádeje** opísal aj Folkman (Folkman a Moskowitz, 2000), pre ktorého bola nádej viac ako len o cieľoch, ale je aj o emóciách a hľadaní zmyslu. Koncept nádeje je jedným z tých, ktoré sa uvádzajú v rámci odboru známeho ako pozitívna psychológia, kde sa zameriavajú skôr na silné stránky, zdroje a schopnosti ľudí ako na ich patológiu, obmedzenia alebo negatívne emócie a myšlienky. Pozitívna psychológia ako odbor relevantný pre tému stresu, zvládania a súvisiacich zdravotných výsledkov zahŕňa okrem už spomínaných aj konštrukty ako pozitivita, šťastie a zmyslupnosť.

Zástancovia **pozitívnej psychológie** preto naznačujú, že je potrebné upustiť od negatív a zamerať sa na výhody pre zdravie a pohodu, ktoré ponúka pozitívne myslenie a konanie. Veria, že šťastie prispieva k tomu, čo Seligman (2003) nazýva žiaduci život – príjemný život, dobrý život a zmysluplný život. Príjemný život vzniká z toho, keď sa usilujeme o pozitívne emócie, dobrý život vzniká z bytia aj z robenia a zapojením sa do života a všetkých jeho aktivít, aby sme z neho dostali to najlepšie. **Zmysluplný život** je vtedy, keď svoje silné stránky a schopnosti využívame na to, aby sme vytvárali prospech nielen pre seba ale aj pre iných. S pozitívnou psychológiou úzko súvisí koncept zvládania založeného na hľadaní zmyslu, ktorý zahŕňa interpretáciu stresovej situácie osobne zmysluplným spôsobom. Zahŕňa pozitívnu reinterpretáciu, prijatie a používanie náboženstva a spirituality.

Už spomenuté, ale nie úplne popísané v tejto kapitole boli emócie a ich úloha, ktorú by mohli hrať pri zvládaní. Pokiaľ ide o emócie, môžeme rozlišovať medzi vyjadrenými emóciami, emocionálnym sebaodhalením a emocionálnym zvládnutím. **Vyjadrovanie emócií** možno vnímať ako ventiláciu negatívnych, ale aj pozitívnych emócií. **Emocionálne sebaodhalenie** ide o krok ďalej a zahŕňa odhalenie emocionálnych zážitkov, ktoré sa často dosahujú verbálnym alebo písomným opísaním skúsenosti. Napokon, **emocionálne zvládanie** možno vnímať ako schopnosť prežívať a zvládať negatívne emócie. Všetky tieto koncepty, zohrávajú svoju úlohu a pomáhajú ľuďom vyrovnávať sa so stresovými situáciami (Morrison a Bennett, 2016).

Teraz, keď sa vrátíme k našej pôvodnej otázke, môžete vidieť, že koncept zvládania nie je taký jednoduchý, ale veľmi zložitý problém s našimi osobnosťami, vedomosťami a emóciami, ktoré zohrávajú dôležitú, aj keď nie výlučnú úlohu, keďže sa očakáva, že do tohto obrazu vstúpia aj iné aspekty. Tu sa však zastavím, keďže práve tieto ďalšie aspekty, prevažne externé zdroje vo forme sociálnej opory prijímanej od iných, budú témami nasledujúcej kapitoly.

OTÁZKY

ZVLÁDANIE A STRATÉGIE ZVLÁDANIA

1.1. Zvládanie, čiže koping je

- A) cieľavedomá snaha človeka zmeniť stresor alebo spôsob, akým stresor interpretuje
- B) čokoľvek, čo človek robí, aby znížil vplyv vnímaného alebo skutočného stresora
- C) je to automatická reakcia, ktorá si nevyžaduje si vedomé úsilie človeka

1.2. "Premýšľal/a som o tom, čo je najlepšie urobiť, aby som problém vyriešil/a,, je príklad

- A) na emócie zameranej stratégie zvládania
- B) na problém zameranej stratégie zvládania
- C) vyhýbavej stratégie zvládania

1.3. "Povedal/a som ostatným ľuďom, ako sa cítim,, je príklad

- A) na emócie zameranej stratégie zvládania
- B) na problém zameranej stratégie zvládania
- C) maladaptívnej stratégie zvládania

1.4. "Príal/a som si, aby situácia zmizla alebo sa nikdy nestala,, je príklad

- A) na emócie zameranej stratégie zvládania
- B) na problém zameranej stratégie zvládania
- C) vyhýbavej stratégie zvládania

1.5. „Fajčil/a som cigarety, pil/a alkohol, bral/a lieky alebo iné drogy. “je príklad

- A) na emócie zameranej stratégie zvládania
- B) na problém zameranej stratégie zvládania
- C) maladaptívnej stratégie zvládania

MODERÁTORY STRESU - OSOBNOSŤ

2.1. Ktorá z dimenzií v rámci teórie veľkej pätky vo výskumoch preukázala konzistentný vzťah s negatívnymi výsledkami tak v súvislosti so stresom, ako aj so zdravím

- A) extravézia
- B) svedomitosť
- C) neuroticizmus

2.2. Ktorá z dimenzií v rámci teórie veľkej pätky vo výskumoch preukázala konzistentný vzťah s pozitívnymi výsledkami tak v súvislosti so stresom, ako aj so zdravím

- A) extravézia
- B) svedomitosť
- C) neuroticizmus

2.3. Autorom teórie „Sense of coherence“ je

- A) Eysenck
- B) Antonovský
- C) Rotter

2.4. Ktorý z nasledovných typov osobnosti bol rozsiahlo skúmaný vo vzťahu ku koronárnej chorobe srdca

- A) typ osobnosti A
- B) typ osobnosti C
- C) typ osobnosti D

2.5. Ktorý z nasledovných typov osobnosti bol rozsiahlo skúmaný vo vzťahu k rakovine

- A) typ osobnosti A
- B) typ osobnosti C
- C) typ osobnosti D

MODERÁTORY STRESU – KOGNÍCIE A EMÓCIE

3.1. Autorom teórie „Locus of control“ je

- A) Eysenck
- B) Antonovský
- C) Rotter

3.2. „Internal locus of control“ majú ľudia

- A) s aktívnym postojom k riešeniu problémov na základe vlastných schopností, príležitostí, možností a z vlastnej iniciatívy
- B) s postojom, že problém sa vyrieši sám, alebo ho niekto vyrieši za nich

3.3. „External locus of control“ majú ľudia

- A) s aktívnym postojom k riešeniu problémov na základe vlastných schopností, príležitostí, možností a z vlastnej iniciatívy
- B) s postojom, že problém sa vyrieši sám, alebo ho niekto vyrieši za nich

3.4. Autorom konceptu sebaúčinnosti je

- A) Bandura
- B) Eysenck
- C) Rotter

3.5. Autorom konceptu nádeje a beznádeje je

- A) Seligman
- B) Snyder
- C) Rotter

LITERATÚRA

1. Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality.
2. Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*.
3. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
4. Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler (eds) *Health Psychology: A handbook*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
5. Eysenck, H. J. (1970). The structure of human personality.
6. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647.
7. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
8. Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.
9. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.
10. Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer publishing company.
11. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
12. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of personality and social psychology*, 52(1), 81.
13. McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, 60(2), 175-215.
14. Morrison, V., & Bennett, P. (2016). *An introduction to health psychology*. Pearson Education.
15. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
16. Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1257.
17. Seligman, M. E. (2003). Fundamental assumptions. *Psychologist*, 16(3), 126.
18. Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, 162, 285-305.
19. Suls, J., & Martin, R. (2005). The daily life of the garden-variety neurotic: Reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *Journal of personality*, 73(6), 1485-1510.
20. Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.
21. Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.

VII. SOCIÁLNA OPORA

V predchádzajúcich kapitolách ste sa už dozvedeli o teóriách stresu, o vzťahu medzi stresom a vznikom ochorení, o existujúcich stratégiách zvládania ako aj o vplyve individuálnych aspektov na zvládanie stresu. V tejto kapitole sa dozviete viac o sociálnej opore, o sociálnej sieti a ich vplyve na zdravie, a bližšie si predstavíme vybrané teórie sociálnej opory. V úvode tejto kapitoly si povieme viac o teórii pripútania, teórii podporných sociálnych vzťahov, vrátane témy sociálnej integrácie a osamelosti, a v neposlednom rade o teórii sociálnej opory ako nárazníka pri zvládaní záťažových situácií. Predstavíme si tiež základné formy sociálnej opory a akými spôsobmi ju vieme u ľudí zmapovať a merať.

1. DEFINOVANIE SOCIÁLNEJ OPORY

ÚLOHA 1

Skôr ako začnete čítať, skúste sa zamyslieť nad týmito otázkami:

1. Aké sú výhody toho, keď človek nie je sám, má niekoho pri sebe?
2. Čo by vám chýbalo keby ste žili osamote?
3. Čo sú naše psychologické potreby, ktoré nemôžeme naplňať bez interakcie s inými ľuďmi?

Pri riešení ťažkých životných situácií sú dôležité vybrané osobnostné charakteristiky, ale i sociálna opora a to priamo i nepriamo napríklad tým, že ovplyvní spôsob zvládania ťažkostí. Sociálna opora sa tak stáva jedným z najdôležitejších faktorov modifikujúcich nepriaznivý vplyv rôznych negatívnych životných situácií na psychický a fyzický zdravotný stav človeka v rámci existujúcej, človeku dostupnej sociálnej siete.

Sociálna sieť, respektíve podporné sociálne vzťahy sú také dyadické medziľudské putá, z ktorých daný človek môže získať zdroje, ktoré mu môžu byť nápomocné pri zvládaní ťažkých životných situácií. Súbor takýchto vzťahov vytvára podpornú sociálnu sieť daného človeka. Sociálna sieť je teda súbor ľudí okolo danej osoby, s ktorými je, alebo bola táto osoba v sociálnom kontakte a od ktorých je možné očakávať, že by jej v prípade potreby poskytli určitú pomoc (Křivohlavý 2001). Prostredníctvom sociálnej siete, sociálnych väzieb je človeku poskytovaná sociálna podpora.

Pojem **sociálna opora** je multidimenzionálny, zachytávajúci podporné mechanizmy sociálneho prostredia a interakcie človeka. Môžeme ju charakterizovať ako súbor vzťahov, ktoré človek vníma ako subjektívne významné pre zachovanie vlastnej identity a psychickej rovnováhy. Podľa Křivohlavého (2001) je sociálna opora pomocou, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii. Definície tohto konštruktú sú však rozmanité a zachytávajú rôzne dimenzie tohto pojmu. Z toho dôvodu existujú rôzne prístupy k nazeraniu na sociálnu oporu.

Pri sociálnej opore je potrebné rozlišovať **objektívnu** (zvonku pozorovanú poskytnutú) sociálnu oporu a **subjektívnu** (danou osobou vnímanú) sociálnu oporu. Vonkajšiemu pozorovateľovi sa môže zdať, že osoba dostáva istý druh sociálnej opory, ale táto osoba ju nemusí vnímať ako sociálnu oporu a naopak niečo, čo pozorovateľ nerozpozná ako sociálnu oporu, môže táto osoba vnímať ako sociálnu oporu. Je rozdiel medzi **očakávanou** a **skutočne získanou** sociálnou oporou. Pri očakávanej opore ide o presvedčenie človeka v tiesni, že existujú ľudia, ktorí sú pripravení v prípade potreby pomôcť. Záleží na tom, ako táto osoba vníma svoje sociálne prostredie a vzťahy ľudí k nemu. Nakoľko má pocit, že je svojím sociálnym okolím akceptovaná, nakoľko si ju vážia, majú radi, sú ochotní v prípade potreby pre ňu niečo urobiť. Záleží teda na sociálnom začlenení osoby v tiesni (Morrison a Bennett, 2016).

Veľmi blízko k vyššie uvedenému má pojem **dosiahnuteľnosť sociálnej opory**, teda subjektívna predstava osoby o tom, aký druh sociálnej opory by jej bol poskytnutý, keby sa dostala do ťažkej situácie. Interpretácia sociálnej opory príjemcom závisí v mnohom na predchádzajúcich skúsenostiach, na tom, čo očakávala a čo dostala a pod. Osoba v tiesni si môže byť vedomá toho, že jej niekto chce niečím pomôcť, to ale ešte neznamená, že má z tejto pomoci úžitok. Zhodnotenie primeranosti sociálnej opory je osobnou vecou príjemcu sociálnej opory (Morrison a Bennett, 2016).

ÚLOHA 2

Skôr ako budete pokračovať v čítaní, skúste sa zamyslieť nad nasledovnou otázkou:

Je každá poskytnutá sociálna opora nápomocná (primeraná)?

Nie každá (i dobre mienená) poskytnutá sociálna opora je nápomocná. Príkladom môže byť nadmerná pomoc, ktorá zbavuje osobu v núdzi možnosti vysporiadať sa s ťažkou situáciou, samostatnosti, nezávislosti v situácii, keď to nie je nevyhnutné. Napríklad v starostlivosti o starého človeka môže byť nadmerná pomoc, opora škodlivá, ubližujúca. Znižuje samostatnosť, aktivitu starého človeka. Vyvoláva pocit bezmocnosti, závislosti. Zbavuje ho pocitu samostatnosti, nezávislosti. Uberá na jeho sebaúcte. A tým znižuje i kvalitu života starého človeka (nezávislosť je jedným z hlavných faktorov kvality života starých ľudí). Iným príkladom je nevhodná forma pomoci. Deje sa to tam, kde forma pomoci nezodpovedá potrebám osoby v núdzi. Mnohokrát sa zabúdame zamyslieť nad tým, čo vlastne osoba v núdzi potrebuje. Zabúdame sa jej opýtať o akú formu pomoci stojí. Rozšírená predstava o tom, čo osoba v danej situácii potrebuje sa nemusí zhodovať s tým, o čo táto osoba v jej konkrétnej situácii stojí (Morrison a Bennett, 2016).

2. FORMY SOCIÁLNEJ OPORY

V literatúre (Křivohlavý, 2001, Morrison a Bennett, 2016) sa najčastejšie stretávame s rozdelením na nasledovné typy sociálnej opory, emocionálnu, inštrumentálnu a informačnú sociálnu oporu, ktoré si predstavíme bližšie.

2.1 Emocionálna sociálna opora

Emocionálna opora je ponuka empatie, záujmu, náklonnosti, lásky, dôvery, prijatia, intimity, povzbudenia alebo starostlivosti, čiže **vyjadrenie emocionálnej blízkosti**. Je to láskavé správanie, ktorým je prejavovaná náklonnosť i starostlivosť, ktorú poskytujú zdroje sociálnej opory. Poskytnutie emocionálnej opory dáva človeku **pocit, že je cenný**. Emocionálnu sociálnu oporu reprezentujú nasledovné príklady:

- Utešili ťa nejakým prejavom fyzickej náklonnosti.
- Povedali ti, že budú vždy nablízku ak ich budeš potrebovať.
- Prejavili záujem (znepokojenie) o tvoju pohodu.
- Povedali, že sú s tebou spriaznení.
- Vtipkovali a podpichovali ťa, aby ťa rozosmiali.

2.2 Inštrumentálna sociálna opora

Inštrumentálna (hmotná) opora je poskytovanie finančnej pomoci, materiálnych tovarov alebo služieb. Táto forma sociálnej opory zahŕňa **konkrétne, priame spôsoby**, akými ľudia pomáhajú iným. Ide o veľmi konkrétnu formu pomoci. Iniciatíva nevychádza od človeka v tiesni, ale od druhého človeka, ktorý sa z vlastnej vôle rozhodne pomôcť osobe v tiesni. Príkladom inštrumentálnej sociálnej opory je nasledovné:

- Postarali sa o člena rodiny, keď si bol preč.
- Strážili tvoj majetok počas tvojej neprítomnosti.
- Išli s tebou za niekým, kto mohol niečo urobiť.

- Dali ti potrebné peniaze.
- Poskytli ti odvoz, keď si ho potreboval.
- Požičali, alebo dali ti niečo, čo si potreboval.
- Poskytli ti miesto, kde si mohol zostať.

3.3 Informačná sociálna opora

Informačná opora je poskytovanie rád, usmernení, návrhov alebo užitočných informácií, ktoré by mohli byť osobe v tiesni nápomocné, majú **potenciál pomôcť iným vyriešiť problém alebo pomáhajú pri orientácii v situácii**, do ktorej sa osoba dostala. Takúto radu môžu poskytnúť ľudia, ktorí majú s obdobnou situáciou osobnú skúsenosť, alebo sú profesionálnymi poradcami. Patrí tu i vypočutie osoby v tiesni, venovanie pozornosti a vypočutie jeho potrieb, predstáv o tom, čo by bolo možné urobiť, keďže takýmto konaním sa vytvára priestor na to utriediť si myšlienky a rozhodnúť sa. Informačnú sociálnu oporu reprezentujú nasledovné príklady:

- Povedali ti, čo robili oni v ťažkej situácii, podobnej, v akej si práve bol.
- Rozprávali sa s tebou o veciach, ktoré boli pre teba v tej chvíli dôležité, zaujímavé.
- Pomohli ti určiť si ciele.
- Ujasnili ti, čo sa od teba očakáva.
- Poskytli ti informácie, ktoré ti pomohli pochopiť situáciu, v ktorej si sa nachádzal.
- Pomohli ti pochopiť, prečo niečo nerobíš dobre.
- Vypočuli ťa, keď si sa potreboval vyzroprávať o osobných pocitoch, zážitkoch.
- Povedali ti, ako sa cítili v podobnej situácii.

3. TEÓRIE SOCIÁLNEJ OPORY

Pochopenie konceptu sociálnej opory je úzko prepojené na viacero existujúcich teórií. V tejto kapitole sa budeme bližšie venovať dvom z nich, **teórii pripútania a vzťahovej väzby** a **teórii podporných sociálnych vzťahov**.

3.1 Teória pripútania a teória vzťahovej väzby

Pojem pripútanie označuje pevnú a trvalú sociálnu väzbu. Autorom teórie pripútania je Bowlby (1979), ktorý sledoval pripútanie medzi dieťaťom a matkou a všimol si aj krízové rodinné situácie, kedy bola vytvorená pevná väzba medzi matkou a dieťaťom náhle prerušená (napr. úmrtím matky). Pevná väzba vzniká nielen medzi dieťaťom a matkou, ale aj medzi inými blízkymi ľuďmi dieťaťa. Křivohlavý (2001) hovorí o dôsledkoch prerušenej pevnej vzťahovej väzby napr. medzi súrodencami. Jedným z výsledkov teórie pripútania je fakt, že charakter ranných pripútaní má vplyv nielen na vnímanie seba a spoločnosti (Bowlby, 1979), ale aj na sociálne kompetencie a následné medziľudské vzťahy (Collins, Read, 1990).

Teóriu pripútania alebo teóriu vzťahovej väzby, podľa ktorej má každé dieťa evolučne danú pudovú tendenciu naviazať sa na matku alebo materskú osobu, ktorá mu môže zabezpečiť ochranu a bezpečie, koncipoval **John Bowlby** a neskôr ju zdokonalila **Mary Ainsworthová**. John Bowlby pritom vychádzal z experimentov **Harryho Harlowa**, ktoré predstavovali veľký prielom v chápaní matky, ktorej úloha dovtedy bola len v uspokojovaní základných biologických potrieb, ako kŕmenie, prebaľovanie, zabezpečenie tepla a pod.

Experimenty Harryho Harlowa

Harlow študoval opičie mláďatá, ktoré boli vychovávané dvomi druhmi opičích matiek - obe boli atrapy vytvorené z drôtov. Jedna z nich bola pokrytá príjemnou tkaninou bežne používanou k výrobe uterákov – froté, druhá atrapa však bola vytvorená len z drôtov. Drôtená matka však mala v sebe zabudovanú fľašu mlieka, čiže plnila funkciu kojenia. Napriek tomu, že froté matka nekojila, mláďa trávilo väčšinu času pri nej.

Ďalšia fáza experimentu spočívala v zastrašovaní opičích mláďat v klietke. Vždy keď bolo mláďa opice vystrašené, utekalo k froté matke a objalo ju namiesto matky, ktorá mu poskytovala jedlo. Podobne, vo chvíli, keď bol do klietky vložený neznámy predmet, mláďatá zostali najskôr pritisnuté k froté matke a až potom sa odvážili predmet preskúmať. Opice, ktoré boli zatvorené v miestnosti bez svojej froté matky, sa správali iným spôsobom, skameneli strachom, začali nariekať, čupli si alebo si začali cmúľať palec. Iné začali nariekať a behať od objektu k objektu, hľadajúc svoje froté matky. Prítomnosť drôtenej matky v neznámej miestnosti nepredstavovala žiadnu zmenu – opice boli rovnako nešťastné i vtedy. Harlowove experimenty ukázali, že emócie vo výchove dieťaťa hrajú veľmi dôležitú rolu a že matkina starostlivosť a láska puto medzi dieťaťom a matkou posilňuje.

Bowlby (1979) rozlišuje sociálne pripútanie ako pevnú vzťahovú väzbu, ktorá zabezpečuje a saturuje človeku potrebu blízkosti a bezpečia a sociálnu závislosť jedného človeka na druhom. Predpokladá sa, že vzťahové väzby majú pozitívny vplyv na vývin človeka v celej dĺžke jeho života, pretože hlavne v období dôležitých životných zmien poskytujú emočnú podporu a pocit blízkosti (Bowlby, 1982). Dá sa predpokladať, že potreba sociálnej opory je do určitej miery sýtená práve potrebou pripútania - potrebou blízkych osôb v sociálnej sieti. Ako uvádza Křivohlavý (2001), v rámci ďalšieho Bowlbyho bádania sa ukázalo, že jav sociálneho pripútania (v určitom zmysle chápaný ako „potreba úprimného osobného bezprostredného priateľstva“) je veľmi dôležitý faktor nielen u detí, ale i u dospelých. Mení sa však forma saturovania potreby sociálnej opory a blízkosti. Teda potreba fyzickej blízkosti „vzťahového“ človeka v detstve je v dospelosti nahradená viac menej symbolickými zdrojmi najmä vo forme uznania a ocenenia.

Dieťa má **vrodenú potrebu pripútať sa k jednej hlavnej vzťahovej osobe**, v zmysle osoby, ktorá sa o dieťa stará (matka alebo iná materská osoba, sú prípady keď to bolo zvierá) a malo by dostať nepretržitú starostlivosť od tejto osoby počas **prvých dvoch rokov života**. Dlhodobé **dôsledky materskej deprivácie** môže zahŕňať delikventné správanie, znížené kognitívne schopnosti, zvýšenú agresivitu, depresiu. Bowlby (2010) študoval vzájomný vzťah medzi matkou a dieťaťom, a najmä situácie, v ktorých bolo toto puto prerušené. Zaviedol pojem pripútanie, ktoré označuje pevnú a trvalú sociálnu väzbu. Podľa tejto teórie krátkodobá separácia od vzťahovej osoby vedie k distresu, ktorý má tri fázy:

- 1. Fáza protestu (protest)** je charakterizovaná aktívnym zápasom za obnovenie kontaktu s matkou, dieťa hlasno narieka. Dieťa pri odchode rodiča plače, kričí a zlostne protestuje. Snaží sa zadržať rodiča alebo ostať v jeho blízkosti.
- 2. Fáza zúfalstva (despair)** je charakterizovaná nárastom beznádeje, dieťa je uzavreté a pasívne, monotónne plače, je v stave hlbokého smútku. Protestovanie dieťaťa začína ustávať a zdá sa, že je

pokojnější, hoci je stále rozrušené. Dieťa odmieta pokusy ostatných o zblíženie a často sa zdá byť uzavreté a o nič sa nezaujíma.

3. Fáza citového odcudzenia (detachment), alternatívne označovaná „uzavretosť“ (**withdrawal**) je zdanlivo vnímaná ako uzdravenie, dieťa začne komunikovať a hrať sa, no svoje pocity a túžby obracia k materiálnym veciam, hračkám či jedlu. Ak odlúčenie pretrváva, dieťa sa začne pokúšať o zapojenie do vzťahov s inými ľuďmi a môže odmietať „matku“, prejavovať zlosť, keď sa „matka“ vráti. Svoje túžby a pocity obracia k materiálnym veciam.

Vzťah dieťaťa so vzťahovou osobou vedie k rozvoju vnútorného pracovného **modelu, ktorý je kognitívnym rámcom pre porozumenie sveta, seba a iných.** Vzťahová osoba sa stáva akýmsi prototypom pre budúce vzťahy, sociálne správanie práve prostredníctvom tohto vnútorného modelu. Podľa neho dieťa hodnotí, či sú ostatní v jeho okolí dôveryhodní, či vníma svoju hodnotu. V sociálno-psychologickej praxi sa môžeme stretnúť s viacerými označeniami a vymedzeniami vzťahovania sa v dospelosti, nami používané je nasledovné (Bartholomew, 1990):

1. bezpečné (secure): pozitívny obraz o sebe a presvedčenie, že je hodný lásky sa kombinuje s pozitívnymi očakávaniami, že druhí budú vo všeobecnosti akceptujúci a citliví, sú spokojní s intimitou a zblížovaním sa vo vzťahoch;

2. neisté (insecure) dištancované, odmietajúce – vyhýbavé (dismissing-avoidant): pozitívny obraz o sebe a viera, že je hodný lásky, v kombinácii s očakávaniami, že signifikantní druhí budú požadovační, lipnúci a závislí; títo ľudia sa vyhýbajú blízkosti vo vzťahoch v dôsledku negatívnych očakávaní od druhých, avšak udržiavajú v sebe zmysel vlastnej hodnoty na úkor popierania hodnoty blízkych vzťahov s druhými;

3. úzkostné, ustarostené (anxious, preoccupied): negatívny obraz o sebe a verí, že nie je hodný lásky, v kombinácii s pozitívnym hodnotením druhých, v zmysle ich pozitívnych vlastností, sily a nezávislosti; úzkostne vyhľadávajú prijatie a potvrdenie od druhých ľudí s tým, že budú môcť dosiahnuť pocit bezpečia, len ak druhí na nich budú vhodne reagovať;

4. obávajúce sa – vyhýbavé (fearful-avoidant): negatívny obraz o sebe kombinovaný so skepticizmom, či možno signifikantným ľuďom dôverovať, že budú milujúci a dostupní, sú vysoko závislí na prijatí druhými ľuďmi, avšak v dôsledku svojich negatívnych očakávaní vyhýbajú sa blízkosti, intimitate vo vzťahoch, aby tým odvrátili bolesť z odmietnutia alebo straty (Hašto, 2005).

3.2 Teória podporných sociálnych vzťahov, sociálnej integrácie, sociálnej izolácie a osamelosti

ÚLOHA 3

Predtým, ako sa posunieme k ďalšej teórii, skúste sa zamyslieť. S kým sa zvyknete porozprávať a poradiť ak máte...

... zdravotné problémy

... problémy vo vzťahoch

... potrebujete urobiť dôležité rozhodnutia o budúcnosti

... problémy v škole, v práci

... ste smutní, potrebujete povzbudenie

Miera sociálnej opory súvisí s **kvalitou podporných sociálnych vzťahov**. Podľa teórie podporných sociálnych vzťahov, samotná existencia sociálnej siete poskytuje istú mieru sociálnej opory, pričom miera sociálnej opory súvisí s kvalitou podporných sociálnych vzťahov. **Sociálna sieť** je súbor ľudí okolo danej osoby v reálnom alebo virtuálnom kontakte, ktoré sú potenciálnym zdrojom sociálnej opory. Podporné sociálne vzťahy vyskytujúce sa v takejto sociálnej sieti môžu nadobúdať nasledovné charakteristiky (Pierce, Sarason, Sarason, 1991):

1. Miera pomoci – Do akej miery sa môže daná osoba spoľahnúť na inú osobu? Nakoľko dôveruje tomu, že jej v prípade pomoci táto osoba pomôže? Do akej miery sa môžete spoľahnúť na túto osobu, keď máte určitý problém?

2. Hĺbka vzájomných vzťahov – Ako veľmi dôležitý je tento vzťah pre danú osobu? Nakoľko jej je oddaná? Ako dôležitý je vzťah s touto osobou pre vás?

3. Miera medzilidských konfliktov – Aký je rozsah negatívnych faktorov, ktoré v styku s danou osobou vedú k zlosti? Ako často vás táto osoba nahnevá?

Sociálna opora sa však netýka len interakcie vo dvojici, ale stretávame sa s ňou aj v širšom rámci. Participáciu v širokom spektre sociálnych vzťahov nazývame **sociálnou integráciou** a zahŕňa **dva komponenty**:

1. behaviorálny - aktívne zapájanie sa do širokého spektra spoločenských aktivít alebo vzťahov

2. sociálny - zmysel pre komunitu a identifikácia so sociálnymi rolami

Sociálna integrácia podporuje **pozitívne psychologické javy** (napr. identitu, sebahodnotu), ktoré vyvolávajú **fyziológické reakcie podporujúce zdravie**. Poskytuje **informácie** a je **zdrojom motivácie** a **sociálneho tlaku** k starostlivosti o seba. Vyššia integrácia do sociálnej skupiny, participácia na spoločenskom živote robí ľudí **flexibilnejšími a odolnejšími** pri zvládaní ťažkostí. Nedostatočná sociálna integrácia sa často označuje ako **sociálna izolácia**. Emocionálnu odpoveď na túto izoláciu nazývame **osamelosťou** a zahŕňa obavy z nedostatku kontaktov, blízkosti s ostatnými a to v danej chvíli, ale aj v budúcnosti. V rámci osamelosti je následne možné odlišovať (Russel a kol. 1984):

1. sociálnu osamelosť - fyzická absencia zmysluplných ľudí okolo, skúsenosť s nedostatkom širšej sociálnej siete, chýbajúci pocit začlenenenia sa do komunity, chýbanie priateľov alebo spojencov, na ktorých sa môžu spoľahnúť v čase núdze

2. emocionálnu osamelosť - dôsledok rozchodu, rozvodu alebo straty akéhokoľvek dôležitého dlhodobého vzťahu vyplývajúci zo straty konkrétnej osoby, a z vylúčenia zo sociálnych sietí spôsobených nejakou udalosťou alebo smútkom s ňou spojeným.

4. VPLYV SOCIÁLNEJ OPORY NA ZDRAVIE

Sociálna opora je považovaná za jeden z dôležitých faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať negatívny vplyv rôznych životných udalostí na psychické aj fyzické zdravie človeka. **Priamy vplyv sociálnej opory** predpokladá, že sociálna opora má pozitívny vplyv na zdravie bez ohľadu na životnú situáciu. **Teória sociálnej opory ako „nárazníka“** predpokladá, že sociálna opora sa aktivuje (mobilizuje) len v situácii, keď je osoba vystavená stresorom, pretože funguje ako nárazník čeliaci stresu, tlmiaci nežiaduci vplyv stresu na zdravie. V takejto situácii sociálna opora pomáha osobe lepšie zvládnuť situáciu a

predchádzať stresu. Zvládanie tiež závisí od osobnostných charakteristík a tie môžu byť kľúčové vzhľadom na dopady stresujúcich situácií na zdravie (Morrison a Bennett, 2016).

4.1 Priamy vplyv sociálnej opory na zdravie

V prípade **priameho vplyvu sociálnej opory** na zdravie je dôležité zobrať do úvahy tri možné spôsoby vplyvu (Uchino, 2006):

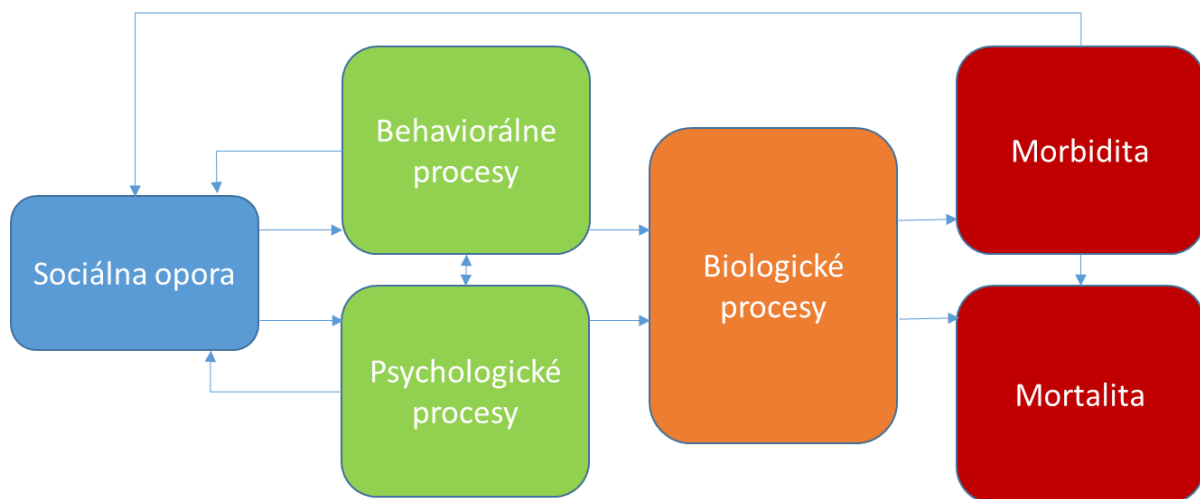
a. behaviorálny spôsob - sociálna opora ovplyvňuje so zdravím súvisiace správanie človeka ako je napríklad užívanie liekov, zdravé stravovanie, nefajčenie

b. psychologický spôsob - sociálna opora ovplyvňuje mentálne zdravie prostredníctvom faktorov ako sebaúcta, sebaúčinnosť, kde vnímanie sociálnej opory posilňuje kopingové schopnosti človeka, a tak redukuje stres a jeho negatívne fyziologické dopady na zdravie

c. fyziologický spôsob - znížená stresová reaktivita pozorovaná cez kardiovaskulárnu reaktivitu a neuroendokrinné a imunitné reakcie

Potencionálny mechanizmus ako môže sociálna opora ovplyvniť zdravie, zapája do tohto vzťahu aj fyziologické procesy. Podľa naznačeného modelu, je sociálna opora spojená so zmenami v kardiovaskulárnych, neuroendokrinných a imunitných funkciách prostredníctvom behaviorálnych a psychologických procesov, ktoré ďalej ovplyvňujú morbiditu a úmrtnosť chorôb (Morrison a Bennett, 2016).

OBRÁZOK 1 Model zvyrazňujúci potenciálne cesty spájajúce sociálnu podporu s fyzickým zdravím (Uchino, 2006)



4.2 Teória sociálnej opory ako nárazníka

Teória sociálnej opory ako nárazníka vychádza z predpokladu, že jej vplyv nie je prítomný neustále, bez ohľadu na okolnosti. Predpokladaný nárazníkový efekt sa z pohľadu tejto teórie vyskytuje iba vtedy, keď je **osoba vystavená stresorom**, ako sú negatívne životné udalosti a trvalejšie nepriaznivé udalosti. V tomto prípade má sociálna podpora pomôcť človeku lepšie sa vyrovnáť so situáciou, a tým predchádzať stresu (Morrison a Bennett, 2016). V nadväznosti na uvedené niektorí autori predpokladajú, že sociálna podpora je obzvlášť dôležitá, keď je jedinec vystavený stresu, pretože

funguje ako nárazník čeliaci stresu, tlmiaci nežiaduci vplyv stresu na zdravie. Tento tlmivý vplyv sa môže prejavovať rôznym spôsobom (Křivohlavý, 2001):

a. modifikácia kognitívnych aspektov - objasnenie situácie a možných riešení prostredníctvom počúvania osoby v núdzi a poskytovania informácií, zmena jeho/jej interpretácie hrozby alebo ujmy spôsobenej situáciou

b. posilnenie sebaúcty - sociálna opora môže zvýšiť sebaúctu, môže byť povzbudením, môže ovplyvniť subjektívne vnímanie vlastnej kompetencie, presvedčenie, že situáciu dokáže zvládnuť (sebaúcta, sebaúčinnosť)

c. ovplyvňovanie rozhodovania o kopingovej stratégii- prítomnosť sociálnej opory zvyšuje pravdepodobnosť voľby stratégie aktívneho riešenia situácie napríklad aktívne riešenie problému namiesto vyhýbania sa alebo popierania

d. zníženie nežiaducich účinkov stresu, prípadne ich odstránenie – sociálna opora pomáhajúca s odstránením stresoru napríklad odvedenie agresora z blízkosti obeť

OTÁZKY

FORMY SOCIÁLNEJ OPORY

1.1. „Dal/a ti najavo, že bude vždy nablízku, keď to budeš potrebovať“ je

- A) informačná forma sociálnej opory
- B) inštrumentálna forma sociálnej opory
- C) emocionálna forma sociálnej opory

1.2. „Poskytol/poskytla ti odvoz, keď si potreboval/a“ je

- A) informačná forma sociálnej opory
- B) inštrumentálna forma sociálnej opory
- C) emocionálna forma sociálnej opory

1.3. „Poskytol/poskytla ti informácie, ktoré ti pomohli pochopiť situáciu, v ktorej si sa nachádzal/a“ je

- A) informačná forma sociálnej opory
- B) inštrumentálna forma sociálnej opory
- C) emocionálna forma sociálnej opory

1.4. Informačná forma sociálnej opory je

- A) ponuka empatie, záujmu, náklonnosti, lásky, dôvery, prijatia, intimity, povzbudenia
- B) poskytovanie finančnej pomoci, materiálnych tovarov alebo služieb
- C) poskytovanie rád, usmernení, návrhov alebo užitočných informácií

1.5. Inštrumentálna forma sociálnej opory je

- A) ponuka empatie, záujmu, náklonnosti, lásky, dôvery, prijatia, intimity, povzbudenia
- B) poskytovanie finančnej pomoci, materiálnych tovarov alebo služieb
- C) poskytovanie rád, usmernení, návrhov alebo užitočných informácií

1.6. Emocionálna forma sociálnej opory je

- A) ponuka empatie, záujmu, náklonnosti, lásky, dôvery, prijatia, intimity, povzbudenia
- B) poskytovanie finančnej pomoci, materiálnych tovarov alebo služieb
- C) poskytovanie rád, usmernení, návrhov alebo užitočných informácií

TEÓRIA PRIPÚTANIA/TEÓRIA VZŤAHOVEJ VAZBY

2.1. Autorom teórie pripútania/teórie vzťahovej väzby je

- A) Bowlby
- B) Ainsworthová
- C) Harlow

2.2. Autorom experimentov s opičiami mláďatami bol

- A) Bowlby
- B) Ainsworthová
- C) Harlow

2.3. Krátkodobá separácia od vzťahovej osoby vedie k distresu, ktorý ma tri fázy

- A) fáza alarmu, fáza zúfalstva, fáza citového odcudzenia
- B) fáza protestu, fáza zúfalstva, fáza citového odcudzenia
- C) fáza protestu, fáza rezistencie, fáza citového odcudzenia

2.4. Fáza protestu v rámci krátkodobej separácie od vzťahovej osoby

- A) je charakterizovaná aktívnym zápasom za obnovenie kontaktu s matkou
- B) je alternatívne označovaná aj ako „uzavretosť“
- C) je charakterizovaná beznádejou, dieťa je uzavreté a pasívne, monotónne plače

2.5. Fáza zúfalstva v rámci krátkodobej separácie od vzťahovej osoby

- A) je charakterizovaná aktívnym zápasom za obnovenie kontaktu s matkou
- B) je alternatívne označovaná aj ako „uzavretosť“
- C) je charakterizovaná beznádejou, dieťa je uzavreté a pasívne, monotónne plače

TEÓRIA PODPORNÝCH SOCIÁLNYCH VZŤAHOV/ SOCIÁLNA INTEGRÁCIA, SOCIÁLNA IZOLÁCIA A OSAMELOSŤ

3.1. Medzi charakteristiky podporných sociálnych vzťahov patrí

- A) miera pomoci
- B) miera extravenzie
- C) miera neuroticizmu

3.2. Participácia v širokom spektre sociálnych vzťahov je

- A) sociálna izolácia
- B) sociálna integrácia
- C) osamelosť

3.3. Osamelosť je

- A) kognitívnu reakciu na sociálnu izoláciu
- B) emocionálnu reakciu na sociálnu izoláciu
- C) behaviorálnu reakciu na sociálnu izoláciu

3.4. V rámci osamelosti rozlišujeme

- A) sociálnu a emocionálnu osamelosť
- B) sociálnu a behaviorálnu osamelosť
- C) emocionálnu a behaviorálnu osamelosť

VPLYV SOCIÁLNEJ OPORY NA ZDRAVIE

4.1. Priamy vplyv sociálnej opory na zdravie predpokladá, že

- A) sociálna opora sa aktivuje len v situácii, keď je osoba vystavená stresorom
- B) sociálna opora má pozitívny vplyv na zdravie bez ohľadu na životnú situáciu

4.2. Nárazníkový vplyv sociálnej opory na zdravie predpokladá, že

- A) sociálna opora sa aktivuje len v situácii, keď je osoba vystavená stresorom
- B) sociálna opora má pozitívny vplyv na zdravie bez ohľadu na životnú situáciu

4.3. Priamy vplyv sociálnej opory prebieha

- A) kognitívnym spôsobom
- B) fyziologickým spôsobom
- C) psychologickým spôsobom
- D) behaviorálnym spôsobom

4.4. Fyziologický spôsob priameho vplyvu sociálnej opory sa deje v rámci

- A) imunitného systému
- B) neuroendokrinného systému
- C) kardiovaskulárneho systému
- D) gastrointestinálneho systému

LITERATÚRA

1. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
2. Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
3. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
4. Bowlby, E. J. M. (2010). *Separation: Anxiety and anger: Attachment and loss Volume 2* (Vol. 2). Random House.
5. Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
6. Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín, Vydavateľstvo F.
7. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
8. Morrison, V., & Bennett, P. (2016). *An introduction to health psychology*. Pearson Education.
9. Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028–1039.
10. Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 46(6), 1313.
11. Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29, 377-387.

BYŤ CHORÝ

VIII. CHOROBA

V predchádzajúcich kapitolách ste sa dozvedeli o tom, ako si ľudia definujú zdravie a chorobu, aké majú predstavy o tom, čo ešte je a čo už nie je zdravie, ako sa navzájom líšia v svojich laických teóriách zdravia, ale aj aké modely zdravia používajú odborníci. Táto kapitola bude venovaná symptómom, chorobe a zdravotnému postihnutiu. Dozviete sa viac o tom, ako vieme, že sme ochoreli, či všetci reagujeme rovnako na rovnaké symptómy, čo ovplyvňuje to, ako vnímame a interpretujeme symptómy, či sa menia naše predstavy, presvedčenia o chorobách počas života, či teda vnímame symptómy a ochorenie inak, keď sme mladí a inak, keď sme starí, čo ovplyvňuje to, ako vnímame a interpretujeme symptómy aj naše konanie, teda to, či vyhľadáme alebo nevyhľadáme pomoc, kedy ju vyhľadáme a akú pomoc vyhľadáme. Podrobnejšie sa budeme venovať sociálnemu modelu choroby, ktorý nám pomáha porozumieť, prečo tá istá zdravotná situácia nie je to isté pre rôznych ľudí v rôznych kontextoch, ale aj niečo o kompenzačných pomôckach. Odpovede na tieto otázky nám pomáhajú pochopiť, ako ľudia reagujú na symptómy, ako sa vyrovnávajú s ochorením a ako pristupujú k zdravotníckej starostlivosti.

1. SYMPTÓMY

1.1 Vnímanie symptómov

Ochorenie vyvoláva zmeny v telesných funkciách, ktoré môžeme vnímať alebo ktorých dôsledky môže niekto na nás spozorovať. Môžeme vnímať bolesť hlavy alebo nás niekto upozorní, že sme bledí, alebo máme vyrážky na koži. Niektoré zmeny telesných funkcií či symptómy spozorujeme ľahšie, iné si nemusíme všimnúť. Ľahšie si všimneme časté močenie, krv v moči, bolesť alebo nauzeu, ale nemusíme si všimnúť mierne zvýšenú teplotu alebo únavu. Ľudia v okolí môžu zase ľahšie spozorovať zmeny v telesnej hmotnosti, bledosť, krívanie, triašku. Rozlišujeme **subjektívne** a **objektívne telesné symptómy**. Napr. nauzea je subjektívny symptóm, kým zvracanie je objektívny symptóm. V priebehu dňa temer nepretržite vnímame nejaké **telesné symptómy** respektíve pocity, ale za **symptómy ochorenia** ich považujeme až vtedy, keď ich prisudzujeme ochoreniu. Môžeme napríklad vnímať, že nám je horúco, ale zvažujeme, či tento telesný symptóm prisúdiť pobytu v saune, telesnému cvičeniu alebo ho interpretovať ako symptóm ochorenia, teda horúčku.

ÚLOHA 1

Zamyslite sa, či ste v uplynulom mesiaci trpeli nejakou zdravotnou ťažkosťou. Ku každej uvedenej zdravotnej ťažkosti napíšte, či ste ňou v uplynulom mesiaci trpeli (teda áno alebo nie). Koľko ťažkostí ste označili? Skúste si spomenúť, ako ste na zdravotnú ťažkosť reagovali. Vyberte jednu z nasledujúcich možností:

- (1) Ignoroval som to, lebo to obvykle prejde
- (2) Spozornel som a sledoval som symptóm
- (3) Vzal som si voľne predajný liek
- (4) Užil som liek na predpis
- (5) Použil som svoj osvedčený spôsob liečby
- (6) Zavolať som niekomu, aby som sa poradil
- (7) Navštívil som lekára

TABUĽKA 1 Výskyt symptómov

	Trpeli ste v uplynulom mesiaci uvedenou ťažkosťou?	Ako ste na ťažkosť reagovali? 1-7
A. Horúčka	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
B. Nevoľnosť	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
C. Bolesť hlavy	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
D. Triaška	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
E. Stuhnuté kĺby	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
F. Výrazná únava	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
G. Bolesť chrbta	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
H. Závraty	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
I. Bolesť brucha	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
J. Poruchy videnia	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
K. Vlhký kašeľ	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
L. Bolesť hrdla	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
M. Dýchavičnosť	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
N. Bolesť na hrudníku	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	

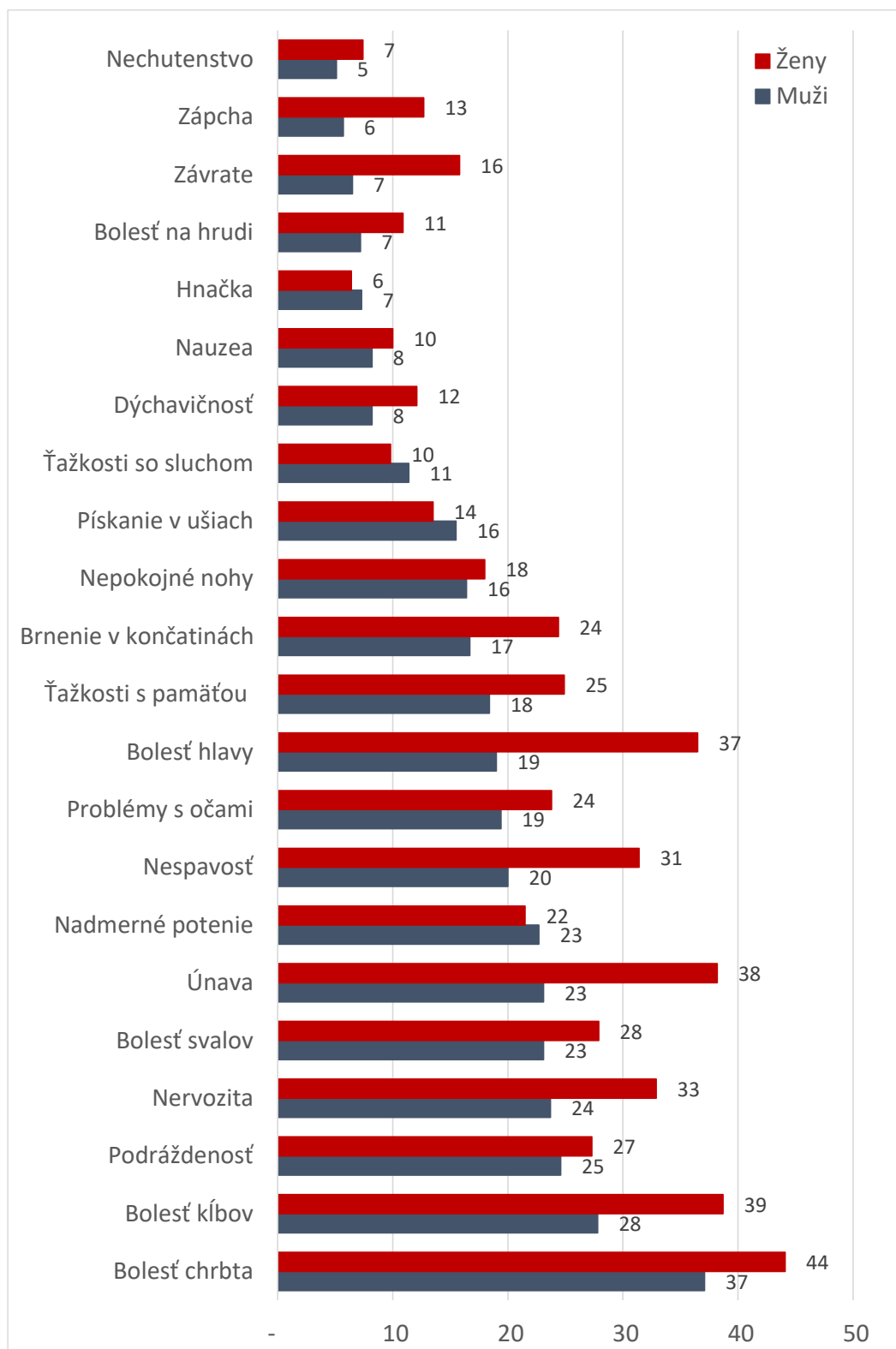
Výskyt symptómov

Podobnú otázku, ako bola v úlohe 1 položili v roku 2011 výskumníci Slovincom (n=1002) starším ako 16 rokov (Klemenc-Ketis Z. a kol. 2013), pričom 71% opýtaných mužov a 85% opýtaných žien uviedlo, že trpeli v uplynulom mesiaci aspoň jedným z uvedených symptómov (viď. obrázok 1). Muži reportovali 4 a ženy 5 symptómov v priemere (4.9 ± 3.9 vs. 3.6 ± 3.8). Najčastejšie to bola bolesť chrbta, bolesť kĺbov a u mužov tiež podráždenosť, nervozita, bolesť svalov a únava, kým u žien tiež únava, bolesti hlavy, nervozita a nespavosť. Ženy častejšie ako muži reportovali bolesť hlavy, bolesť kĺbov, únavu, nespavosť. Starší respondenti reportovali symptómy častejšie. Ale napríklad kým prevalencia bolesti chrbta alebo kĺbov bola v každej staršej vekovej skupine vyššia oproti mladším vekovým skupinám, únava bola symptómom, ktorého prevalencia sa v rôznych vekových skupinách nelíšila a prevalencia bolesti hlavy bola v rôznych vekových skupinách rôzna a nemala lineárnu súvislosť s vekom.

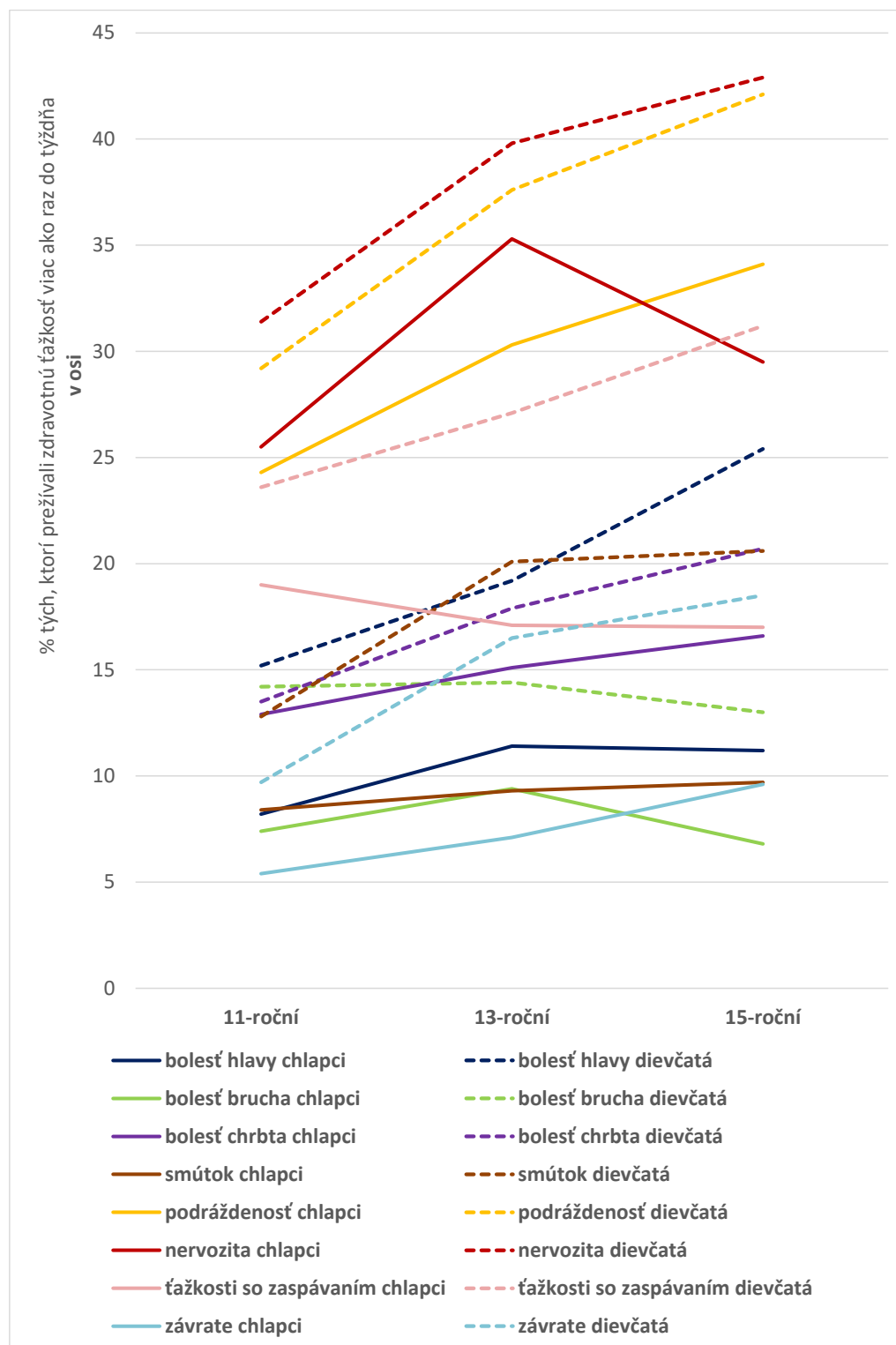
Telesné symptómy respektíve zdravotné ťažkosti za uplynulý mesiac mapuje každé štyri roky v reprezentatívnych skupinách 11-, 13- a 15-ročných školákov viac ako 40 krajín štúdia Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Zo štúdie HBSC realizovanej v roku 2018 na Slovensku vyplýva, že približne 30% chlapcov a viac ako 40% dievčat reportovalo, že za uplynulý mesiac trpeli najmenej dvoma zdravotnými ťažkosťami aspoň raz do týždňa (Madarasová Gecková a kol. 2018). Najčastejšie uvádzali nervozitu a podráždenosť a v skupine starších dievčat i problémy so zaspávaním a bolesť hlavy (viď. obrázok 2).

Aj to, akým spôsobom mapujeme výskyt symptómov má vplyv na zistenú prevalenciu (Kolk a kol. 2003). V lekárskejších záznamoch nachádzame menej symptómov, kým v prieskumoch viac. V retrospektívnych štúdiách je výskyt väčší ako v prospektívnych štúdiách. V rôznych vekových, rodových, socio-ekonomických skupinách nachádzame odlišný výskyt symptómov.

OBRÁZOK 1 Prevalencia symptómov v uplynulom mesiaci v skupine mužov a žien (n=1002, respondenti vo veku 16 a viac rokov, zber údajov v roku 2011, Slovinsko, Klemenc-Ketis Z. a kol. 2013)



OBRÁZOK 2 Výskyt zdravotných ťažkostí v skupine 11-, 13- a 15-ročných školákov (n=8902 , Slovensko, 2018, Madarasová Gecková a kol. 2018)



Model vnímania symptómov

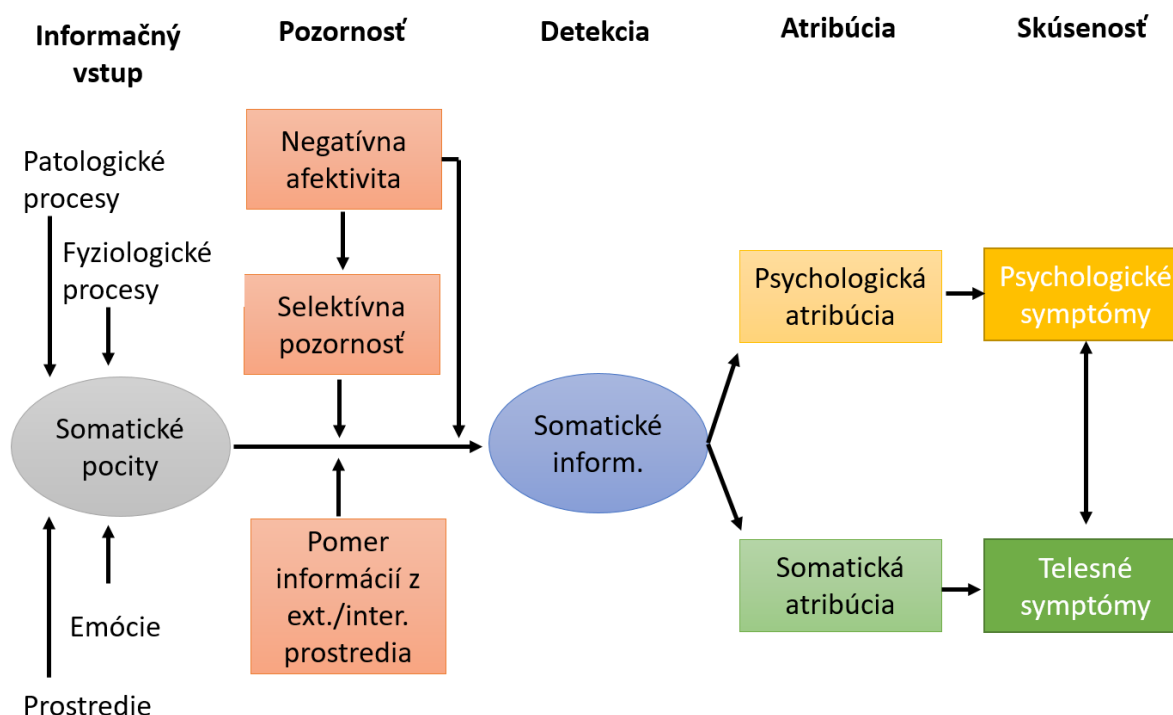
Holandský tím výskumníkov (Kolk a kol. 2003) sa pokúsil načrtnúť zjednodušený model vnímania symptómov, ktorý zahŕňa celý rad biologických, psychologických a kontextuálnych vplyvov na vnímanie symptómov.

Telesné pocity odrážajú zmeny vo fyziologických procesoch, patologické procesy, emócie alebo sú vyvolané vplyvmi vonkajšieho prostredia. Tieto zmeny spúšťajú receptory, ktoré generujú informácie o stave a funkcii vnútorných orgánov a orgánových systémov. Ale iba malá časť týchto informácií vedie k uvedomeniu telesných zmien.

Naše vnímanie má veľmi obmedzenú kapacitu a je selektívne. Vnímanie miernych a nejednoznačných pocitov záleží od toho, či môžeme alebo cielene venujeme pozornosť týmto pocitom. **Venovanie pozornosti podnetom a uvedomenie si telesných pocitov** závisí od vnímavosti podmienenej mierou negatívnej afektivity, selektívnosti pozornosti a pomeru informácií, ktoré prichádzajú z vnútorného a z vonkajšieho prostredia. Negatívna afektivita, niekedy označovaná i ako neuroticizmus zvyšuje vnímavosť na telesné pocity. Ľudia, ktorí sú viac náchylní k nepríjemnému prežívaniu, sú aj vnímavejší k telesným symptómom. Lepšia vnímavosť na telesné symptómy môže súvisieť aj s lepšou schopnosťou aktívne sa zapojiť do vnímania a uvedomovania si pocitov, s lepšou selektívnou pozornosťou. No a do tretice, podnety prichádzajúce z vonkajšieho prostredia súperia s podnetmi z vnútorného prostredia. Ak sa sústredíme viac na podnety z vonkajšieho prostredia – napríklad na to, čo práve robíme – môžeme byť menej vnímaví napríklad voči bolesti alebo diskomfortu vyplývajúcemu z podnetov vnútorného prostredia. Ak sa nudíme, naša pozornosť môže venovať viac svojej kapacity vnútorným podnetom a teda sme vnímavejší na telesné pocity.

Ak už nejaký telesný symptóm pociťujeme, pozorujeme alebo nás na neho niekto upozorní, to, či mu prisúdime **somatickú príčinu** a nie **psychologickú príčinu** a ako s ním naložíme, do veľkej miery závisí od našej predstavy o zdraví a ochorení, teda od našej laickej, tzv. **naivnej teórie zdravia**. Tomu istému pocitu môžeme prisúdiť rozličné dôvody, vnímať ho rôzne, vnímať ho ako psychologický alebo ako fyzický symptóm. Napríklad, búšenie srdca a pocit tepla môžeme prisúdiť rozrušeniu alebo horúčke v závislosti od kontextu situácie. Naivnú teóriu zdravia si vytvárame na základe vlastných skúseností so zdravím a chorobou, ale aj sprostredkovaných skúseností iných ľudí so zdravím a chorobou a na základe nášho porozumenia biomedicínskym informáciám, ktoré sú nám k dispozícii.

OBRÁZOK 3 Model vnímania symptómov (Kolk a kol. 2003, str. 2344)



Faktory ovplyvňujúce vnímanie symptómov

V priebehu dňa neustále vnímame nejaké telesné pocity, rôzne podnety súperia o našu pozornosť. Väčšina telesných pocitov či symptómov je mierna a sama odznie, a preto im nevenujeme pozornosť. Ako sa rozhodujeme, ktorým budeme venovať pozornosť, ktoré sú pre nás závažné? V úvahách, či sme alebo nie sme chorí zvažujeme, či nás niečo **obmedzuje v našich aktivitách**. Spozorníme, keď aktivity, ktoré sme bežne robili zrazu dokážeme urobiť len s ťažkosťami alebo vôbec (napríklad sa nevládzeme postaviť z postele, vyjsť bez zadýchania do schodov alebo zjesť raňajky). O chorobe uvažujeme aj keď sa **nežiaducim spôsobom mení náš vzhľad** – napríklad sa objavia vyrážky alebo opuchy, fľaky, zmena farby pokožky.

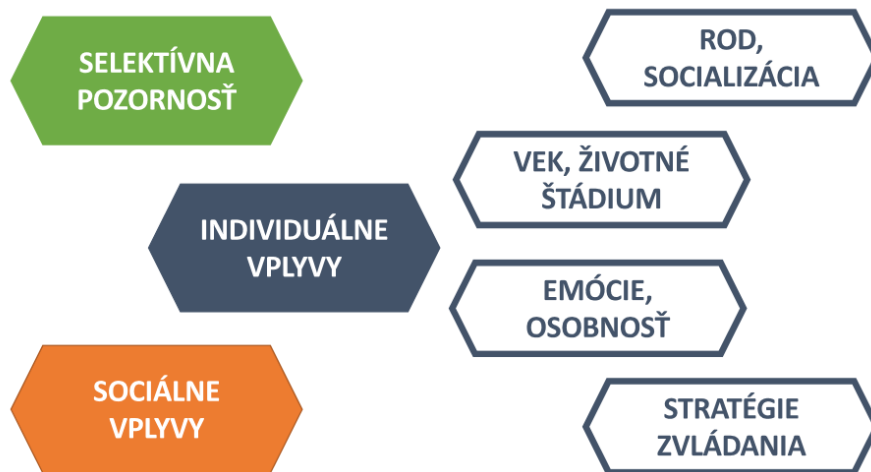
Sú telesné symptómy, ktoré majú väčšiu šancu upútať našu pozornosť a byť interpretované ako varovné:

- (1) Telesné symptómy, ktoré sú **bolestivé alebo rušivé**, ktoré vyvolávajú diskomfort, ktoré nám znemožňujú vykonávať aktivity, ktoré sme mali naplánované máme tendenciu zaregistrovať a vnímať ako závažné.
- (2) **Nové symptómy**, ktoré nepoznáme z vlastnej ani cudzej skúsenosti máme tendenciu hodnotiť ako závažné. Ak prvomiatka cíti pohyby dieťaťa, tak je to síce pre ňu nové, ale táto skúsenosť je medzi ženami zdieľaná, očakáva ju, takže ju môže skôr potešiť ako rozrušiť. Objavenie krvi v moči alebo stolici je ale obvykle nový pocit, ktorý človeka vystraší. Na druhej strane, únava u mladých ľudí je niečo, čo považujú za časté a normálne a tak tomu nevenujú pozornosť.
- (3) Symptómy, ktoré **pretrvávajú** dlhšie než si myslíme, že by mali alebo ktoré neustúpia ani po našom zásahu považujeme za závažné. Napríklad ak bolesť hlavy neustúpi ani po tom, čo sme si vzali liek, ak sa cítíme unavení už niekoľko dní.

(4) Naša **skúsenosť s minulými a súčasnými chorobami** zvyšuje našu vnímavosť na symptómy, všimneme si a reportujeme viac symptómov. Ak sme už v minulosti zažili alergickú reakciu na vlastnej koži alebo u niekoho iného, rýchlejšie identifikujeme prvé symptómy a prisúdime ich alergickej reakcii ako novej príčine.

Nielen charakter symptómov a naša skúsenosť s nimi ovplyvňuje vnímanie symptómov. To, či a ako budeme vnímať symptómy závisí od nastavenia našej pozornosti, rôznych sociálnych a individuálnych vplyvov.

OBRÁZOK 4 Faktory ovplyvňujúce vnímanie symptómov



Selektívnosť pozornosti

Vnímanie symptómov ovplyvňuje **selektívnosť našej pozornosti**. Ľudia sa líšia v miere všímavosti, teda v tom, koľko a akej kvalitnej pozornosti venujú vnútorným a vonkajším podnetom, pričom veľmi záleží aj od kontextu. V zápale boja si môžeme nevšimnúť bolesť, na koncerte môžeme potlačiť nutkanie na kašľanie, v situácii pandémie môžeme striehnúť na škrabanie v hrdle alebo stratu čuchu, úzkosť zvyšuje našu všímavosť na symptómy. Ako anekdoty sa rozprávajú príbehy študentov, ktorí striedajú rôzne symptómy vážnych ochorení podľa učiva, ktoré práve preberajú, lebo čím viac vieš, tým viac si toho dokážeš všimnúť. Pacienti s chronickým ochorením sú vnímavejší na symptómy považované za varovné pri ich ochorení. Ľudia žijúci v podmienkach s nízkym hygienickým štandardom môžu prestať vnímať aj vážne symptómy, ako sú časté bolesti brucha a hnačka, lebo sa vyskytujú často a normalizujú ich.

Sociálne vplyvy na vnímanie symptómov

Pri vnímaní symptómov sa uplatňujú **sociálne vplyvy**.

(1) Vnímanie symptómov súvisí s našimi predstavami o tom, **kto je náchylný** na dané ochorenie (ktoré skupiny populácie). Napríklad zaužívanou predstavou je, že srdcovo-cievnyimi ochoreniami trpia muži a to môže viesť k tomu, že ženy príznaky indikujúce toto ochorenie môžu podceňovať, neprisudzovať im súvislosť s týmto ochorením.

(2) To, či sa budeme snažiť potlačiť alebo naopak dáme voľný priebeh vnímaniu a prejavovaniu symptómov závisí aj od **kontextu situácie**. Bolesť môže prežívať bežec maratónu i rodička a nebudú jej pravdepodobne prisudzovať patologický pôvod, ale bežec maratónu sa asi bude snažiť potláčať vnímanie a prejavovanie symptómov, kým rodička im nechá voľný priebeh. I menšia intenzita bolesti ale môže výrazne rušiť, ak sa napr. chceme sústrediť na verejnú prednášku a v prítomnosti iných, ktorých nechceme rušiť sa budeme snažiť potlačiť prejavy bolesti. Celkom inou situáciou je, keď ležíme na gauči v obývačke, keď nás tá bolesť až tak neruší a môžeme dať voľný priebeh vnímaniu i prejavovaniu symptómov.

(3) **Prítomnosť rovesníkov** u detí a dospelujúcich môže súvisieť s ochotou prejavovať symptómy a to v závislosti od motivácie neprerušit interakciu, ale aj v závislosti správať sa podľa nepísaných pravidiel, noriem a vyhnúť sa nepriaznivému hodnoteniu, posmechu. Napríklad dieťa, ktoré je pohrúžené do hry s inými deťmi môže potláčať prejavy symptómov, aby nemuselo prerušiť hru, alebo napríklad dospelujúci môže potláčať symptómy, lebo je presvedčený, že sa to v danej situácii nepatrí, že by ho mali za „bábovku“.

Individuálne rozdiely vo vnímaní symptómov

Okrem sociálnych vplyvov sa pri vnímaní symptómov uplatňujú aj **individuálne rozdiely vo vnímaní symptómov**. Vnímanie symptómov môže byť odlišné v rodových či vekových skupinách, ale líši sa aj v závislosti od prežívaných emócií, osobnostných črt či stratégií zvládania.

(1) **Rod a socializácia**. Odlišné vnímanie symptómov mužmi a ženami je často diskutovaná téma a všetci asi poznáme anekdoty o prežívaní nádchy mužmi. Uvažuje sa o tom, že ženy majú vyšší prah bolesti, lepšie ju zvládajú, že si na diskomfort zvykajú už keď začínajú pohlavne dospievať, pretože si musia nejako poradiť s menštruáciou. Uvažuje sa o tom, že ženská rola predpokladá vyššiu vnímavosť na symptómy a to nielen vlastné, ale aj u iných ľudí, že ženy majú lepšiu schopnosť vnímať aj detailné zmeny, kým muži nezbadajú nič menšie ako mamuta, že je ženám dovolené prežívať a vyjadrovať bolesť či prežívanie iných symptómov, kým mužom na tom love mamutov sa uznávajú iba otvorené zlomeniny. Pravda je ale asi zložitejšia. Sylvia Jaworska a Kath Ryan (Jaworska, Ryan 2018) analyzovali veľký súbor príbehov zozbieraných v rámci databázy patientskych skúseností a pokúsili sa zistiť, ako muži a ženy hovoria o bolesti v autentickom kontexte skutočnej skúsenosti s bolesťou v dôsledku chronického ochorenia alebo terminálneho štádia ochorenia. Ženy hovorili o bolesti častejšie ako muži, používali bohatšiu slovnú zásobu a vnímali bolesť ako niečo, s čím sa človek musí vyrovnávať, musí naučiť žiť, zatiaľ čo muži pri popise bolesti využívali expresívnejšie vyjadrenia, zdôrazňovali potrebu zmiernenia bolesti, väčšinou pomocou liekov proti bolesti. Vďaka tejto štúdii vieme, že muži aj ženy používali jednoduchú slovnú zásobu, keď hovorili o bolesti, čo môžeme využiť pri tvorbe alebo úprave nástrojov na meranie bolesti. Vieme tiež to, že muži by mali byť povzbudzovaní k tomu, aby reportovali bolesť v skorších štádiách a nie až keď ich zneschopní, a že ženy by mali byť brané vážne napriek tomu, že ich spôsob opisovania bolesti je menej expresívny.

(2) Ďalším faktorom je **vek a životné štádium**. Starnutie so sebou prináša viac zdravotných problémov a aj viac telesných symptómov. Starší ľudia ich ale môžu považovať za normálne, bežné a neprisudzovať im výnimočné postavenie, aj keď ich výrazne obmedzujú v ich aktivitách či v ich vzhľade. Kým v mladšom veku by sme stuhnutosť kĺbov a bolesť brániacu nám vyliezť na rebrík považovali za znak choroby, vo vyššom veku by sme už len tú ambíciu považovali za bláznivú a dôjsť k rebríku na konci záhrady by bol znak, že máme veľmi dobrý deň. Iným problémom je, či vnímanie symptómov je rovnaké u detí ako u dospelých. Najmä u veľmi malých detí nie je ľahkou úlohou určiť, či a akú intenzívnu bolesť vnímajú.

(3) Vnímanie symptómov ovplyvňujú i **emócie a osobnosť**. Nepríjemné emocionálne prežívanie, naladenie (ako je napríklad úzkosť, strach, depresia) môžu zintenzívniť vnímanie a prežívanie, vyjadrovanie symptómov. Obavy, že sa nepríjemné symptómy znovuobjavia môže zvýšiť vigilanciu, vnímavosť voči symptómom. Niektoré osobnostné črty, ako napr. neuroticizmus respektíve negatívna afektivita tiež ovplyvňuje vnímanie a reportovanie symptómov.

(4) Osoby, ktoré si volia popieranie ako **stratégiu zvládania** potláčajú vnímanie i reportovanie symptómov a majú tendenciu k nerealistickému optimizmu. Povedia si: „Ja síce kašlem, ale iní kašľú oveľa viac, takže u mňa to nebude nič vážne“. Miller (1987) rozlišuje ľudí, ktorí majú tendenciu striehnúť na ohrozenie a ľudí, ktorí majú tendenciu ignorovať ohrozenie. „Strážcovia“ sú ostrážití, vnímaví a majú tendenciu preháňať, kým „Ignoranti“ bagatelizujú ohrozenie.

1.2 Interpretácia symptómov

Keď už telesný symptóm upúta našu pozornosť a zaregistrujeme ho, nastáva proces **interpretácie a pomenovanie symptómu**. Symptóm pomenujeme, priradíme mu význam. **Kultúra**, v ktorej vyrastáme, to, ako sme vychovávaní ako budúce ženy či muži, príslušníci tej-ktorej spoločenskej skupiny, rodiny ovplyvňuje to, aký význam tomu-ktorému symptómu pripisujeme a ako ho označujeme. Naše predstavy, presvedčenia o zdraví a chorobe sa navyše **počas života menia**. Rovnako naša **osobná skúsenosť** s rôznymi ochoreniami, naše **poznatky o rôznych ochoreniach** ovplyvňujú to, ako jednotlivé symptómy interpretujeme, ako ich označujeme, pomenúvame.

ÚLOHA 2

Skúste sa zamyslieť nad tým, čo všetko viete o alergickej nádche, chrípke, HIV/AIDS. Vyplňte tabuľku.

TABUĽKA 2 Repräsentácia ochorení I.

	Alergická nádcha	Chrípka	HIV/AIDS
Aké sú typické príznaky?			
Čo podľa vás spôsobuje tieto ochorenia?			
Aké dôsledky na váš život by mohli mať tieto ochorenia?			

Ako dlho podľa vás tieto ochorenia trvajú?			
Sú tieto ochorenia liečiteľné a ako sa liečia?			
Sú niektorí ľudia náchylnejší na tieto ochorenia? Ktorí?			

Reprezentácia ochorení

V nasledujúcej tabuľke nájdete informácie o príznakoch, príčinách, dôsledkoch, trvaní, liečbe a náchylnosti vybrané z odborných zdrojov, ale každý z vás mohol túto tabuľku vyplniť inak, nemusel poznať odpovede na všetky otázky a mohol sa v niektorých aj mýliť alebo si nebyť istý. To, čo sme práve v príklade popísali je ukážka **reprezentácie ochorení**. Znalosť ochorenia, kvalitná reprezentácia ochorenia, teda znalosť toho, ktoré symptómy ako a u koho súvisia s ktorým ochorením nám umožňuje lepšiu interpretáciu symptómov.

TABUĽKA 3 Reprezentácia ochorení II.

	Alergická nádcha	Chríпка	HIV/AIDS
Príznaky	kýchanie, vodnatý výtok z nosa, upchatie nosa, môže sa pridať svrbenie či opuch očí, mierne zvýšené teploty, zvýšená únavnosť, pálenie či svrbenie pier a sliznice úst	horúčka, únava, kašeľ, bolesti kĺbov a svalov, bolesť hlavy, občas i nádcha a upchatý nos, bolesť hrdla	asymptomatické štádiá, neskôr úbytok hmotnosti, nočné potenie, únava, kožné prejavy, zvýšená teplota, infekcie
Príčiny	alergén	vírus	vírus
Dôsledky	chronické, obťažujúce, ale život neohrozujúce	krátkodobé, len zriedkavo vážne	chronické, fatálne, neistota, stigma
Trvanie	celoživotné epizodické	24 hodín-týždeň	celoživotné, štádiá
Liečba	antihistaminiká, tlmenie symptómov	šetriaci režim, tlmenie symptómov	antivirotiká, tlmenie symptómov
Náchylnosť	alergici, peľové sezóny	všetci, jesenné obdobie	rizikové skupiny z hľadiska prenosu

Dobre sa orientujeme, ak máme **dobre identifikovateľné symptómy**. Sú ochorenia, ktoré majú jednoznačné, jasné alebo známe príznaky a ľudia ich ľahšie rozoznávajú a interpretujú, priradujú k príslušnej reprezentácii ochorenia (napríklad vysokú teplotu vieme odmerať teplomerom). Ale pre mnohé ochorenia to neplatí. Príznaky môžu byť veľmi mätkúce alebo sa ťažko rozhoduje, čomu ich pripísať (napríklad únava).

Niektoré ochorenia sú spojené s **intenzívnymi nepríjemnými emóciami, pocitom ohrozenia** ako napríklad onkologické ochorenia alebo infarkt, kým iné v nás nevyvolávajú takéto pocity. Máme tendenciu pripisovať symptómy skôr menej ohrozujúcim ochoreniam a až keď sa zhoršia, zvažíme aj závažnejšie. Napríklad bolesť v prsiach či zmeny v okolí bradavky ženy najprv pripisovali menopauze a až neskôr pripustili, že by to mohla byť aj rakovina prsníka.

Vyberáme si, čo **sedí do našej predstavy o ochorení**, teda našej predstavy o tom, aké má ochorenie príznaky, možné príčiny, trvanie, či komu sa stáva. Klinický obraz alergickej nádchy a chrípky môže byť v mnohom podobný, ale v peľovej sezóne budeme náchylnejší uvažovať o alergickej nádche a v čase chrípkovej epidémie o chrípke. Ak bude mať ochorenie náhly nástup a bude sprevádzané horúčkou, temer s istotou symptómy priradíme ku chrípke a nie k alergickej nádche. Iným príkladom sú kardiovaskulárne ochorenia, kde za rizikových považujeme mužov. Ženy menej často pripisovali bolesť na hrudníku možnému infarktu, lebo to považovali za niečo, čo sa stáva mužom a nie ženám.

Ak ľudí požiadate, aby vám popísali ochorenie, obvykle sa v ich opise vyskytne päť tém: **identita, dôsledky, príčiny, priebeh a liečiteľnosť** (Lau a kol. 1989, Leventhal a kol. 1980).

(1) **Identitou** myslíme výpovede o tom, podľa čoho poznáme prítomnosť alebo neprítomnosť ochorenia, zoznam typických príznakov. Napríklad nádcha a svrbenie očí indikuje alergickú nádchu, vysoká horúčka vylúči alergickú nádchu.

(2) S tým súvisia aj **vnímané dôsledky** ochorenia, teda čo to urobí so životom pacienta – aktivitami, emocionálnym prežívaním, sociálnym životom, pracovným životom, finančnou situáciou, napríklad: kvôli chorobe som nemohol ísť do telocvične, bol som v karanténe a tak som musel byť izolovaný od svojich priateľov, nemohol som chodiť do práce a tak mi chýba zárobok, musel som odísť do predčasného dôchodku.

(3) Ďalšou dôležitou témou je, čomu daný človek pripisuje **príčinu ochorenia**. Napríklad: je to genetika, vírus, stres alebo emocionálne strádanie („on je taká úzkostná alebo zlostná osobnosť, žije v znečistenom prostredí a to je príčinou jeho zdravotných problémov“, „príliš veľa pracuje“ alebo „to má z tých cigariet“).

(4) Do popisu ochorenia ľudia zahŕňajú aj **priebeh**, teda či je ochorenia krátkodobé, dlhodobé, epizodické alebo chronické. Chrípka je typické krátkodobé ochorenie, ktoré trvá približne 7 dní. Vyliečenie a rekonvalescencia po zápale pľúc môže trvať i niekoľko mesiacov. Ekzém je „zlý chlapík, čo sa stále vracia na scénu“, teda typické epizodické ochorenie. Cukrovka je zasa chronické ochorenie.

(5) Dôležitou témou je i to, či je dané ochorenie **vyliečiteľné alebo liečiteľné**, do akej miery máme pod kontrolou progres ochorenia. Pri chrípke si môžeme povedať, že bude trvať 7 dní s liečbou a 10 bez troch bez liečby, teda rezignovať na liečbu. Rovnako ale môžeme rezignovať na liečbu kurabilného onkologického ochorenia len preto, že neveríme, že je liečiteľné, sme presvedčení, že je to infaustná diagnóza.

Dotazník mapujúci reprezentácie ochorenia (The Illness Perception Questionnaire IPQ) môže byť inšpiráciou na to, ako zistiť viac o tom, čo si daný človek či skupina ľudí myslí o vybranom type ochorenia. Nájdete ho na linku <https://ipq.h.uib.no/pdf/IPQ-R-English.pdf>

Reprezentácia ochorenia je pacientovo implicitné presvedčenie o charakteristikách ochorenia. Obvykle zahŕňa typické symptómy, vnímané dôsledky, možné príčiny, priebeh a trvanie, možnú liečbu

alebo kontrolu nad ochorením. Lepšie identifikujeme ochorenia, ktoré majú dobre identifikovateľné symptómy, predstavujú menšie ohrozenie a sedia do našej predstavy o ochorení.

Reprezentácia ochorenia, teda to, čo si ochorení myslíme **ovplyvňuje**

- ▶ vyhľadanie zdravotníckej starostlivosti a adhérenciu
- ▶ starostlivosť o zdravie a relevantnú zmenu správania
- ▶ postoj k užívaniu liekov a liečbe
- ▶ s ochorením súvisiacu nespôsobilosť a návrat do práce
- ▶ prežívanie opatrovateľa, jeho úzkosť alebo smútok
- ▶ kvalitu života

Idiopatické ochorenia

Špeciálnu kategóriu ochorení predstavujú **idiopatické ochorenia**, teda symptomaticky definované syndrómy, kde nepoznáme etiopatogenézu, teda to, čo a ako spôsobuje skupinu symptómov tvoriacich syndróm. Patrí tu napríklad **chronický únavový syndróm**, **syndróm dráždivého čreva** alebo **fibromyalgia**. Nosným symptómom teda môže byť únava, gastrointestinálny diskomfort alebo bolesť.

(1) Keďže nepoznáme etiopatogenézu a vo veľkej miere sa lekári pri diagnostike opierajú najmä o výpoveď pacienta, môžu sa títo pacienti stretnúť s **bagatelizovaním**, zdĺhavým procesom diferenciálnej diagnostiky, upodozrievaním zo simulovania. Títo pacienti potrebujú cítiť, že ich berú vážne, že im veria, že ich symptómy skutočne trápia.

(2) Lekári im môžu zlepšiť ich prežívanie, pohodu napriek tomu, že nevedia vysvetliť pôvod ich symptómov – môžu sa sústrediť na ulavenie od symptómov, zlepšenie schopnosti fungovať, vykonávať bežné aktivity napriek symptómom.

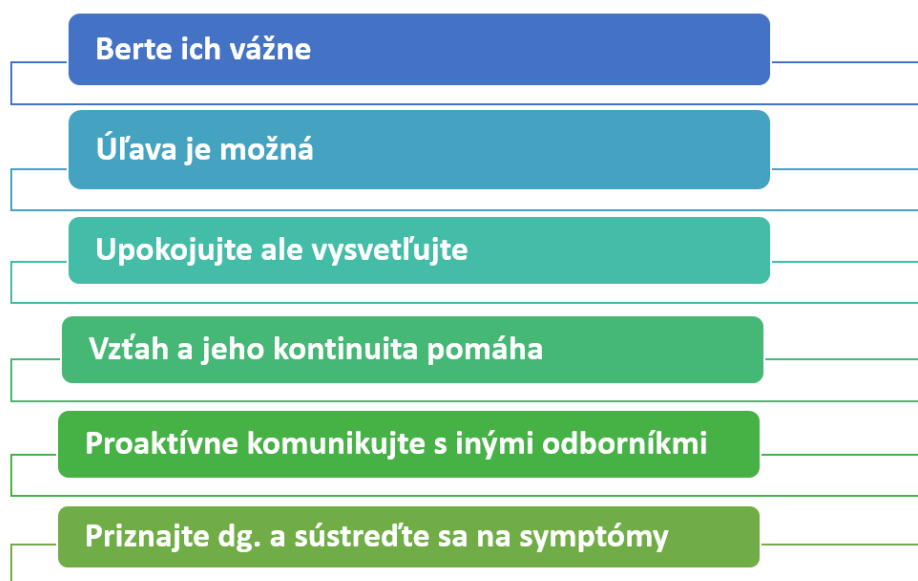
(3) Pomáha, ak je lekár preventívne upokojujúci, no ukáže, že má otvorenú myseľ a bude pokračovať v prehodnocovaní, uprednostní vysvetľovanie pred normalizovaním.

(4) Niekedy postačí ako terapia vzťah medzi lekárom a pacientom, kontinuita starostlivosti a dlhodobý vzťah.

(5) Lekárom sa odporúča, aby proaktívne komunikovali s inými klinickými odborníkmi pri stanovovaní diagnózy a starostlivosti o týchto pacientov.

(6) Pre pacienta je dôležité, aby uznali, že jeho diagnóza existuje a riešili symptómy, ktoré je možné riešiť kombináciou farmakologických (lieky proti bolesti) a nefarmakologických postupov (cvičenie, relaxácia).

OBRÁZOK 5 Odporúčania pre starostlivosť o pacientov trpiacich idiomatickými ochoreniami:



1.3 Vyhľadanie lekárskej pomoci

Hoci 70 až 90% z nás niekedy trpí symptómami, ktoré by patrili do rúk zdravotníkov, iba tretina z tých, čo nimi trpí skutočne vyhľadá odbornú pomoc (Morrison, Bennett 2016). Psychológovia zdravia zaujíma, prečo je to tak a snažia sa porozumieť, ako ľudia spozorujú, identifikujú a prisúdia telesné pocity symptómom ochorenia a tiež, čo všetko a akým spôsobom sa udeje, kým vyhľadajú odbornú pomoc, prípadne vyhnú sa vyhľadaniu odbornej pomoci.

Vráťme sa k úlohe č.1. zo začiatku kapitoly. Akými zdravotnými ťažkosťami ste v uplynulom mesiaci trpeli a ako ste na ne reagovali? Ignorovali ste ich, lebo máte skúsenosť, že to obvykle prejde, spoznali ste a sledovali ste symptóm, vzali ste si voľno predajný liek, užili ste liek na predpis, použili ste iný svoj osvedčený spôsob liečby, zavolali ste niekomu, aby ste sa poradili, alebo ste navštívili lekára? Boli vaše odpovede rôzne pre rôzne symptómy?

Skôr zriedkavo ako často je prvou reakciou na uvedenie si symptómu, ktorý aj považujeme za problém **vyhľadanie zdravotnej starostlivosti**. Ľudia si obvykle najprv skúšajú pomôcť sami, zvolia si niečo zo svojho repertoáru domáceho liečenia. Môže to byť pohár vody, čaj, slivkový kompót, cesnak, cvičenie, kúpeľ alebo aj voľne predajný liek či liek na predpis, ktorý im ostal v lekárničke. Môžu zavolať niekomu, koho považujú za skúsenejšieho a poradiť sa. Môžu chcieť len pozornosť a starostlivosť niekoho zo svojho okolia. Keď už uznáme, že nám niečo je, že sme chorí, stále je tu možnosť, že sa rozhodneme ignorovať symptómy a dúfať, že odznejú, môžeme najprv hľadať radu a pomoc u iných alebo môžeme navštíviť lekára. A môžeme postupne zvoliť všetky tri alternatívy, skúsiť ignorovať, zavolať kamoške a nakoniec predsa len ísť k lekárovi, alebo ísť k lekárovi, odísť s pocitom, že sa problém nerieši a tak skúsiť zavolať kamoške a na záver rezignovať, skúsiť symptómy ignorovať. Čoraz častejšie bude jednou zo stratégií vyhľadávania na internete.

V niektorých krajinách je súčasťou zdravotníckej starostlivosti **online sprievodca symptómami**. Mnohí pacienti však ani v situácii, keď tušia, že ich symptómy indikujú vážne, život ohrozujúce správanie pomoc nevyhľadajú: 40% pacientov, ktorí si mysleli, že majú infarkt čakali ešte hodinu, kým zavolali

záchranku (Kentsch a kol. 2002), 80% pacientov s rakovinou hrubého čreva sa snažilo doma zmierniť symptómy voľne dostupnými liekmi a čakali v priemere 7 mesiacov, kým vyhľadali lekára, 23% pacientov spozorovalo krv v stolici, ale iba každý tretí z nich vyhľadal lekára aj keď tušili, že to je symptóm vážneho ochorenia. Aj keď si ženy nahmatali hrčku v prsníku, trvalo v priemere aj tri mesiace, kým vyhľadali lekára. Prečo je to tak?

Oneskorené poskytnutie zdravotnej starostlivosti je čiastočne spôsobené **pacientom**, ale čiastočne aj **systémom starostlivosti** a jej dostupnosťou. Častokrát musíte najprv navštíviť všeobecného lekára, ten urobí vyšetrenia, ktorých vyhodnotenie trvá nejaký čas, potom vás prípadne pošle k špecialistovi, ktorý vám musí nájsť termín, takže celkový čas oneskorenia sa predlžuje. V tejto kapitole sa ale budeme venovať iba oneskoreniu, ktoré je na strane pacienta, teda časom od rozpoznania symptómov po vyhľadanie zdravotnej starostlivosti.

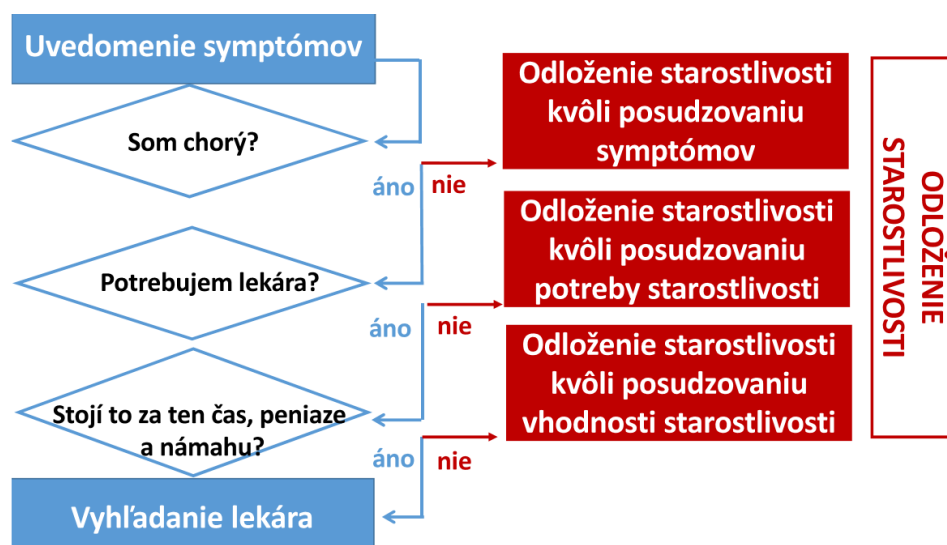
Predstavte si, že sa v pondelok zobudíte s bolesťou hrdla, ale kým si to poriadne uvedomíte, už ste v práci a celý deň ste zavalený povinnosťami, takže až večer alebo nasledujúce ráno začnete zvažovať, či teda ste alebo nie ste chorý. Čas od momentu, keď ste sa zobudili s bolesťou krku až po moment, keď to zhodnotíte ako symptóm ochorenia, teda priznáte, že ste chorý je **odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu symptómov**.

Potom ale začnete uvažovať, či tento váš stav vyžaduje návštevu lekára, ale to už ste zase v práci a keď už sa teda rozhodnete, že asi áno, prejde ďalší deň. Rovnako si môžete povedať, že to skúsíte s lipovým čajom a ak to nezaberie alebo sa to zhorší, až tak zväžite návštevu lekára. Čas od momentu, keď priznáte, že ste chorý až kým sa nerozhodnete, že potrebujete vyhľadať lekára je **odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu potreby starostlivosti**.

Keď už sa rozhodnete, že by to chcelo pomoc lekára, začnete uvažovať nad tým, či sa vám naozaj chce ísť až na koniec mesta, či obetujete jeden deň v práci, či vám vôbec môže pomôcť, lebo veď lipový čaj si viete naordinovať aj sami, kde máte to telefónne číslo a kartičku poistenca. Čas, odkedy sa rozhodnete, že by ste potrebovali pomoc až pokým ju skutočne vyhľadáte, objednáte sa na termín alebo prídete do čakárne je **odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu vhodnosti starostlivosti**.

Tento príklad sa týkal mierneho, úzkosť nevyvolávajúceho, nestigmatizujúceho ochorenia. Ale predstavte si, že tým symptómom je bolesť zuba, hrčka v prsníku, vyrážky na tvári, ktoré sa nedajú skryť, krv v stolici, vyrážky na genitáliách, keď očakávaná bolesť počas ošetrenia, strach, hanba, očakávané dopady na naplánované aktivity, stigma môžu mať výrazný vplyv na dĺžku odkladania zdravotnej starostlivosti. Symptómy, ktoré sú viditeľné, bolestivé, rušivé, časté a pretrvávajúce nás motivujú konať.

OBRÁZOK 6 Odloženie zdravotnej starostlivosti (Safer a kol. 1979)



Lekára vyhľadávajú tí, ktorí

- veria, že symptómy sú vážne
- symptómy ich obmedzujú v aktivitách
- chcú poznať príčinu symptómov
- chcú sa uistiť ohľadne symptómov
- chcú legitimizovať svoje obavy
- veria, že existuje liečba
- blízka osoba ich povzbudila, aby vyhľadali pomoc
- chcú sa vyhnúť riziku zhoršenia zdravia

Lekára nevyhľadajú tí, ktorí

- si myslia, že nemajú čas
- nechcú čerpať PN alebo nenaplniť povinnosti voči rodine
- nemajú radi prostredie, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť, neveria zdravotníkom
- obávajú sa finančných nákladov
- veria, že symptómy odznejú
- nie sú si istí, či sú symptómy naozaj vážne a obávajú sa, že zdravotník bude s nimi márnit čas
- nevedia, čo tie symptómy môžu indikovať
- sú uistení blízkymi, že sa niet čoho obávať
- majú svoju laickú teóriu zdravia, ktorá nie je v súlade s ponúkanou starostlivosťou
- nechcú vyzeráť slabo
- sú presvedčení, že aj tak sa nedá nič robiť
- sú vydesení možným zistením diagnózy a následkami
- boja sa diagnostických procedúr, ošetrovania
- obávajú sa, že ich budú nepriaznivo hodnotiť za niečo, čo neurobili a súvisí s ich symptómami

2. SOCIÁLNY MODEL CHOROBY A ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

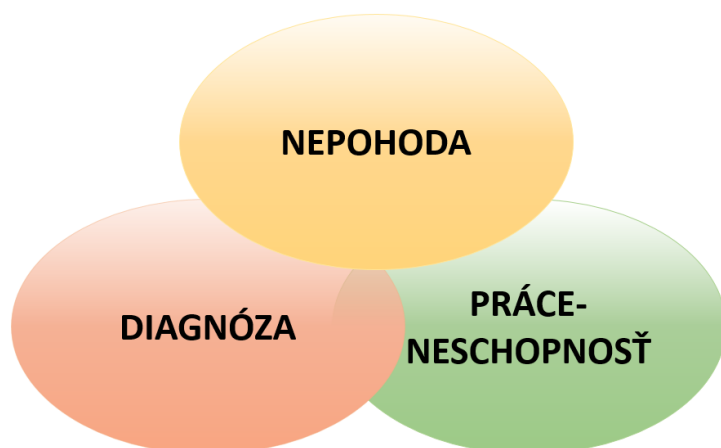
V nasledujúcej časti si popíšeme **sociálny model choroby** (Hofman 2016) a povieme si niečo o tom, prečo tá istá zdravotná situácia nie je to isté pre rôznych ľudí, ale aj niečo o kompenzačných pomôckach.

2.1 Zdravotná situácia

Choroba, teda zdravotná situácia má tri dimenzie: (1) **objektívnu** formalizovanú lekárskou diagnostikou, (2) **sociálnu** formalizovanú práceneschopnosťou a (3) **subjektívnu**, teda prežívanie nepohody (Hofman 2016). Tieto tri dimenzie sa síce prekrývajú, ale len čiastočne (viď. obrázok 8). K lekárovi ideme, lebo sa cítime chorí, prežívame nepohodu, diskomfort a vraciame sa s lekárskeým vyjadrením o diagnóze, ktoré nás oprávňuje k práceneschopnosti alebo dokonca obmedzuje našu spoločensky uznanú spôsobilosť vykonávať nejaké aktivity, napríklad šoférovať.

Tá istá zdravotná situácia má teda svoju **biomedicínsku** perspektívu, **sociálno-právnu** perspektívu a **perspektívu pacienta**, teda subjektívnu perspektívu. A ešte to trošku skomplikujem: môžeme sa cítiť chorí a vedieť, že nie sme chorí (napr. mať opicu po preflámovanej noci, kde sme to prehnali s alkoholom) alebo cítiť sa úplne zdravo a byť vážne chorí – mnoho onkologických ochorení dlho nemá príznaky, ktoré by si pacienti všimli.

OBRÁZOK 7 Sociálny model zdravotnej situácie



ÚLOHA 3

Vyskúšajte si to aplikovať na príklade. Môže byť nejaká zdravotná situácia iba chorobou, iba práceneschopnosťou alebo iba nepohodou? Zamyslite sa nad každou zdravotnou situáciou a doplňte, či je spojená s nepohodou, či je možné, že ju lekár neoznačí ako diagnózu a či sú s ňou spojené aj obmedzenia vykonávať prácu, alebo vybrané povolania.

TABUĽKA 4 Sociálny model zdravotnej situácie I

	Nepohoda	Diagnóza	Práceneschopnosť
Chrípka	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Alergická nádcha	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Amputácia končatiny	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Epilepsia	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Cukrovka	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Syndróm chronickej únavy	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Bolesti chrbta, hlavy	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Nediagnostikovaná rakovina prsníka	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

TABUĽKA 5 Sociálny model zdravotnej situácie II

	Nepohoda	Diagnóza	Práceschopnosť
Chríпка	áno	áno	áno
Alergická nádcha	áno	áno	nie
Amputácia končatiny	nie	nie	áno
Epilepsia	nie	áno	áno
Cukrovka	nie	áno	nie
Syndróm chronickej únavy	áno	(nie)	áno
Bolesti chrbta, hlavy	áno	(nie)	nie
Nediagnostikovaná rakovina prsníka	nie	nie	nie

Ak máme chrípku, cítíme sa pod psa, lekár nám asi bez problémov určí diagnózu, vypíše práceneschopnosť. ALE sú ľudia, ktorí aj keď sa cítia pod psa, nepôjdu k lekárovi, ale do práce. Alergická nádcha môže byť v peľovej sezóne veľmi obťažujúca a pacienti obvykle sú diagnostikovaní a dispenzarizovaní, ale práceneschopnosť im lekár vypíše len zriedka.

Nemať končatinu, trpieť epilepsiou alebo cukrovkou nemusí znamenať nepohodu, v prípade amputácie končatiny to asi nebude ani diagnóza, ktorá by bola sledovaná po dobrom zhojení a rekonvalescencii, ale chýbajúca končatina rovnako ako epilepsia vylučuje človeka z niektorých pracovných činností, kým cukrovka nespôsobuje pracovné obmedzenie.

Syndróm chronickej únavy či bolesti hlavy, chrbta sú spojené s nepohodou, ale cesta k diagnóze môže byť komplikovaná a aj keď zhoršujú pracovnú spôsobilosť, nemusia vytvárať právny nárok na práceneschopnosť. No a na záver, nediagnostikované onkologické ochorenie sa nemusí prejavovať nepohodou aj keď je vážne, nemusí byť teda diagnostikované a tým pádom ani nevytvára nárok na práceneschopnosť.

Anders Wikman a jeho kolegovia (Wikman a kol. 2005) sa pokúsili overiť, či tieto tri koncepty – nepohoda, diagnóza a práceneschopnosť – skutočne identifikujú rôzne zdravotné situácie ľudí. Využili údaje z rozsiahlej štúdie švédskych zamestnancov (Survey on Living Conditions), ktorá sa opakovala každý rok v období od roku 1988 do roku 2001 a zahŕňala skoro 14 000 respondentov vo veku 16 až 64 rokov. Respondentov sa pýtali na rôzne symptómy (nepohoda), dlhotrvajúce ochorenie, ťažkosti alebo znevýhodnenie, kvôli ktorému podstúpili diagnostiku alebo liečbu (diagnóza) a či boli vypísaní kvôli chorobe z práce na viac ako 14 dní (práceneschopnosť). Iba štvrtina opýtaných neuviedla žiadnu z týchto kategórií, teda netrpela nepohodou, nemala diagnostikované ochorenie a nebola práceneschopná. Nepohodu reportovalo 67% respondentov, ochorenie malo diagnostikované 38% respondentov a práceneschopných bolo 14% respondentov. Len veľmi zriedkavo sa vyskytovala situácia, keď respondent mal diagnostikované ochorenie, ale cítil sa dobre a nebol práceneschopný

(5%) alebo bol práceneschopný, ale necítil nepohodu, ani nemal diagnostikované ochorenie (1%). Nepohodu a diagnostikované ochorenie reportovalo 23% respondentov. Všetky tri kategórie reportovalo 8% respondentov. Napriek tomu viac ako 80% respondentov uvádzalo, že ich zdravie je dobré alebo veľmi dobré a iba 4% považovali svoje zdravie za veľmi zlé. Táto štúdia upozorňuje na to, ako komplexný je koncept zdravotnej situácie a ako veľmi odlišný obraz o zdravotnom stave pacienta, ale aj populácie môžeme získať v závislosti od konceptualizácie.

2.2 Zdravotné znevýhodnenie

V nasledujúcej časti kapitoly si popíšeme sociálny model choroby v situácii zdravotného postihnutia a povieme si niečo o tom, prečo to isté zdravotné postihnutie nie je to isté pre rôznych ľudí, ale aj niečo o kompenzačných pomôckach.

Túto tému začnem príbehom **Jacka Mela z Poľska** (Vavroušek 2015). Jeho príbeh začal v roku 2002, keď mal 13 rokov. Hral so spolužiakmi ping-pong, keď začalo strašne pršať. Pred dažďom sa schoval do trafostanice, kde ho zasiahol prúd o sile 15 000 voltov. Ťažko popálený došiel domov, lebo jeho kamarát ušiel. Tri mesiace bojoval o život v nemocnici. Kvôli popáleninám a poškodeniu tkaniva mu museli amputovať časť ľavej nohy a časť pravej ruky. Jeho mama k nemu priviedla známeho poľského polárnika Mareka Kaminského a ten mu navrhol expedíciu na severný pól: v tom stave, ako bol v nemocnici, keď mal jednu operáciu za druhou, chlapcovi, ktorý nikdy v živote nestál na lyžiach a práve prišiel o ruku a nohu. O dva roky neskôr spolu vystúpili na severný pól po viac ako 70-kilometrovom putovaní po Arktíde bez cudzej pomoci a o necelý rok neskôr si to zopakovali na južnom póle. Nikto pred ním to neskúsil a museli vyriešiť i také technické problémy, či protézy zvládnu –30 stupňov Celzia. Z rozhovoru s Jackom, ktorý si môžete nájsť na webe mi utkvela táto jeho výpoveď: „Športovec vie, že keď bude veľa trénovať a bude na sebe tvrdo makať, trebárs vyhrá nejaké preteky, turnaj, olympiádu. Človek po amputácii vie, že keď bude poctivo rehabilitovať a cvičiť, prinajlepšom bude chodiť tak, ako zdraví ľudia. Aká to je motivácia? Žiadna.“ Ale on dokázal viac, ako drvivá väčšina ľudí. Čím to je, že ľudia s vážnym zdravotným postihnutím žijú životy plné aktivít, ktoré sú nedostupné zdravým?

Istým vysvetlením je **sociálny model choroby a zdravotného postihnutia**. Zdravotné postihnutie je vnímané ako výsledok interakcie medzi **zdravotnou situáciou**, teda ochorením, zranením a **kontextuálnymi faktormi**. Kontextuálne faktory zahŕňajú **vonkajšie faktory, teda prostredie** (napr. sociálne postoje v spoločnosti alebo komunite, prispôsobená alebo neprispôsobená architektúra, legislatívne a sociálne rámce, klíma, prírodný terén) a **vnútorné, teda personálne faktory** ako sú pohlavie, vek, štýly zvládania, socioekonomické zázemie, vzdelanie, minulé a súčasné skúsenosti, štýl správania, osobnosť, prežívanie zdravotnej situácie.

Tento model má korene v hnutí za práva zdravotne znevýhodnených v sedemdesiatych rokoch minulého storočia. Toto hnutie upriamuje pozornosť na kritickú úlohu spoločnosti pri znevýhodňovaní zdravotne postihnutých (The Union Of The Physically Impaired Against Segregation And The Disability Alliance 1976). Zdravotné postihnutie je vnímané ako niečo, čo je vnútené zdravotne postihnutým nad rámec ich skutočného postihnutia skrze izoláciu a vylúčenie z plnej participácie v spoločnosti (tamtiež). Termín „sociálny model zdravotného postihnutia“ začal používať v roku 1983 Mike Oliver, ktorý ho neskôr rozpracoval v svojej publikácii „The Politics of Disablement“ (Oliver M. 1990). Sociálny model zdravotného znevýhodnenia sa opiera o právo na rovnosť príležitostí a snaží sa identifikovať systémové bariéry, znevažujúce či znevýhodňujúce postoje, ale tiež úmyselné či neúmyselné vylúčenie z participácie, ktoré sťažujú alebo znemožňujú zdravotne postihnutým pre nich dôležité fungovanie.

ÚLOHA 4

Zamyslite sa nad zdravotným postihnutím Jaceka Mela, ktorý mal amputovanú časť ľavej nohy a časť pravej ruky a rozsiahle popáleniny, ktoré si vyžadovali dlhodobú starostlivosť a spôsobovali rôzne ďalšie zdravotné dôsledky.

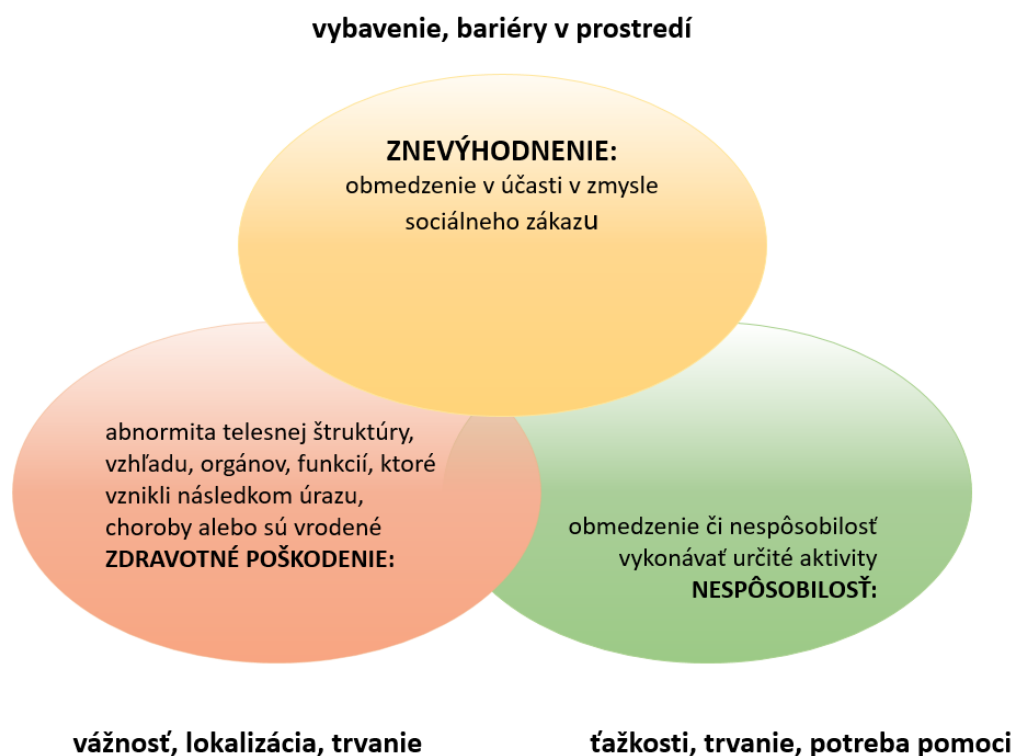
- (1) S akými postojmi ľudí sa mohol stretnúť, čo si o ňom a jeho možnostiach, o tom, čo by mal/nemal robiť mohli ľudia myslieť a ktoré boli tie, ktoré mu mohli brániť zapojiť sa do rôznych aktivít a ktoré ho naopak mohli motivovať k aktivitám napriek jeho zdravotnému postihnutiu?
- (2) Poskytla mu spoločnosť, alebo ľudia v jeho okolí nejaký druh podpory, ktorý bol rozhodujúci pre to, aby kompenzoval bariéry spôsobené jeho zdravotným postihnutím? Aký druh podpory, pomoci ľudia s takýmto zdravotným postihnutím môžu potrebovať, aby sa mohli plne zapojiť do aktivít?
- (3) Mohol mu prístup k informáciám alebo ich spracovanie do prístupnej formy pomôcť?
- (4) Kde všade mu mohla znemožňovať alebo sťažovať prístup architektúra, spôsob, ako sú organizované mestá, prístupné budovy, zariadenia alebo samotné prírodné prostredie? Ako by sa dali tieto bariéry odstrániť?
- (5) Čo by potreboval, ak by sa chcel uplatniť v zamestnaní? Na aké prekážky by mohol naraziť? Ako by sa dali odstrániť?

RIEŠENIE ÚLOHY 4

Jacek sa v nemocnici stretol s polárnikom Marekom Kaminským, ktorý mu navrhol expedíciu na severný pól. Expedícia na severný pól je veľmi ambicióznym cieľom aj pre zdravého mladého muža a týmto návrhom vyjadril veľmi pozitívny postoj k tomu, čo Jacek napriek zdravotnému postihnutiu môže dokázať, čo by mal robiť. Oveľa častejšie sa zdravotne postihnutí stretávajú s podhodnocovaním ich schopností a možností, očakávanými ich pasívne akceptovaním vylúčenia a izolácie. S veľkou pravdepodobnosťou to nebol iba Marek Kaminský, ale celý organizačný tím, ktorý pripravoval expedíciu na severný pól a pomáhal Jacekovi v rehabilitácii, príprave i technickom zabezpečení celej expedície. Riešili dokonca odolnosť protézy v extrémnych podmienkach. Zdravotne postihnutí môžu mať nárok na pomôcky, asistenciu, úpravu priestorov. Jacek pravdepodobne nemal problém s prístupom k informáciám, ale nevidiaci alebo nepočujúci sú často vylúčení z komunikácie kvôli nedostupnosti formy, akou sa komunikuje respektíve preto, že nie sú k dispozícii informácie v Braillovom písme, znakovkej reči a podobne. Schody, úzke vstupy, umiestnenie zariadení v nevhodnej výške, ale aj zložitá organizácia budov sú časté bariéry pre zdravotne postihnutých.

Vráťme sa teda k sociálnemu modelu zdravotného postihnutia (Obrázok 8).

OBRÁZOK 8 Sociálny model zdravotného znevýhodnenia I



Zdravotné postihnutie je **abnormita telesnej štruktúry**, celkového vzhľadu, orgánov, telesných funkcií, ktoré vznikli následkom úrazu, choroby alebo sú vrodené (napríklad chýba končatina, je to stav po mozgovej porážke, je poškodený sluch alebo zrak). Rozlišujeme, aké vážne je to poškodenie, kde je lokalizované a aké je jeho trvanie.

Nespôsobnosťou označujeme **obmedzenie či nespôsobnosť vykonávať určité aktivity**. Napríklad: osoba nemôže chodiť, vykonávať sebaobslužné aktivity samostatne, nevidí, nepočuje. Posudzujeme, aké ťažkosti táto nespôsobnosť spôsobuje, aké je ich trvanie, nakoľko si vyžadujú ktorý druh pomoci. Pričom ak si spomeniete na Jaceka, chýbajúca končatina či paralýza nemusí nevyhnutne znamenať nespôsobnosť kráčať alebo plávať a to isté zdravotné poškodenie môže viesť k veľmi odlišnému rozsahu obmedzení, nespôsoblosti.

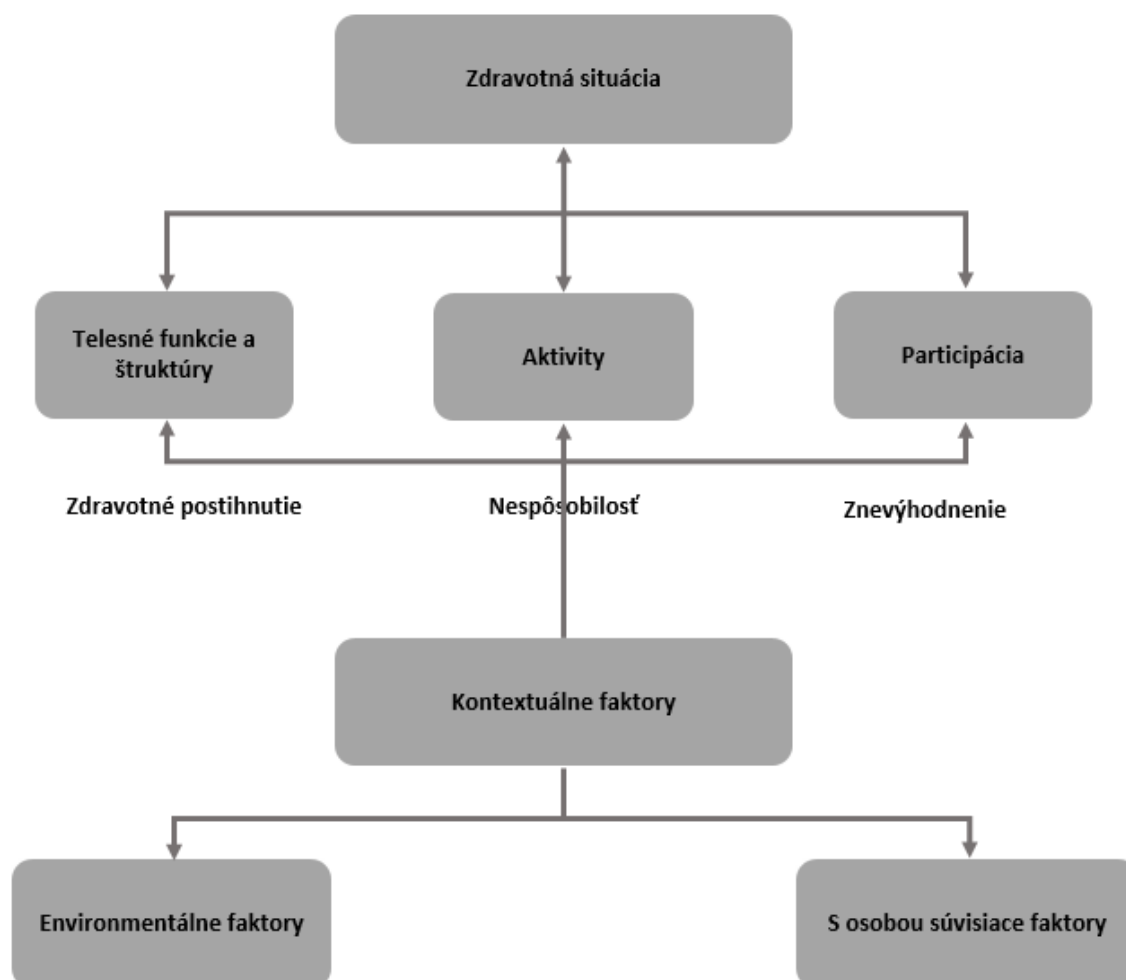
Za znevýhodnenie považujeme **obmedzenie v účasti v zmysle sociálneho zákazu**. Je to napríklad zákaz šoférovania, diétne obmedzenia, ktoré vylučujú z verejného stravovania, bariéry v architektúre, ktoré znemožňujú prístup do budov, stigmatizácia, predsudky spoločnosti, kvôli ktorým vylučujú z účasti, napríklad kvôli duševnému alebo infekčnému ochoreniu alebo vzhľadu, pútanie nežiaducej a obťažujúcej pozornosti na verejnosti. Posudzujeme rozsah obmedzení, prispôsobenie alebo naopak bariéry v prostredí, ktoré znemožňujú účasť týchto ľudí na aktivitách.

Medzinárodná klasifikácia zdravotného postihnutia

Zo sociálneho modelu zdravia vychádza Medzinárodná klasifikácia zdravotného postihnutia (ICF), ktorá bola schválená v roku 2001 ako medzinárodný štandard na popis a meranie zdravotného postihnutia (WHO, 2001). Je založená na rovnakom základe ako medzinárodná klasifikácia chorôb, používa rovnaké kódy. Popisuje zdravotné situácie v spomínaných troch dimenziách – poškodenie, nespôsobilosť, znevýhodnenie (Obrázok 9). Napríklad vitiligo je autoimunitné ochorenie, ktoré sa prejavuje stratou pigmentu, takže je viditeľné. Nespôsobuje ale žiadnu nespôsobilosť. Nie je infekčné, ale tým, že je viditeľné, spája sa s vylúčením týchto ľudí z niektorých aktivít či profesií – i keď Winnie Harlow sa presadila ako modelka napriek tomuto postihnutiu.

Skúsme si to uviesť na príklade. Muž vo veku 30 rokov (s osobou súvisiace faktory) má poranenú miechu (zdravotná situácia), z čoho vyplýva poškodenie svalových funkcií a štruktúr miechy (telesné funkcie a štruktúry/ zdravotné postihnutie), ktoré mu spôsobuje problémy v pohybe a chôdzi (aktivity/ nespôsobilosť) a vedie k obmedzenej možnosti účasti v zamestnaní a vo využívaní verejnej dopravy (participácia/ znevýhodnenie) a to najmä kvôli bariéram v budovách, vonkajšej architektúre a verejnej doprave.

OBRÁZOK 9 Sociálny model zdravotného postihnutia II (WHO 2002, str. 9)



Kompenzačné pomôcky

Dostávame sa ku kompenzačným pomôckam, ktoré ale prenecháme vašej zvedavosti a schopnosti samostatne vyhľadávať na internete, keďže je to fascinujúca oblasť technologického rozvoja. Veľmi odporúčam začať vyhľadávať napr. „assistive technology centre“, kde nájdete rôzne videá predstavujúce podporné technológie na prekonanie rôznych nespôsobilostí. Pre ľudí so zrakovým postihnutím je dôležitý hmatový a hlasový výstup. Využívajú rôzne aplikácie, ale najčastejšie JAWS umožňujúci hlasový výstup z rôznych zariadení. Braillov riadok je zariadenie, ktoré im umožňuje hmatový výstup zo zariadení. Existujú počítače či zápisníky, mobilné telefóny, ktoré sú špeciálne upravené pre hmatový alebo hlasový výstup, a tiež široká škála pomôcok na prekonávanie bariér v každodenných aktivitách vrátane čítacieho pera či zariadenia rozlišujúceho a hlásiaceho farby oblečenia. Ľudia so sluchovým postihnutím využívajú rozličné načúvacie a zosilňovacie prístroje, signalizačné systémy, indukčné slučky, špeciálne telefóny či budíky. Existujú tiež pomôcky uľahčujúce nácvik artikulácie alebo pomôcky uľahčujúce nácvik znakovkej reči. Existuje široká škála kompenzačných pomôcok pre ľudí s pohybovým postihnutím vrátane veľmi vážnych postihnutí, ako je kvadruplegia.

OTÁZKY

VÝSKYT SYMPTÓMOV 1

1.1 Označte tie symptómy, ktoré sú subjektívne:

- A) krvácanie z nosa
- B) návaly tepla
- C) horúčka

1.2. Označte tie symptómy, ktoré sú objektívne:

- A) nauzea
- B) zvracanie
- C) bolesť hlavy

1.3. Označte tie symptómy, ktoré sú subjektívne:

- A) vyrážky
- B) hnačka
- C) sucho v ústach

1.4. Označte tie symptómy, ktoré sú objektívne:

- A) ťažkosti s pamäťou
- B) pískanie v ušiach
- C) opuch nôh

VÝSKYT SYMPTÓMOV 2

2.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Symptómy ochorenia sú všetky telesné symptómy, ktoré vnímame.

- áno nie

2.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesný symptóm, ktorý prisudzujeme ochoreniu považujeme za symptóm ochorenia.

- áno nie

2.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesný symptóm daná osoba vždy vníma a nestačí iba zmena vzhľadu alebo správania pozorovaná niekým iným.

- áno nie

2.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesný symptóm môže byť vnímaný osobou ako pocit, alebo pozorovaný ako zmena vzhľadu alebo správania.

- áno nie

2.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesné symptómy, ktoré nás obmedzujú v bežných aktivitách máme tendenciu prisúdiť ochoreniu.

- áno nie

2.6. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesné symptómy, ktoré rýchlo odznejú máme tendenciu prisúdiť ochoreniu.

áno nie

2.7. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesné symptómy, ktoré nežiaducim spôsobom menia náš vzhľad máme tendenciu prisúdiť ochoreniu.

áno nie

2.8. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Telesné symptómy, ktoré sú mierne máme tendenciu venovať pozornosť.

áno nie

VNÍMANIE SYMPTÓMOV 1

3.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Fyziologické, ale i patologické procesy, emócie a vplyvy vonkajšieho prostredia spúšťajú receptory, ktoré generujú informácie o stave a funkcii vnútorných orgánov a orgánových systémov. Len malá časť týchto podnetov vedie k uvedomeniu si telesných pocitov.

áno nie

3.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Fyziologické, ale i patologické procesy, emócie a vplyvy vonkajšieho prostredia spúšťajú receptory, ktoré generujú informácie o stave a funkcii vnútorných orgánov a orgánových systémov. Všetky tieto podnety vnímame ako telesné pocity.

áno nie

3.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Venovanie pozornosti podnetom a uvedomenie si telesných pocitov závisí od vnímavosti podmienenej mierou negatívnej afektivity, selektívnosti pozornosti a pomeru informácií, ktoré prichádzajú z vnútorného a z vonkajšieho prostredia.

áno nie

3.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Venovanie pozornosti podnetom a uvedomenie si telesných pocitov závisí od vnímavosti podmienenej mierou extravenzie, pružnosťou pozornosti a dostatočného množstva informácií, ktoré prichádzajú z vnútorného a z vonkajšieho prostredia.

áno nie

3.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ak už nejaký telesný symptóm pociťujeme, pozorujeme alebo nás na neho niekto upozorní, prisúdime mu somatickú alebo psychologickú príčinu.

áno nie

3.6. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ak už nejaký telesný symptóm pociťujeme, pozorujeme alebo nás na neho niekto upozorní, prisúdime mu somatickú príčinu, teda považujeme ho za symptóm ochorenia.

áno nie

VNÍMANIE SYMPTÓMOV 2

4.1. Fyziologické, ale i patologické procesy, emócie a vplyvy vonkajšieho prostredia spúšťajú receptory, ktoré generujú informácie o stave a funkcii vnútorných orgánov a orgánových systémov, no iba malá časť týchto informácií vedie k uvedomeniu telesných zmien. Ktoré z uvedených faktorov sa na tom podieľajú?

- A) selektívna pozornosť
- B) negatívna afektivita
- C) pomer informácií, ktoré prichádzajú z vnútorného a z vonkajšieho prostredia
- D) extroverzia
- E) dostatočné množstvo informácií, ktoré prichádzajú z vnútorného a z vonkajšieho prostredia
- F) pružnosť pozornosti

4.2. Zaškrtnite všetky správne alternatívy:

Naivnú teóriu zdravia si vytvárame

- A) na základe vlastných skúseností so zdravím a chorobou
- B) na základe skúseností iných ľudí so zdravím a chorobou
- C) na základe nášho porozumenia biomedicínskym informáciám, ktoré sú nám k dispozícii
- D) na základe dlhoročného štúdia medicíny
- E) na základe intuitívneho porozumenia vesmíru

FAKTORY VNÍMANIE SYMPTÓMOV

5.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ľudia, ktorí sú viac náchylní k nepríjemnému prežívaniu (negatívna afektivita) sú aj vnímavejší k telesným symptómom.

áno nie

5.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ľudia, ktorí sú viac náchylní k nepríjemnému prežívaniu (negatívna afektivita) zažívajú diskomfort častejšie a preto sú menej vnímaví k telesným symptómom.

áno nie

5.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ak sa sústredíme viac na podnety z vonkajšieho prostredia, napríklad na to, čo práve robíme, môžeme byť menej vnímaví napríklad voči bolesti alebo diskomfortu vyplývajúcemu z podnetov vnútorného prostredia.

áno nie

5.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ak sa sústredíme viac na podnety z vonkajšieho prostredia, napríklad na to, čo práve robíme, môžeme byť tiež vnímavejší voči bolesti alebo diskomfortu vyplývajúcemu z podnetov vnútorného prostredia.

áno nie

5.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ak sa nudíme, naša pozornosť môže venovať viac svojej kapacity vnútorným podnetom a teda sme vnímavejší na telesné pocity.

áno nie

5.6. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Ak sa nudíme, naša pozornosť môže otupieť, venovať menej svojej kapacity vnútorným podnetom, v dôsledku čoho sme menej vnímaví na telesné pocity.

áno nie

5.7. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Tomu istému pocitu môžeme prisúdiť rozličné dôvody, vnímať ich ako ho rôzne, vnímať ho ako symptóm ochorenia, alebo mu prisúdiť psychologickú príčinu. Napríklad, búšenie srdca a pocit tepla môžeme prisúdiť rozrušeniu alebo horúčke v závislosti od kontextu situácie.

áno nie

5.8. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Tomu istému telesnému pocitu prisudzujeme vždy rovnaký dôvod, teda vnímame ho buď ako symptóm ochorenia alebo mu prisúdime psychologickú príčinu. Napríklad búšeni srdca prisudzujeme rozrušeniu, teda prisudzujeme mu psychologickú príčinu a pocitu tepla horúčku, teda vnímame ju ako symptóm ochorenia.

áno nie

REPREZENTÁCIA OCHORENIA

6.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Reprezentácia ochorenia je pacientove implicitné presvedčenie o charakteristikách ochorenia, ktoré obvykle zahŕňa typické symptómy, vnímané dôsledky, možné príčiny, priebeh a trvanie, možnú liečbu alebo kontrolu nad ochorením.

áno nie

6.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Reprezentácia ochorenia je zhrnutie vedeckých poznatkov o charakteristikách ochorenia, ktoré obvykle zahŕňa typické symptómy, vnímané dôsledky, možné príčiny, priebeh a trvanie, možnú liečbu alebo kontrolu nad ochorením.

áno nie

6.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Lepšie identifikujeme ochorenia, ktoré majú dobre identifikovateľné symptómy, predstavujú menšie ohrozenie a sedia do našej predstavy o ochorení.

áno nie

6.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Lepšie identifikujeme ochorenia, ktoré majú matúce symptómy a sú život ohrozujúce alebo vyvolávajú mimoriadne obavy a úzkosť.

áno nie

6.5. Zaškrtnite oblasti, ktoré ovplyvňuje reprezentácia ochorenia

- A) vyhľadanie zdravotníckej starostlivosti a adhérenciu
- B) postoj k užívaniu liekov a liečbe
- C) prežívanie opatrovateľa, jeho úzkosť alebo smútok
- D) účinnosť liečiv
- E) poskytnutie sociálnych dávok pre zdravotne postihnutých

6.6. Zaškrtnite oblasti, ktoré ovplyvňuje reprezentácia ochorenia

- A) starostlivosť o zdravie a relevantnú zmenu správania
- B) s ochorením súvisiacu nespôsobilosť a návrat do práce
- C) kvalitu života
- D) dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- E) kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti

6.7. Zaškrtnite vhodné odporúčania pre starostlivosť o pacientov trpiacich idiopatickým ochorením:

- A) Je dôležité ich brať vážne, veriť im, že ich symptómy ich skutočne trápia.
- B) Je dôležité zbytočne nevzbudzovať nádej a neplytváť energiou na uľavenie od symptómov, zlepšenie schopnosti fungovať, vykonávať bežné aktivity napriek symptómom.
- C) Je dôležité upokojovať, vysvetľovať, byť otvorený hľadaniu možností pomoci.
- D) Takýto pacienti sú nároční a vyčerpávajúci a keďže nie je dôvod im poskytovať zdravotnú starostlivosť, kontakt s nimi by mal byť minimalizovaný.
- E) Pre pacienta je dôležité, aby uznali, že jeho diagnóza existuje a riešili symptómy, ktoré je možné riešiť kombináciou farmakologických (lieky proti bolesti) a nefarmakologických postupov (cvičenie, relaxácia).

6.8. Zaškrtnite vhodné odporúčania pre starostlivosť o pacientov trpiacich idiopatickým ochorením:

- A) Je dôležité im dôkladne vysvetliť, že ich symptómy neboli potvrdené diagnosticky, a teda to nebude nič vážne.
- B) Je dôležité sa sústrediť na uľavenie od symptómov, zlepšenie schopnosti fungovať, vykonávať bežné aktivity napriek symptómom.
- C) Je dôležité neplytváť čas vysvetľovaním, keďže symptómy v tomto prípade nie je možné vysvetliť, prisúdiť konkrétnemu ochoreniu.
- D) Niekedy postačí ako terapia vzťah medzi lekárom a pacientom, kontinuita starostlivosti a dlhodobý vzťah.
- E) Lekárom sa odporúča, aby proaktívne komunikovali s inými klinickými odborníkmi pri stanovovaní diagnózy a starostlivosti o týchto pacientov.

ODLOŽENIE STAROSTLIVOSTI

7.1. Čas od momentu, keď si pacient uvedomí telesný symptóm až po moment, keď to zhodnotí ako symptóm ochorenia je:

- A) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu symptómov
- B) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu potreby starostlivosti
- C) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu vhodnosti starostlivosti
- D) odložením starostlivosti kvôli selektívnosti pozornosti

7.2. Čas od momentu, keď si pacient prizná, že je chorý až kým sa nerozhodne, že potrebuje vyhľadať lekára je:

- A) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu symptómov
- B) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu potreby starostlivosti
- C) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu vhodnosti starostlivosti
- D) odložením starostlivosti kvôli nedostupnosti zdravotnej starostlivosti

7.3 Čas, od kedy sa pacient rozhodne, že by potreboval pomoc, až kým ju skutočne vyhľadá, objedná sa na termín, alebo príde do čakárne je:

- A) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu symptómov
- B) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu potreby starostlivosti
- C) odložením starostlivosti kvôli posudzovaniu vhodnosti starostlivosti
- D) odložením starostlivosti kvôli nedostupnosti zdravotnej starostlivosti

7.4. Lekára nevyhľadajú tí, ktorí:

- A) veria, že symptómy odznejú
- B) nechcú čerpať PN alebo nenaplniť povinnosti voči rodine
- C) si myslia, že nemajú čas
- D) veria, že symptómy sú vážne
- E) veria, že existuje liečba
- F) symptómy ich obmedzujú v aktivitách

7.5 Lekára vyhľadávajú tí, ktorí:

- A) veria, že existuje liečba
- B) blízka osoba ich povzbudila, aby vyhľadali pomoc
- C) chcú sa vyhnúť riziku zhoršenia zdravia
- D) nechcú vyzerať slabo
- E) nevedia, čo tie symptómy môžu indikovať
- F) obávajú sa, čo si o nich pomyslia, že ich budú nepriaznivo hodnotiť za niečo, čo urobili/neurobili a súvisí s ich symptómami

SOCIÁLNY MODEL CHOROBY 1

8.1. Zamyslite sa nad zdravotnou situáciou a doplňte, či je spojená s nepohodou, či je možné, že ju lekár neoznačí ako diagnózu a či sú s ňou spojené aj obmedzenia vykonávať prácu alebo vybrané povolania

	Nepohoda	Diagnóza	Práceneschopnosť
Chrípka	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie
Alergická nádcha	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie

8.2. Zamyslite sa nad zdravotnou situáciou a doplňte, či je spojená s nepohodou, či je možné, že ju lekár neoznačí ako diagnózu a či sú s ňou spojené aj obmedzenia vykonávať prácu alebo vybrané povolania

	Nepohoda	Diagnóza	Práceneschopnosť
Amputácia končatiny	A) áno B) nie	A) áno B)nie	A) áno B) nie
Nediagnostikovaná rakovina prsníka	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie

8.3. Zamyslite sa nad zdravotnou situáciou a doplňte, či je spojená s nepohodou, či je možné, že ju lekár neoznačí ako diagnózu a či sú s ňou spojené aj obmedzenia vykonávať prácu alebo vybrané povolania

	Nepohoda	Diagnóza	Práceneschopnosť
Syndróm chronickej únavy	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie
Bolesti chrbta, hlavy	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie

8.4. Zamyslite sa nad zdravotnou situáciou a doplňte, či je spojená s nepohodou, či je možné, že ju lekár neoznačí ako diagnózu a či sú s ňou spojené aj obmedzenia vykonávať prácu alebo vybrané povolania

	Nepohoda	Diagnóza	Práceneschopnosť
Epilepsia	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie
Cukrovka	A) áno B) nie	A) áno B) nie	A) áno B) nie

SOCIÁLNY MODEL CHOROBY 2

9. 1. Priradte situáciám popisované termíny:

Termíny:	Situácie
A) zdravotná situácia	1) diabetes
B) zdravotné postihnutie	2) porucha metabolizmu cukrov
C) nespôsobilosť	3) obmedzenia v stravovaní
D) znevýhodnenie	4) nemôže sa stravovať v školskej jedálni, kvôli obavám z kolapsu učiteľa odmietajú prevziať zodpovednosť počas výletov a teda je vylúčený z takýchto aktivít

9. 2. Priradte situáciám popisované termíny:

Termíny:	Situácie
A) zdravotná situácia	1) panická porucha
B) zdravotné postihnutie	2) úzkosť
C) nespôsobilosť	3) nedokáže vychádzať z domu bez doprovodu
D) znevýhodnenie	4) nesúhlasné a ponižujúce reakcie ľudí, kvôli ktorým minimalizuje interakciu

9. 3. Priradte situáciám popisované termíny:

Termíny:	Situácie
A) zdravotná situácia	1) poranenie miechy
B) zdravotné postihnutie	2) paralýza
C) nespôsobilosť	3) nedokáže používať verejnú dopravu
D) znevýhodnenie	4) fyzické bariéry pri nastupovaní/vystupovaní znemožňujú používať verejnú dopravu a bránia navštevovať kultúrne podujatia

LITERATÚRA

1. Hofmann, Bjørn, "Disease, Illness, and Sickness", in *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine* ed. Miriam Solomon, Jeremy R. Simon and Harold Kincaid (Abingdon: Routledge, 25 Oct 2016), accessed 27 Dec 2022, Routledge Handbooks Online.
2. Jaworska S, Ryan K. Gender and the language of pain in chronic and terminal illness: A corpus-based discourse analysis of patients' narratives. *Soc Sci Med.* 2018 Oct;215:107-114. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.002. Epub 2018 Sep 8. PMID: 30219748.
3. Klemenc-Ketis Z, Krizmaric M, Kersnik J. Age- and gender-specific prevalence of self-reported symptoms in adults. *Cent Eur J Public Health.* 2013 Sep;21(3):160-4. doi: 10.21101/cejph.a3822. PMID: 24344543.
4. Kolk A.M. et al.: A symptom perception approach to common physical symptoms *Social Science & Medicine* 57 (2003) 2343–2354
5. Madarasová Gecková A. eds.: HBSC – Slovensko – 2017/2018. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13 a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2017/2018 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School-aged Children“ Bratislava, ÚVZ SR, 2019
6. Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 345–53.
7. Morrison V., Bennett P.: *Introduction to Health Psychology*. Pearson Education Limited 2016
8. Oliver, Michael (1990). *The Politics of Disablement*. London: Macmillan Education. ISBN 9780333432938.
9. THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION and THE DISABILITY ALLIANCE: *Fundamental Principles of Disability* 1976 <https://the-ndaca.org/resources/audio-described-gallery/fundamental-principles-of-disability/>
10. Vavrouška P.: Jeho rodine zhorel dom, brat sa utopil, on prišiel o ruku a nohu, zachránil ho severný pól. *Denník N* 26.12.2015 <https://dennikn.sk/327586/rodine-zhorel-dom-brat-sa-utopil-prisiel-ruku-nohu-zachranil-ho-severny-pol/>
11. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Jun;59(6):450-4. doi: 10.1136/jech.2004.025346. PMID: 15911638; PMCID: PMC1757037.
12. World Health Organization: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva 2001
13. World Health Organization: *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*, Geneva 2002

IX. CHRONICKÉ OCHORENIA Z PERSPEKTÍVY PACIENTA

V predchádzajúcich kapitolách ste sa oboznámili s tým čo znamená byť chorý, ako každý z nás vníma a reaguje na chorobu a jej symptómy, či ako môžu ľudia rôzne reagovať na ochorenia a pristupovať k zdravotnej starostlivosti. Dozvedeli ste sa tiež viac o tom, aké stratégie zvládania ľudia využívajú pri prežívaní rôznych stresových situáciách a akú úlohu v tom zohráva sociálna opora. V tejto kapitole sa budeme viac venovať tomu, ako človek prežíva chronické ochorenie od oznámenia diagnózy až po samotnú liečbu. Priblížime si dopady ochorenia na jeho život, spôsoby zvládania, vplyve ochorenia na kvalitu života samotného pacienta s chronickým ochorením i jeho rodinu. Oboznámime sa tiež s nástrojmi, ktoré sa používajú na meranie kvality života a s niektorými vybranými intervenciami na jej zlepšenie.

1. CHRONICKÉ OCHORENIA

Pod pojmom chronické choroby rozumieme pretrvávajúce ochorenie alebo stav, ktorý trvá aspoň tri mesiace, vyžaduje si lekársku starostlivosť a v mnohých prípadoch aj intenzívny seba-manažment, v závislosti od typu a závažnosti ochorenia. Sú výsledkom kombinácie genetických, fyziologických, environmentálnych a behaviorálnych faktorov (Bernell, Howard, 2016). Tieto ochorenia sú hlavnou príčinou predčasnej úmrtnosti alebo zdravotného postihnutia, ktoré celkovo vedie k zhoršovaniu fyzického zdravia obyvateľstva a z dôvodu zvýšenej záťaže pre zdravotníctvo a verejné financie následne aj ku klesajúcemu ekonomickému rozvoju krajín. Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie kvôli chronickým ochoreniam zomrie ročne asi 41 miliónov ľudí, pričom najčastejšie sú dôvodom kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, chronické respiračné choroby či cukrovka (World health statistics, 2022). Len v Spojených štátoch amerických trpela v roku 2019 nejakým typom chronického ochorenia viac ako polovica dospelaj populácie vo veku 18-34 rokov a takmer ¼ trpí viacerými ochoreniami (Watson a kol. 2022). Na Slovensku v roku 2019 viac ako 30% dospelých obyvateľov trpela aspoň jedným chronickým ochorením (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

K chronickým ochoreniam patria aj choroby centrálného nervového systému, ako je napríklad skleróza multiplex, ktorá nám bude v priebehu tejto kapitoly slúžiť ako ukážka na demonštráciu jednotlivých problémov súvisiacich s témou dopadov chronických ochorení na život pacienta a vyrovnávanie sa s týmto stavom. Skleróza multiplex je dlhodobé autoimunitné ochorenie, ktoré postihuje rozmanité časti nervového systému. Medzi symptómy patria rozmazané videnie, pocit slabosti a brnenia v končatinách, nestabilita a únava. Jedná sa o progradujúce ochorenie na ktoré neexistuje v súčasnej dobe liek, iba lieky spomaľujúce jeho progresiu. Na Slovensku je diagnostikovaných približne 8000 pacientov, pričom najčastejšie sú diagnostikovaní ľudia vo veku 20 – 40 rokov. V nasledujúcej časti si prečítajte krátky príbeh mladej ženy, ktorej bolo toto ochorenie diagnostikované. S týmto príbehom budeme pracovať aj v ďalších častiach kapitoly.

Jana, 36 rokov, **Skleróza multiplex**

Jana je mladá žena. Skleróza multiplex jej bola diagnostikovaná doslova náhodou, keď sa v nemocnici liečila pre kožné problémy. Pre Janu to bol šok. Zistila, že jej ochorenie je v pokročilom štádiu a jej mozog a miecha sú vážne zasiahnuté nezvratiteľnými zmenami. Potom pocítila veľký hnev na lekára, ktorý pred rokmi podcenil jej symptómy trpnutia trupu a rúk.

Jana má problémy s motorikou, kvôli čomu mala aj úraz, keď doma zakopla a spadla zo schodov. Hoci je šikovná a ambiciózna, únava jej bráni efektívne pracovať, často si musí počas dňa pospať. Ochorenie výrazne ovplyvňuje aj jej náladu, často pociťuje výkyvy nálad, frustráciu, beznádej v spojitosti s budúcnosťou a obavy ako bude zvládať život, a že sa jej ochorenie zhorší.

Jana je momentálne bez vzťahu a detí. Nájsť si partnera, ktorý by chcel priateľku s tak vážnou diagnózou považuje za nemožné. Nejaký čas po diagnostikovaní ochorenia jej lekárka oznámila, že nebude môcť mať deti. Jane sa rozpadli mnohé sny, ktoré pre svoj život mala, že bude mať rodinu, bude cestovať a užívať si zdravý dlhý život. Je vďačná, že má priateľov a rodinu, ktorí ju podporujú a že zarába relatívne dobre.

2. CHRONICKÉ OCHORENIE A JEHO DOPAD NA ŽIVOT PACIENTA

Chronické ochorenia významne zasahujú do života človeka. Takéto **ochorenie predstavuje významný stresor**, na ktorý ľudia reagujú rôznym spôsobom, a má veľký dopad na fyzickú, psychickú aj sociálnu oblasť života každého pacienta. Je zároveň dynamickým a komplexným procesom, ktorý má určité fázy. Začína vnímaním symptómov, pokračuje diagnostikovaním ochorenia, liečbou a na to všetko reaguje každý individuálne, čo súvisí s mnohými faktormi, napríklad s tým ako závažné je ochorenie, aké má človek stratégie zvládania a napríklad, či má alebo nemá sociálnu oporu. **Morse a Johnson (1991)** vytvorili model, pomocou ktorého popisujú jednotlivé **fázy reakcií**:

- 1) **Neistota** (*uncertainty*) - v tejto fáze sa človek snaží porozumieť, čo znamenajú symptómy, ktoré pociťuje a aká je ich závažnosť
- 2) **Rozrušenie** (*disruption*) - pacientovi je už zjavné, že ide o niečo závažnejšie. Zažíva stres a môže sa upínať k zdravotníkom alebo k blízkym.
- 3) **Snaha o zotavenie** (*striving for recovery*) - pacient sa snaží dosiahnuť kontrolu nad ochorením, a to aktívnym zvládaním rozmanitými stratégiami
- 4) **Obnovenie pohody** (*restoration of well-being*) - pacient dosahuje novú emočnú rovnováhu založenú na prijatí ochorenia a jeho dopadov na jeho život

Spočiatku môže byť pacient napríklad **v šoku, popierať**, prípadne spochybňovať diagnózu, spochybňovať zdravotníka, hľadať alternatívne vysvetlenia. Keď už nie je možné popierať existenciu danej diagnózy a ochorenia, pacient **môže pociťovať stres**, nespí, neje, nevie sa sústrediť, **pociťuje úzkosť alebo je depresívny**. Postupne ako sa dozvedá viac informácií o ochorení a liečbe, **upokojí sa a energiu sústredí na zvládanie** a proces liečby. V tomto momente môže znovu aktivizovať nádej na vyliečenie. Tento proces je samozrejme **individuálne prežívaný a zvládaný**. Niektorí môžu niektoré fázy preskočiť alebo môže medzi nimi preskakovať. Iní sa môžu v niektorej z fáz zaseknúť na dlhšie obdobie, čo má samozrejme vplyv aj na jeho liečbu a následnú spoluprácu so zdravotníkmi.

ÚLOHA 1

Vráťme sa teraz k príbehu Jany so sklerózou multiplex a skúste sa zamyslieť nad príkladmi z jej života, ktoré sa týkajú rôznych oblastí. Popíšte pár príkladov k jednotlivým oblastiam.

Čo prežívala Jana keď sa dozvedela o svojej diagnóze?	
Ako ochorenie ovplyvnilo Janino zdravie a psychickú pohodu?	
Aké má Jana vyhliadky do budúcnosti, ktoré sa týkajú kvality jej života?	
Bude jej život kratší a potenciálne menej kvalitný kvôli chorobe?	
Ako sa ochorenie odrazí na jej pracovnom živote a v sociálnych vzťahoch?	

RIEŠENIE ÚLOHY 1

Keď sa Jana dozvedela, že má sklerózu multiplex bol to pre ňu v prvom rade šok, pretože v nemocnici bola kvôli úplne iným problémom. Následne cítila veľký hnev voči lekárovi, ktorý podcenil jej symptómy, s ktorými bola za ním už skôr.

Janina diagnóza je už v pokročilom štádiu a má problémy s motorikou, kvôli ktorým mala úraz. Veľmi často je unavená, preto si musí pospať aj cez deň. Ochorenie ovplyvňuje jej náladu, a preto má často výkyvy nálad, cíti frustráciu, beznádej ale aj obavy o budúcnosť.

Aktuálne je Jana bez partnera a uvedomuje si, že nájsť si ho s takouto diagnózou bude veľmi ťažké až nemožné. Navyše sa dozvedela, že nebude môcť mať deti. Všetky sny, ktoré mala do budúcnosti, sa jej zrútili.

Kvôli ochoreniu a jeho obmedzeniam nebude môcť mať rodinu, nebude môcť cestovať a užívať si zdravý život.

Napriek tomu je vďačná za svoju rodinu a priateľov, ktorí ju neustále podporujú. Navyše má dobré zamestnanie, ktoré ju finančne zabezpečuje.

Aj na tomto príbehu Jany môžeme vidieť, že chronické ochorenie má dopad na všetky aspekty života pacienta, či už je to fyzické zdravie alebo psychická pohoda. Ovplyvňuje tiež dĺžku života pacienta, má vplyv na jeho výkonnosť v práci, vzťahy s ostatnými ľuďmi či sexualitu. V ďalšej časti kapitoly sa bližšie pozrieme na jednotlivé oblasti.

2.1 Dopad chronického ochorenia na fyzické zdravie a funkčnú zdatnosť

Fungovanie nášho tela výrazne ovplyvňuje ako zvládame každodenný život, prácu, denné aktivity, sústredenie sa, zvládanie záťaže a podobne. K funkčnej zdatnosti pacientov s chronickými ochoreniami radíme aj zvládanie pre zdravého človeka triviálnych aktivít, ako je chôdza, nakupovanie alebo upratovanie.

Veľmi častým symptómom chronického ochorenia, ale taktiež aj liečby je **únava**, napríklad únava po operácii, po chemoterapii, po prekonaní infarktu. Napríklad Kluger a kol. (2013) zistili, že u pacientov so sklerózou multiplex až 83% pacientov trpelo únavou. Únava súvisí s neurologickými, imunologickými, hormonálnymi a zápalovými procesmi, ale jej dopad je do veľkej miery aj psychologický a funkčný. Unavení pacienti sú menej fyzicky aktívni, čo sa opäť odráža na ich zdraví a fyzickej výkonnosti. **O bolesti** vieme, že je významným faktorom, ktorý vplýva na kvalitu života. Vieme tiež, že niektoré ochorenia sú viac spojené s prežívaním bolesti a bolesť dokonca sama o sebe je často liečená ako ochorenie. Môžeme spomenúť ešte krehkosť, čo je **zvýšená citlivosť** pre zdravotné problémy. Zahŕňa také symptómy ako pomalosť, slabosť, znížená fyzická aktivita a vyčerpanie. Podľa Chowdhuryho a kol. (2017) sa vyskytuje až u 73% pacientov na dialýze a je asociovaná so zvýšeným rizikom hospitalizácie a úmrtia u týchto pacientov. Ak si chcete prečítať viac o týchto výskumoch, tu nájdete ich referencie:



Kluger, B.M., Krupp, L.B., Enoka, R.M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80(4):409-16.

Chowdhury, R., Peel, N. M., Krosch, M., & Hubbard, R. E. (2017). Frailty and chronic kidney disease: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 68, 135–142.

2.2 Negatívny dopad chronického ochorenia na psychickú pohodu

Chronické ochorenie má významný **dopad aj na psychické prežívanie pacienta**. Miera dopadu samozrejme súvisí s rôznymi faktormi, ako typ diagnózy, prognózy, ako aj s tým, do akej miery zasiahne kvalitu života pacienta. Je totiž rozdiel medzi tým, či je niekomu diagnostikovaná chronická obličková choroba v skoršom štádiu ochorenia, kedy ešte nepociťuje žiadne symptómy, alebo rakovina v terminálnom štádiu. Kým pacientovi s chronickou obličkovou chorobou je možné pomerne efektívne toto ochorenie manažovať a zabezpečiť mu ešte veľa rokov života s relatívne dobrou kvalitou života, pacientovi s rakovinou už nie. Tieto reakcie môžu byť samozrejme rozmanité a je to veľmi individuálne. Vo všeobecnosti môžeme **emocionálne reakcie rozlíšiť na reakcie** (Morrison, Bennet, 2016):

- **na diagnózu** (*podľa diagnózy a podľa prognózy ; katastrofické, vysoko emocionálne, „byť na hrane“, „bojovať o život“*)
- **na ochorenie samotné** (*depresia, úzkosť, strata samého seba, pocity hanby spojené so stigmou*)
- **na liečbu a hospitalizáciu** (*strach, strata kontroly, diskomfort, anticipačná úzkosť, nevoľnosť, stres*)
- **na ukončenie liečby** (*ambivalentné pocity, zraniteľnosť, potreba kontaktu so zdravotníkmi, pocit opustenosti, úzkosť, depresia, neistota, zlosť, ale aj nádej*)

Spomeňme si opäť na príbeh Jany a na jej pocity, keď sa dozvedela o svojej diagnóze. Najprv bola v šoku, pretože sa o svojej diagnóze dozvedela náhodou pri iných zdravotných problémoch, kvôli ktorým sa liečila. Pociťovala hnev na lekára, ktorý podcenil jej počiatkové symptómy. V reakcii na ochorenie, keď už ho začala viac spracovávať, cítila úzkosť a smútok, pretože nevedela, čo ju čaká, či sa jej ochorenie nezhorší, dokonca, či nezomrie priskoro. Smútok prišiel s uvedomením si, že jej život už nikdy nebude ako predtým, keď zistila, že nebude mať deti a nezaloží si rodinu.

Strata samého seba, ku ktorému môže taktiež dôjsť v reakcii na ochorenie, súvisí s neschopnosťou ďalej plniť očakávania a isté roly v spoločnosti v súvislosti s fyzickými alebo psychickými obmedzeniami v dôsledku choroby. Sem patria aj **pocity, že je človek iným na príťaž**. Výrazný je **pocit straty života** pred chorobou, koníčkov a snov. Ľudia musia predefinovať svoj život, potreby a možnosti. Toto veľmi úzko súvisí s prežívaním vlastnej hodnoty a životnej spokojnosti. V prípade, že človek zažíva intenzívnu liečbu, napríklad chemoterapiu a prípadne aj hospitalizácie, operácie a podobne, konfrontuje sa s radom ďalších emočných reakcií a stavov. **Môže mať strach**, pocit, že nemá veci pod kontrolou, že je vydaný napospas osudu a iným ľuďom, ktorým môže a nemusí dôverovať. **Môže zažívať úzkosť**. Môže sa cítiť extrémne závislý na iných ľuďoch, zdravotníkoch alebo príbuzných. Ukončenie liečby taktiež prináša rôzne pocity a aj keď by sa mohlo zdať, že budú pozitívne, nie je tomu tak. Človek sa prispôbil novým podmienkam žitia, kontaktu so zdravotníkmi, určitej rutine spojenej s liečbou a toto miesto teraz potrebuje opustiť. **Môže to byť sprevádzané úzkosťou či neistotou**. To

znamená, že človek s chronickým ochorením môže byť do veľkej miery zraniteľný, aj keď sa stabilizuje alebo keď je v remisii.

Schipper a kol. (2014) publikovali kvalitatívny výskum o skúsenosti pacientov s transplantáciou obličky. Výsledkom rozhovorov s pacientmi bola identifikácia štyroch tém a ich podtémy:

1. Skúsenosti pred transplantáciou
2. Pozitívne zmeny, ale s adaptačnými problémami
3. Menej pozitívne zmeny s adaptačnými problémami
4. Adaptácia a resiliencia

Čo sa týka témy skúsenosti pred transplantáciou, pacienti hovorili o nedostatku voľnosti počas dialýzy a závislosti na nej a rôznych emóciách spojených s čakaním na obličku, ako sú strach, pochybnosti, zlosť aj závisť. Ďalšou témou boli pozitívne zmeny, ale s adaptačnými problémami. Pacienti pociťovali vďačnosť za transplantáciu, mali potrebu adaptovať sa na zmenu a získať opätovnú nezávislosť, ale uvádzali aj pocity viny. Treťou témou alebo oblasťou boli menej pozitívne zmeny s adaptačnými problémami a tými boli pretrvávajúca únava, sexuálne problémy, vďačnosť, ale aj vina za to, že darca, ktorý zomrel, trpel alebo vina, že oni už obličku majú a iní nie a tiež uvádzali rôzne pocity spojené so stratou dovtedajšej podpory. V téme adaptácie a resiliencie sa objavili podtémy ako pozitívne zameranie, hľadanie benefitov, vyjadrovanie emócií a úprimnosť k sebe a iným. Na tomto príklade vidíme aké rozmanité môžu byť reakcie týkajúce sa život zachraňujúcej operácie a vôbec nemusia byť len pozitívne ako sa možno očakáva.

OBRÁZOK 1 Emócie, ktoré sa objavujú u pacientov po transplantácii obličiek (Schipper a kol. 2014)



2.3 Pozitívne reakcie na ochorenie a možné benefity spojené s ochorením

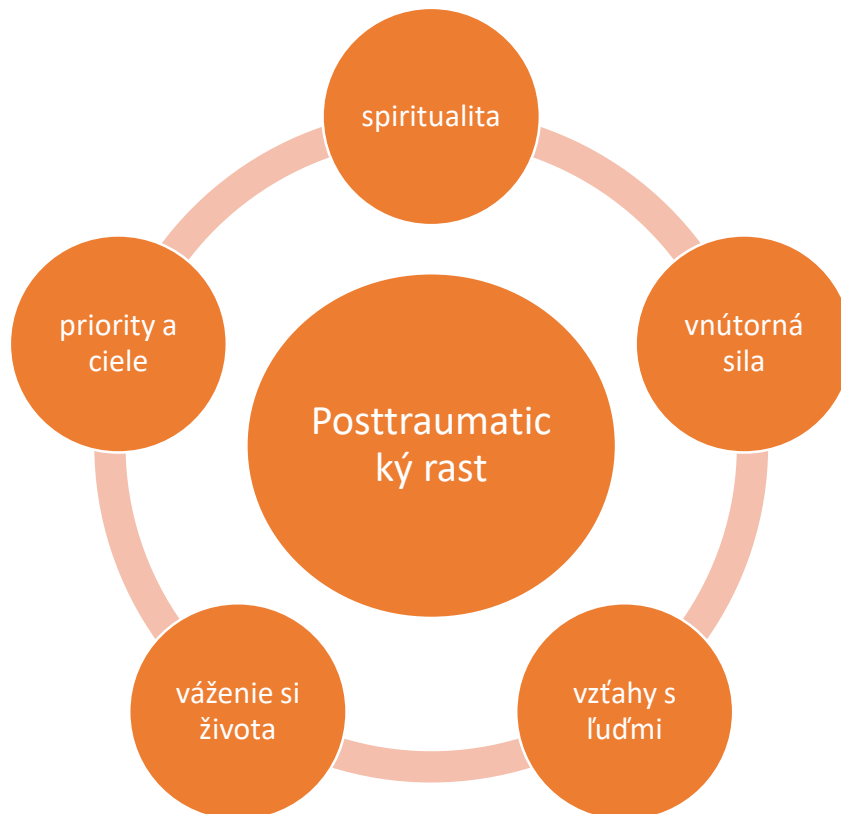
Existujú dôkazy že **pozitívny a optimistický prístup** a **pozitívne emócie** priamo alebo nepriamo ovplyvňujú zdravie a že ochorenie samotné môže človeku priniesť pozitívne zmeny v živote. Podľa Kurtza a kol. (2008), optimizmus a presvedčenia o zvládnutí ochorenia majú vplyv na zmiernenie bolesti a únavy u pacientov s rakovinou po chemoterapii. Štúdia Fredmana a kol. (2006) tiež ukázala, že u starších pacientov so zlomeninou bedrového kĺbu, ktorí mali zo začiatku hospitalizácie vysokú úroveň pozitívnych emócií, došlo k rýchlejšiemu uzdraveniu v zmysle schopnosti stáť a chodiť, a to v dlhodobom pozorovaní v porovnaní s tými, ktorí mali negatívny postoj.

V súvislosti s pozitívnymi reakciami na ochorenie hovoríme o aj o **tzv. post-traumatickom raste**. Post-traumatický rast je termín označujúci pozitívnu psychologickú zmenu ako výsledok trápenia

a stresujúcich životných okolností. Vo všeobecnosti bolo identifikovaných **päť hlavných domén pozitívnej zmeny** v dôsledku prežitia traumy alebo stresovej udalosti (Fu a kol. 2022):

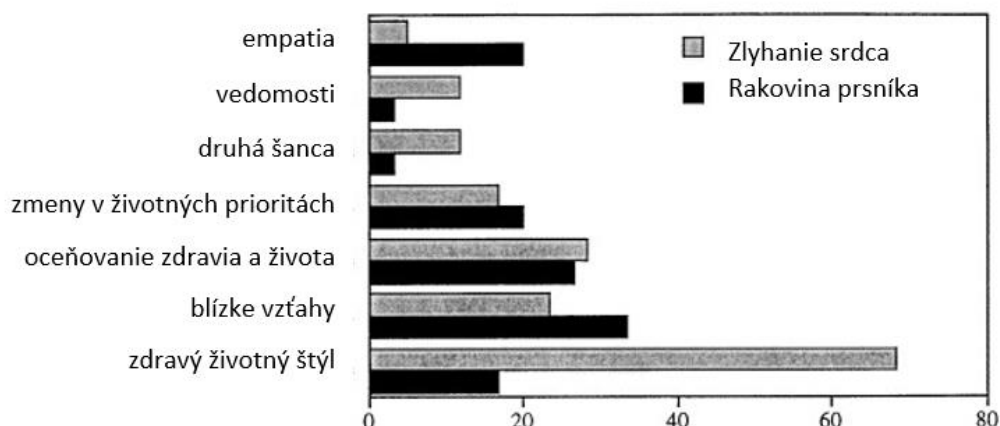
- 1) zlepšenie interpersonálnych vzťahov
- 2) väčšie ocenenie života
- 3) pocit väčšej vnútornej sily
- 4) väčšia spiritualita
- 5) zmeny v životných prioritách a cieľoch, objavovanie nových možností

OBRÁZOK 2 Domény posttraumatického rastu (Fu a kol. 2022, str. 2)



Dôležitosť týchto domén môže byť rôzna v závislosti od konkrétneho prípadu. Štúdie však ukázali, že spoločným menovateľom je stále **hľadanie benefitov v danej situácii**, resp. ochorenia. Petrie a kol. (1999) zistili, že u pacientov s rakovinou prsníka a infarktom až 58% v oboch skupinách uviedlo, že u nich v dôsledku choroby došlo k pozitívnym zmenám. Najčastejšími benefitmi u pacientov so zlyhaním srdca boli zmeny v životnom štýle, zlepšenie vzťahov či väčšie váženie si zdravia a života. V skupine pacientiek s rakovinou prsníka to boli rovnaké benefity.

OBRÁZOK 3 Vnímané pozitívne dopady ochorenia u pacientov so zlyhaním srdca a rakoviny prsníka (Petrie a kol. 1999)



2.4 Dopad ochorenia na sociálny, rodinný a pracovný život

Napriek tomu, že niektorí ľudia zažívajú post-traumatický rast v súvislosti s ich ochorením, väčšina chronických ochorení má významný **vplyv na rôzne oblasti života** a prináša rôzne obmedzenia týkajúce sa interpersonálnych vzťahov, rodiny práce, trávenia voľného času, ale aj bežných aktivít, ako je starostlivosť o domácnosť, o deti či sebarealizácia. Môžu však existovať niektoré aspekty, ktoré sú dominantné pri jednej konkrétnej chorobe v porovnaní s inými chorobami (Golics a kol. 2013).

Ako už bolo spomenuté, chronické ochorenie nemá dopad len na samotného pacienta, ale aj na jeho rodinu, a to hneď v niekoľkých rovinách. Podľa Golics a kol. (2013), členovia rodiny, ktorí sa starajú o pacienta s chronickým ochorením, sú často ovplyvnení na **emocionálnej úrovni a pociťujú distress**, vyplývajúci z ich pocitu bezmocnosti a nedostatku kontroly. Najčastejšie emócie, ktoré členovia rodín popisujú, sú vina, hnev, obavy, frustrácia, rozpaky, zúfalstvo či strata. Každá z týchto emócií ovplyvňuje členov rodiny rôznymi spôsobmi a v rôznej miere, často v závislosti od závažnosti ochorenia pacienta a doby od stanovenia diagnózy. Významnú úlohu pritom zohráva aj pohlavie členov a vzťah k pacientovi. Jedna z najväčších záťaží pre rodinných príslušníkov rodiny pacienta sú **finančné náklady** spojené so starostlivosťou a liečbou. Finančné napätie, ktoré pociťujú rodinní príslušníci často vedú k stresu a obavám. Mnohí z nich sú nútení nájsť si ďalšiu prácu, pracovať viac hodín alebo využiť príspevky od štátu alebo pomoc neziskových organizácií. Život s chronickým ochorením tiež výrazne ovplyvňuje **rodinné vzťahy**, a to nielen v zmysle k samotnému pacientovi, ale i medzi jednotlivými členmi rodiny, ktorí sa oňho starajú. Vplyvom náročnosti daného ochorenia môžu byť rodinné vzťahy poznačené negatívnym spôsobom. Negatívne rodinné vzťahy majú následne vplyv aj na manažment ochorenia a podporu pacienta v dodržiavaní liečby. Skúškou prechádzajú aj partnerské vzťahy a v niektorých prípadoch môže dôjsť k postupnému vzdalovaniu sa partnerov až k rozpadu vzťahu. Na druhej strane, pri niektorých ochoreniach môže dôjsť k opačnému efektu, a vzťahy v rodine sa stanú silnejšie a bližšie. Starostlivosť o pacienta s chronickým ochorením často ovplyvňuje aj **prácu a kariérny život** členov rodiny. Najčastejšie problémy, ktoré uvádzajú rodinní príslušníci, sú neskoré príchody do práce, časté vynechávanie práce, čo v niektorých prípadoch viedlo až k strate zamestnania. Ovplyvnení je aj **voľný čas** celej rodiny a **sociálny život**. Kvôli rôznym obmedzeniam, ktoré chronické ochorenia so sebou prinášajú, sú obmedzené aj možnosti voľnočasových aktivít či

trávenia dovolenky. Ukazuje sa však, že pokiaľ rodina prevezme iniciatívu pri plánovaní takýchto aktivít, je vyššia pravdepodobnosť spokojnejšieho trávenia voľného času. Negatívny dopad na sociálny život jednotlivých členov rodiny, najmä partnerov alebo rodičov, býva veľmi výrazný. Pocity inakosti a neporozumenia veľakrát vedú k narušeniu až strate blízkych sociálnych vzťahov, a tým aj k následnej izolácii sa od vonkajšieho sveta.

3. ZVLÁDANIE OCHORENIA

O všeobecných copingových stratégiách ste sa už dozvedeli v predchádzajúcich kapitolách. Čo sa týka copingových stratégií u pacientov s chronickými ochoreniami, tieto sa v zásade nelíšia od tých všeobecných. Potrebujeme však rozlíšiť medzi akútnym ochorením a chronickým ochorením. Ako už bolo spomenuté v úvode tejto kapitoly, o chronickom ochorení hovoríme, keď symptómy trvajú aspoň tri mesiace alebo vtedy ak prakticky neexistuje liečba. Napríklad dialýza neznamená liečbu, ktorá po určitom čase obličky vylieči a pacient už nebude potrebovať starostlivosť. Pacient bude dialyzovaný buď doživotne, alebo bude transplantovaný, prípadne bude zvolená konzervatívna liečba v rámci paliatívnej starostlivosti. Z chronického obličkového ochorenia však nemožno vyzdraviť. Niektoré ochorenia sú progresívne, napríklad rakovina alebo artritída a niektoré nie, napríklad astma. S tým súvisia aj nároky, ktoré pacient musí zvládnuť a prekonať, resp. prekonávať. **So zvládaním ochorenia súvisí vyrovnanie sa s viacerými situáciami, ktoré ochorenie prináša, a adaptácia na ne.** Tieto výzvy sú spoločné pre mnohé ochorenia, môžu sa však líšiť v intenzite, v závislosti na podmienkach, v ktorých daný pacient je. Napríklad, ak pri chronickom ochorení absentuje bolesť alebo je miernejšia, je pochopiteľne ľahšie sa na tento stav adaptovať. Taktiež nie všetky ochorenia človeka obmedzujú v rovnakej intenzite vzhľadom na ich funkčnosť v každodennom živote alebo neprinášajú viditeľné zmeny, ktoré by prinášali ďalšiu záťaž v sociálnom živote alebo v seba-vnímaní. Podľa autorov Moos a Schaefer (1984), **hlavné úlohy spojené s adaptáciou** na ochorenie zahŕňajú (Moos a Schaefer 1984 cit. podľa Morrison a Bennet, 2016):

- vyrovnať sa so symptómami, bolesťou
- získať kontrolu nad manažovaním ochorenia a liečby, prevencia progresie ochorenia
- zvládnuť vzťahy a komunikáciu so zdravotníkmi
- pripraviť sa a čeliť neistote vo vzťahu k budúcnosti
- zachovať si seba-hodnotu
- udržať emočnú rovnováhu
- zvládnuť zmeny vo vzťahoch s rodinou a priateľmi

K zvládacím stratégiám, ktoré pacient s chronickým ochorením využíva, zaraďujeme (Morrison a Bennet, 2016):

1. stratégie popierania a vyhýbania
2. na problém zameraná zvládanie a zvládanie akceptovaním
3. zvládanie spojené so spiritualitou a náboženstvom

Bežnou počiatočnou reakciou na diagnózu alebo **nástup ochorenia je vedomé alebo nevedomé popieranie**. V krátkodobom meradle je adaptívne, avšak v dlhodobom meradle môže mať negatívne dopady. **Môže viesť k vyhýbavej stratégii** a brániť aktívnemu zvládaniu. Vyhýbanie ako copingová stratégia je asociované s dlhodobým stresom (Stanton a kol. 2007). Vo všeobecnosti, **po úvodnej fáze konfrontovania sa s prítomnosťou ochorenia alebo diagnózy, nastúpi na problém zamerané zvládanie**

ako je napríklad využívanie zdrojov sociálnej opory, aktívne plánovanie ako si poradiť s ťažkosťami a pod., pričom zvládanie akceptovaním je spojené s pozitívnejšou adaptáciou na ochorenie (Stanton a kol. 2007). **Zvládanie akceptovaním** (napr. prijatie situácie, reinterpretácia okolností v pozitívnejšom svetle) je najčastejšou stratégiou využívanou pacientmi v nemocniciach a spolu so zvládaním zameraným na problém je spájaná s pozitívnymi dopadmi na zdravie celkovo (Lowe a kol. 2000). Významnú úlohu zohráva tiež **viera a náboženstvo**, ktoré sú spájané s väčším optimizmom, nádejou či vnútorným rastom. Môže mať však aj negatívny dopad, kedy ochorenie pacient vníma ako trest za svoje správanie, čo následne negatívne ovplyvňuje aj psychické zdravie pacienta.

OBRÁZOK 4 Stratégie vyrovnávania sa s chronickým ochorením (Morrison a Bennet, 2016)



ÚLOHA 2

Vráťme sa teraz k príbehu Jany a prečítajte si pokračovanie jej príbehu o tom, ako sa vysporiadala so svojou situáciou. Popíšte ako u nej prebiehali jednotlivé stratégie zvládania.

Spočiatku Jana nechcela veriť, že je možné, že má takéto ochorenie. Keď však videla lekárske záznamy, pochopila, že jej mozog a miecha sú vážne zasiahnuté po mnohých rokoch, čo sa jej ochorenie pomaly a do veľkej miery asymptomaticky rozvíjalo. Na niekoľko dní sa z toho zrútila, plakala a cítila veľkú sebaľútosť. Vedela, že keď sa tomu poddá, nepomôže jej to a zatelefonovala svojej mame a kamarátke. Potrebovala o tom hovoriť, potrebovala zisťovať informácie a potrebovala aj plakať na ramene blízkych, aby uvoľnila svoje napätie a strach. Bol to chaos pocitov a potrebovala v nich nájsť poriadok. Skontaktovala sa s lekármi a pýtala sa na podrobnosti, na prognózu, liečbu, vedľajšie účinky, na to, ako dlho s takýmto ochorením bude žiť, či stratí schopnosť chodiť a podobne. Dohodla si konzultácie s psychoterapeutkou, aby mohla spracovať fakt, že nebude mať deti a že jej život sa radikálne zmení. Potrebovala podporu aj keď vedela, že napokon je do veľkej miery na to aj tak sama a musí to zvládnuť. Postupne prispôsobila svoj denný režim a pracovný čas, aby sa prispôsobila únave a kognitívnemu zaťaženiu, ktoré súviselo s jej prácou. Zadovážila si psíka z útulku, aby sa mohla o niekoho starať a necítila sa taká sama. Začala viac aktívne relaxovať v prírode a tešiť sa z maličkostí, ktoré sú jej dociate aj v takomto živote s ochorením.

Stratégie popierania a vyhýbania	
Na problém zamerané zvládanie a zvládanie akceptovaním	
Zvládanie spojené so spiritualitou	

RIEŠENIE ÚLOHY 2

Jana využila viacero stratégií. Väčšina z nich bola naozaj efektívna, pretože Jana sama je pomáhajúcou pracovníčkou, takže jej podobné veci neboli neznáme. Treba však podotknúť, že väčšina pacientov automaticky tieto účinné stratégie nemá alebo nepozná a potrebujú podporu.

Aj keď sa Jana na začiatku zrútila, plakala a ľutovala sa, ale vedela, že potrebuje o tom hovoriť.

Začala aktívne vyhľadávať informácie, skontaktovala sa s lekármi a pýtala sa na podrobnosti. Skontaktovala sa tiež s terapeutkou a zaktivizovala svoje sociálne zdroje. Aktívne uvažovala o tom, čo jej môže pomôcť skvalitniť jej život a zaradila to medzi svoje činnosti. To jej pomohlo získať väčšiu kontrolu nad svojou situáciou a zmierniť úzkosť a obavy. Postupne prispôsobila svoj denný režim a pracovný čas

Zadovážila si tiež psíka z útulku, aby sa mohla o niekoho starať a necítila sa taká sama. Začala viac aktívne relaxovať v prírode a tešiť sa z maličkostí.

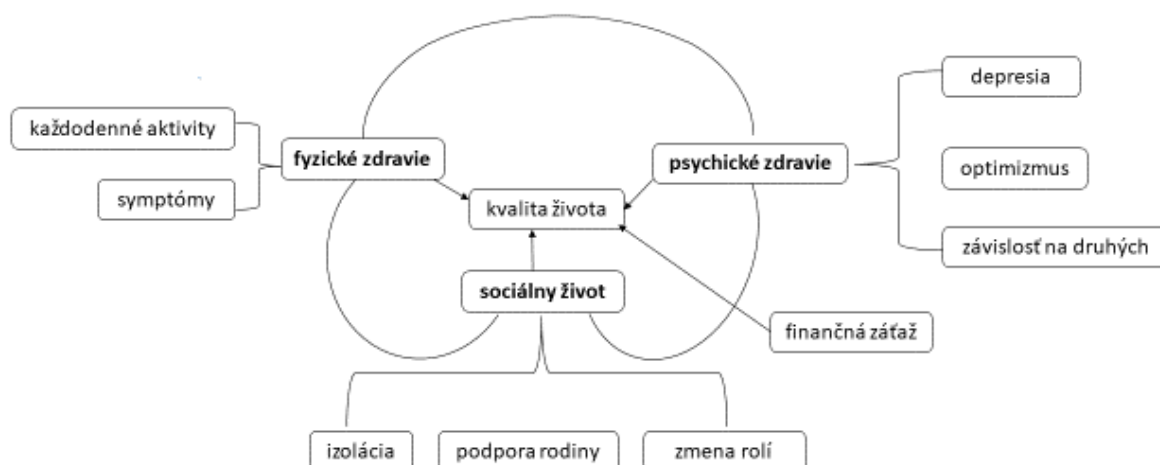
4. CHRONICKÉ OCHORENIE A KVALITA ŽIVOTA

Už v predchádzajúcich častiach kapitoly sme si načrtli vplyv ochorenia na kvalitu života pacienta. V súvislosti so zdravím hovoríme o pojme „**so zdravím súvisiaca kvalita života**“. Patrik a Erickson (1993) definujú kvalitu života súvisiacu so zdravím ako hodnotu priradenú dĺžke života modifikovanej poruchami, funkčnými stavmi, vnímaním a sociálnymi príležitosťami, ktoré sú ovplyvnené chorobou, zranením a liečbou. V kontexte chronických chorôb sa so zdravím súvisiaca kvalita života študuje ako primárny alebo sekundárny ukazovateľ. Je dôležitým meradlom na vyhodnotenie vplyvu choroby a účinkov lekárskej starostlivosti. Ako sekundárny ukazovateľ výskumníkom poskytuje údaje vytvárajúce hypotézy. Rovnako dôležité je, že vďaka informáciám o vplyve chronických chorôb na kvalitu života môžu byť zdravotnícke služby viac nastavené tak, aby boli zamerané na pacienta.

So zdravím súvisiaca kvalita života je multidimenzionálny konštrukt, ktorý pozostáva z 3 širokých domén fyzického, psychologického a sociálneho fungovania, ktoré sú ovplyvnené chorobou a tiež liečbou (Bian a kol. 2018):

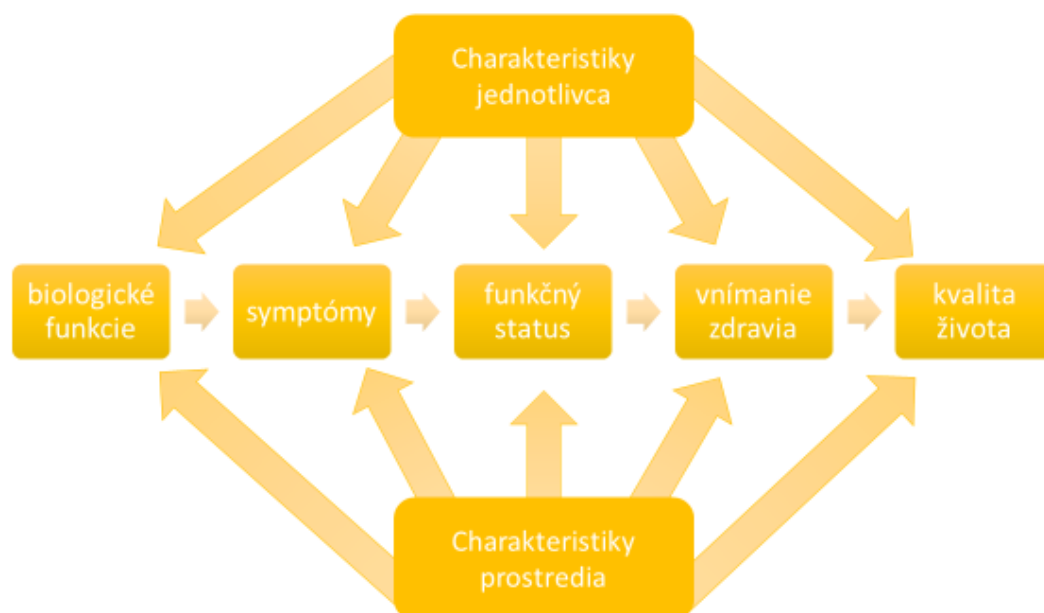
1. **Fyzické fungovanie** zahŕňa schopnosť vykonávať činnosti každodenného života ako aj fyzické symptómy vyplývajúce z choroby alebo z liečby.
2. **Psychologické fungovanie** zahŕňa rôzne emocionálne reakcie a tiež kognitívne funkcie.
3. **Sociálne fungovanie** sa vzťahuje na kvantitatívne a kvalitatívne aspekty sociálnych vzťahov a interakcií a spoločenskej integrácie.

OBRÁZOK 5 Domény so zdravím súvisiacej kvality života (Bian a kol. 2018)




Wilson a Cleary (1995) popísali **konceptuálny model so zdravím súvisiacej kvality života** ako multidimenzionálneho konštrukt. Model naznačuje, že fyziologické premenné ovplyvňujú stav symptómov, čo následne ovplyvňuje funkčné zdravie pacienta. Funkčné zdravie potom ovplyvňuje celkové vnímanie zdravia, a to ovplyvňuje celkovú kvalitu života (Wilson a Cleary, 1995 cit. podľa Ferrans a kol. 2005). Tento Wilsonov a Clearyho model **neskôr revidovali Ferrans a kol. (2005)** s cieľom vysvetliť vzťahy klinických premenných, ktoré súvisia s kvalitou života, a to prepojením s individuálnymi charakteristikami a charakteristikami prostredia.

OBRÁZOK 6 Revidovaný model so zdravím súvisiacej kvality života Wilsona a Clearyho (Ferrans a kol. 2005)



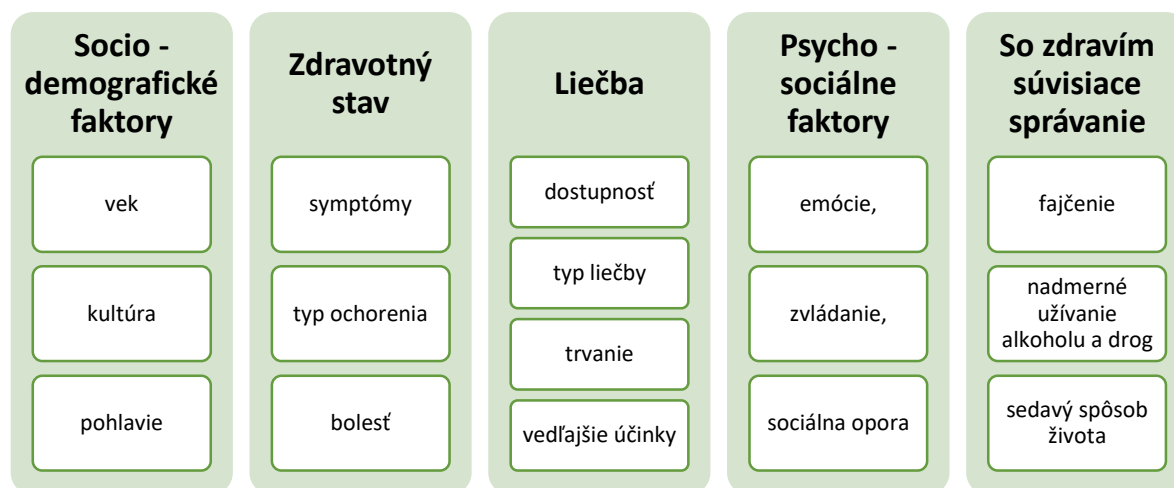
Kvalitu života ovplyvňujú viaceré faktory a u rôznych chronických ochorení majú tieto faktory aj rôzny vplyv. Napríklad podľa výskumu Avisa, Crawforda a Manuela (2005) medzi faktory, ktoré zohrávajú dôležitú úlohu v kvalite života pacientiek s rakovinou prsníka, patria najmä **psychosociálne faktory**,

akými sú problematické partnerské vzťahy, sexuálne fungovanie a body image, ale aj menej adaptívne stratégie zvládania. Ak si chcete prečítať viac o výsledkoch tohto výskumu, tu nájdete jeho referenciu:

	<p>Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. <i>Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology</i>, 23(15), 3322–3330.</p>
---	--

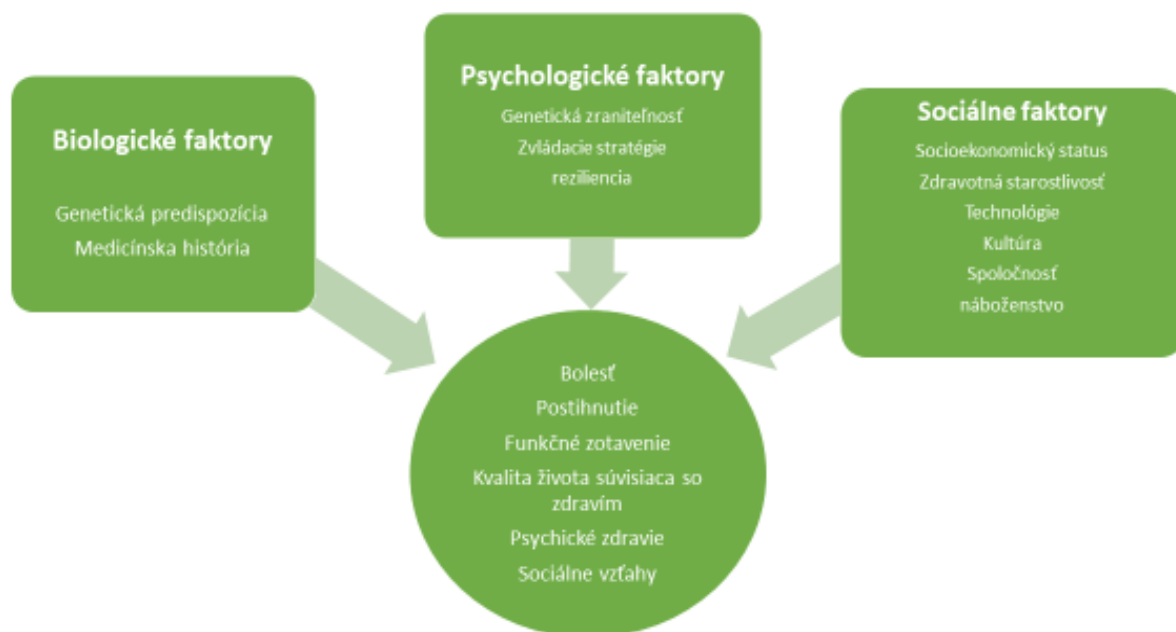
Podľa výskumu Strine a kol. (2008), **rizikové správanie** ako je fajčenie a obezita, fyzická nečinnosť a nadmerné pitie sú spojené so zníženou kvalitou života u pacientov s astmou a cukrovkou. Navyše, k ďalším významným faktorom môžeme zaradiť aj **socio-demografické premenné**, ako je starší vek, nižšie vzdelanie a život bez partnera súvisia s nízkou kvalitou života u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia obličiek (Theofilou 2011). Súhrn faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať so zdravím súvisiacu kvalitu života, môžete vidieť na nasledujúcom obrázku.

OBRÁZOK 7 Faktory ovplyvňujúce so zdravím súvisiacu kvalitu života



Ukazuje sa, že vplyv na kvalitu života pacientov s chronickým ochorením majú tiež rôzne **bio-psycho-sociálne faktory**. Tento vplyv si vieme demonštrovať na príklade výskumu autorov Samoborec a kol. (2018), ktorý sa venoval uzdraveniu sa po nehode v cestnej doprave, kde jednou zo sledovaných premenných je aj kvalita života týchto pacientov. Celosvetovo nehody v cestnej doprave významne prispievajú k úmrtnosti a záťaži pre zdravotnícky systém v dôsledku zdravotného postihnutia. Až 50 miliónov ľudí utrpí každý rok nefatálne zranenie, ktoré často vedie k dlhodobej invalidite. Cieľom tohto výskumu bolo preskúmať bio-psycho-sociálne faktory súvisiace s horším uzdravením alebo neuzdravením po ľahkom úraze v cestnej doprave. Ukázalo sa, že s chronickým uzdravením alebo neuzdravením bola spájaná vysoká počiatočná intenzita bolesti, trvanie a závažnosť bolesti a stav fyzického a duševného zdravia pred nehodou. Bolesť a vznikajúce ťažkosti po nehode, ako je posttraumatická stresová porucha, depresia alebo úzkosť, sú modifikovateľné faktory, a preto je dôležité venovať im pozornosť, aby sme tak mohli pomôcť k lepšej kvalite života pacientov po nehode.

OBRÁZOK 8 Vplyv bio-psycho-sociálnych faktorov na kvalitu života (Samoborec a kol. 2018)



5. MERANIE KVALITY ŽIVOTA

Meranie kvality života nám pomáha dôkladnejšie porozumieť kvalite života pacientov s rôznymi ochoreniami, a teda aj zapojiť určité intervencie na zlepšenie ich kvality života. Vďaka meraniu a teda vďaka dátam o kvalite života je možné posúdiť kvalitu liečby a porovnať náklady na jednotlivé typy liečby. V neposlednom rade nám tieto informácie pomáhajú nastaviť zdravotné politiky s ohľadom na tento dôležitý ukazovateľ. Tie sa môžu týkať liečebných procesov, komunikácie zdravotníkov, zjednodušenia prístupu k službám a pod. Pokiaľ ide o dotazníky, používajú sa **dva hlavné typy**:

1. **všeobecné generické dotazníky** - hodnotenie kvality života v rôznych populáciách (príklad: 36-Item Short-Form (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), EuroQoL (EQ-5D))
2. **špecifické dotazníky** - hodnotenie kvality života pacientov so špecifickými stavmi, zahŕňajú položky relevantné pre určitú populáciu pacientov (príklad: Kidney Disease Quality of Life (KDQoL), Functional Assessment of Cancer, Therapy- General (FACT-G))

V nasledujúcej časti si bližšie ukážeme, ako vyzerá konkrétny typ špecifického meracieho nástroja, a to dotazník „**Kidney disease quality of life**“, ktorý je sebaopisovací nástroj pre pacientov s chronickou obličkovou chorobou a pacientov na dialýze a je tiež často používaný vo výskume. Pozostáva zo 43 položiek zameraných na obličkovú chorobu v rámci 11 škál. Napríklad vplyv obličkovej choroby, záťaž obličkovej choroby, škála spánku, škála sexuálneho fungovania, škála kognitívneho fungovania a podobne. Tento dotazník dokonca zahŕňa vo svojej druhej časti aj dotazník „36 item health survey“ (SF-36), ktorý je vlastne všeobecným dotazníkom na meranie kvality života a používa sa aj samostatne. Tento zahŕňa 8 škál. Napríklad škála fyzického fungovania, škála všeobecného zdravia, škála emočného fungovania a podobne.

Príklad otázok v tomto dotazníku, ktoré mapujú limitácie pacienta v jednotlivých aktivitách, môžeme nájsť na obrázku 9. V tomto prípade ide aktivity, ktoré sú náročné pre pacienta, ako je napríklad beh, dvíhanie ťažkých vecí alebo praktizovanie nejakého športu, stredne náročné aktivity ako je vysávanie alebo hranie golfu, ale aj úplne triviálne – bežné aktivity ako je vyjdenie po schodoch, kúpanie sa alebo obliekanie. Pacienti majú zhodnotiť nakoľko ich ochorenie limituje tieto činnosti na škále „veľmi limituje“, „trochu limituje“ alebo „nelimituje“.

OBRÁZOK 9 Dotazník „Kidney disease quality of life“ – kvalita života pacientov s chronickou obličkovou chorobou (https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html)

3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much? [Mark an in a box on each line.]

	Yes, limited a lot	Yes, limited a little	No, not limited at all
a. <u>Vigorous activities</u> , such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Moderate activities</u> , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lifting or carrying groceries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Climbing <u>several</u> flights of stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Climbing <u>one</u> flight of stairs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bending, kneeling, or stooping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Walking <u>more than a mile</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Walking <u>several blocks</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Walking <u>one block</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bathing or dressing yourself.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ďalšia časť dotazníka sa pýta priamo na ochorenie. Pacient má označiť nakoľko pravdivé alebo nepravdivé sú uvedené tvrdenia. Napríklad „príliš veľa času trávim zaobieraním sa mojou obličkovou chorobou“ alebo „cítim sa byť záťažou pre moju rodinu“ a podobne.

OBRÁZOK 10 Dotazník „Kidney disease quality of life“ – kvalita života pacientov s chronickou obličkovou chorobou (https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html)

Your Kidney Disease

12. How true or false is each of the following statements for you?

	Definitely true ▼	Mostly true ▼	Don't know ▼	Mostly false ▼	Definitely false ▼
a. My kidney disease interferes too much with my life	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Too much of my time is spent dealing with my kidney disease	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. I feel frustrated dealing with my kidney disease	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. I feel like a burden on my family	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Otázky v dotazníku tiež zisťujú, nakoľko obličková choroba pacienta obťažuje v dennom živote. Odpovedajú na škále „vôbec ma neobťažuje“ až „extrémne ma obťažuje“. Pacient odpovedá na položky ako diétne obmedzenia, schopnosť pracovať, schopnosť cestovať, závislosť na zdravotníkoch atď.

OBRÁZOK 11 Dotazník „Kidney disease quality of life“ – kvalita života pacientov s chronickou obličkovou chorobou (https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html)

Effects of Kidney Disease on Your Daily Life

15. Some people are bothered by the effects of kidney disease on their daily life, while others are not. How much does kidney disease bother you in each of the following areas?

	Not at all bothered	Somewhat bothered	Moderately bothered	Very much bothered	Extremely bothered
1. Fluid restriction?....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Dietary restriction?.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Your ability to work around the house?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Your ability to travel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Being dependent on doctors and other medical staff?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Stress or worries caused by kidney disease?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Your sex life?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Your personal appearance?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Okrem dotazníkov, môžeme kvalitu života skúmať aj **kvalitatívne prostredníctvom rozhovorov**, fokusových skupín a podobne. Kvalitatívnemu výskumu, zaoberajúcemu sa skúsenosťami pacientov s ochoreniami, sa venuje medzinárodná výskumná asociácia DIPEX, ktorá združuje výskumníkov a expertov s cieľom zlepšiť porozumenie prežívania jednotlivých zdravotných stavov prostredníctvom osobných skúseností pacientov. Viac o činnosti a výstupoch DIPEX nájdete na stránke: <https://dipexinternational.org/about-us/>.

Jednou z tém, ktorá bola spracovaná kvalitatívnym výskumom, sú skúsenosti pacientov s astmou (Eassey a kol. 2021). Ľudia so závažnou astmou majú časté alebo pretrvávajúce symptómy napriek užívaniu vysokých dávok liekov. Závažná astma je tiež spojená so značnou záťažou v dôsledku hospitalizácií a častých záchvatov, ktoré môžu byť život ohrozujúce a ovplyvňujú spoločenský a pracovný život. Termín „relatedness“, ktorý výskumníci používajú v tejto štúdii je definovaný ako potreba cítiť sa prepojený, akceptovaný a pochopený ostatnými, starať sa o druhých, mať pocit, že sa o neho starajú a mať pocit spolupatričnosti s inými jednotlivcami i komunitou.

Vďaka kvalitatívnym rozhovorom s pacientmi s astmou bolo možné priniesť poznatky o ich prežívaní v súvislosti s ich ochorením. Počas rozhovorov sa objavovali najmä dve témy: **túžba byť pochopený**

a túžba byť akceptovaný. V súvislosti s potrebou byť pochopený pacienti často hovorili o téme neviditeľnosti tohto ochorenia, kvôli ktorému sú ich ťažkosti bagatelizované a taktiež sa odhalili vnímané postoje u iných ľudí, že astma nie je považovaná za tak závažnú ako iné chronické choroby. Potreba byť akceptovaný sa týkala blízkych vzťahov, ale taktiež vzťahov so zdravotníkmi. Bagatelizácia, zľahčovanie ochorenia, neuznanie a nepochopenie ťažkostí pacienta následne viedla k pocitom frustrácie, hnevu, k izolácií a strate sociálnej opory, čo priamo súvisí s kvalitou života pacientov s týmto ochorením. Aj tieto zistenia a poznatky môžu byť využité pri tvorbe rôznych intervencií, ktoré by mohli pomôcť pacientom s rôznym typom chronického ochorenia lepšie zvládať nielen samotné ochorenie ale i následnú liečbu a manažment ochorenia. Ak sa chcete dozvedieť viac o štúdiu pacientov s astmou, referenciu nájdete tu:



Eassey D, Reddel HK, Ryan K, Smith L. Barriers to belonging: the need for relatedness amongst people living with severe asthma. J Asthma. 2021;58(1):1-9.

6. INTERVENČIE NA ZLEPŠENIE KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV S CHRONICKÝM OCHORENÍM

Intervencie zamerané na skvalitnenie kvality života pacientov s chronickým ochorením môžu byť rôzne v závislosti od typu ochorenia. Dôležitou intervenciou je tvorba spoločných rozhodnutí s pacientom. Všeobecne je tzv. „**shared-decision making**“ považované za veľmi prínosné pre spoluprácu s pacientom aj pre liečbu. Pacient získava viac kontroly nad svojím ochorením a takáto komunikácia prináša vzájomný rešpekt. Je možné napríklad zahrnúť aj príbuzných, ktorí sa o pacienta starajú, čo môže následne pomôcť k lepšej kvalite života. Rôzne ďalšie intervenčné štúdie zahŕňajú napríklad **fyzický tréning, relaxačný tréning, vzdelávanie o zdraví a manažment stresu**. Ukázalo sa, že fyzický tréning má významný vplyv napríklad na svalovú silu pacientov na dialýze (Zelko a kol. 2020). Dôležitosť cvičenia spočíva v tom, že zvyšuje svalovú silu, ktorá vplýva na funkčnú zdatnosť, a tým aj na kvalitu života pacientov s chronickým obličkovým ochorením. Takýto tréning môže významne pozitívne ovplyvniť život pacienta, nakoľko sa dokáže samostatnejšie pohybovať a lepšie zvládať denné aktivity. Vieme už, že kvalita života je multi-dimenzionálny koncept a môžeme predpokladať aj to, že zlepšenie v jednej doméne ovplyvní aj tie ďalšie. Napríklad istejšie chodiaci pacient, ktorý sa môže a vládze venovať svojim činnostiam, ako je napríklad práca v záhrade alebo pomoc v domácnosti, a teda môže byť užitočný, bude pociťovať aj redukciu depresívnych nálad a sociálnej izolácie. Ak si chcete prečítať viac o tejto štúdiu, referenciu nájdete tu:




Zelko A., Rosenberger J., Skoumalová I., Madarasová Gecková A., Kolarčík P., van Dijk J.P., Reijneveld S.A.: [The effects of an intradialytic resistance training on lower extremity muscle functions](#). Disability and Rehabilitation 2020, 44(2):275-281.

Jednou z intervencií na zlepšenie kvality života môže byť aj **edukovanie pacienta**, aby lepšie rozumel liečbe – v tomto prípade operácii srdca. Pred operáciou srdca je potrebné pacientov informovať o tom, ako to bude prebiehať. Obrázková forma podávania informácií sa ukazuje byť efektívna, menej zaťažujúca pre pacienta a redukujúca úzkosť. Môže prispieť k lepšej spolupráci pacienta a tým pádom aj k efektívnejšiemu procesu rekonvalescencie. Dôležité je tiež **posilnenie seba-manažmentu pacientov a zlepšenie ich adherencie s liečbou**. Určité ochorenia tiež môžu predstavovať stigma,


a preto je dôležité sústrediť sa v intervenciách na jej redukovanie. Pomôcť môže aj **psychologické poradenstvo** alebo psychoterapia pokiaľ pacienti majú psychické ťažkosti. K intervenciám patrí aj **paliatívna starostlivosť** - jej cieľom je najmä redukovat bolesť a rôzne ďalšie fyzické symptómy a tiež psychické ťažkosti v prípadoch, kedy nie je možné inak ochorenie liečiť a je potrebné s ním dožiť. Okrem týchto stratégií existujú na dôkazoch založené intervencie zamerané **na prevenciu chronických chorôb**, ako je ukončenie fajčenia a užívania tabaku, zdravá strava, kontrolovanie prírastku hmotnosti a podobne.

Na záver by som vám chcela odporučiť videá, ktoré vám poskytnú ďalšie zaujímavé informácie o pacientoch s chronickými ochoreniami.

V prvom videu sa dozviete o tom ako depresia vplýva na život pacienta s chronickým ochorením, o tom ako ju rozoznať, diagnostikovať, liečiť a ako ju odlišit od symptómov, ktoré sa prelínajú so symptómami samotného obličkového ochorenia ako je napríklad únava, nespavosť a podobne. Zrozumiteľným spôsobom sa zoznámite s problematikou psychologických komplikácií chronického ochorenia s tým, ako vplýva na život pacienta, ale tiež ako môže sťažovať samotnú liečbu.

	https://www.youtube.com/watch?v=L2pbyppNKtQ&t=120s
---	---

Ak vás téma zaujala, môžete si tiež pozrieť krátke video, ktoré je určené pacientom s chronickým obličkovým ochorením, aby lepšie pochopili, prečo je dôležité manažovať anémiu, ktorá je u týchto pacientov veľmi častá, najmä v prípade pacientov v konečnom štádiu chronickej obličkovej choroby a na dialýze.

	https://youtu.be/gfgCP8JegnA
---	---

OTÁZKY

OCHORENIE A JEHO DOPAD NA ŽIVOT

1.1. Model emocionálnych a zvládacích reakcií nezahŕňa fázu:

- A) neistota
- B) rozrušenie
- C) odmietanie liečby
- D) obnovenie pohody

1.2. Aký typ emocionálnej reakcie je popísaný v nasledujúcom príbehu:

Jana je mladá žena. Skleróza multiplex jej bola diagnostikovaná doslova náhodou, keď sa v nemocnici liečila pre kožné problémy. Pre Janu to bol šok. Zistila, že jej ochorenie je v pokročilom štádiu a jej mozog a miecha sú vážne zasiahnuté nezvratiteľnými zmenami. Potom pocítila veľký hnev na lekára, ktorý pred rokmi podcenil jej symptómy trápnutia trupu a rúk.

- A) reakcia na diagnózu
- B) reakcia na ochorenie
- C) reakcia na liečbu a hospitalizáciu
- D) reakcia na ukončenie liečby

1.3. Aký typ emocionálnej reakcie je popísaný v nasledujúcom príbehu:

Jana má problémy s motorikou, kvôli čomu mala aj úraz, keď doma zakopla a spadla zo schodov. Hoci je šikovná a ambiciózna, únava jej bráni efektívne pracovať, často si musí počas dňa pospať. Ochorenie výrazne ovplyvňuje aj jej náladu, často pociťuje výkyvy nálad, frustráciu, beznádej v spojitosti s budúcnosťou a obavy ako bude zvládať život a že sa jej ochorenie zhorší.

- A) reakcia na diagnózu
- B) reakcia na ochorenie
- C) reakcia na liečbu a hospitalizáciu
- D) reakcia na ukončenie liečby

1.4. Aký typ emocionálnej reakcie je popísaný v nasledujúcom príbehu:

Jana je momentálne bez vzťahu a detí. Nájsť si partnera, ktorý by chcel priateľku s tak vážnou diagnózou považuje za nemožné. Nejaký čas po diagnostikovaní ochorenia jej lekárka oznámila, že nebude môcť mať deti. Jane sa rozpadli mnohé sny, ktoré pre svoj život mala, že bude mať rodinu, bude cestovať a užívať si zdravý dlhý život. Je vďačná, že má priateľov a rodinu, ktorí ju podporujú a že zarába relatívne dobre.

- A) reakcia na diagnózu
- B) reakcia na ochorenie
- C) reakcia na liečbu a hospitalizáciu
- D) reakcia na ukončenie liečby

1.5. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Pacienti po transplantácii obličky pociťujú nielen pozitívne emócie spojené so záchranou života, ale môžu cítiť hnev, strach, závisť či mať pocity viny.

- áno nie

1.6. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Chronické ochorenie nemôže človeku priniesť pozitívne zmeny v živote.

áno nie

1.7. Získanie vnútornej sily, nové priority a ciele, zmeny v duchovnom živote, prepojenosť s druhými ľuďmi a váženie si života sú:

A) formy post-traumatického rastu

B) spôsoby zvládania ochorenia

ZVLÁDANIE COHORENIA

2.1. Adaptácia na chronické ochorenie nezahŕňa:

A) vyrovnanie sa so symptómami, bolesťou

B) zvládnutie vzťahov a komunikácia s lekármi

C) nízka seba-hodnota

D) udržanie emocionálnej rovnováhy

2.2. Aké stratégie zvládania sú popísané v nasledujúcom príbehu?

Spočiatku Jana nechcela veriť, že je možné, že má takéto ochorenie. Keď však videla lekárske záznamy, pochopila, že jej mozog a miecha sú vážne zasiahnuté po mnohých rokoch, čo sa jej ochorenie pomaly a do veľkej miery asymptomaticky rozvíjalo. Na niekoľko dní sa z toho zrútila, plakala a cítila veľkú sebaútoľnosť. Vedela, že keď sa tomu poddá, nepomôže jej to a zatelefonovala svojej mame a kamarátke. Potrebovala o tom hovoriť, potrebovala zisťovať informácie a potrebovala aj plakať na ramene blízkych, aby uvoľnila svoje napätie a strach. Bol to chaos pocitov a potrebovala v nich nájsť poriadok.

A) popieranie, vyhýbanie sa

B) na problém zamerané zvládanie a zvládanie akceptovaním

C) zvládanie spojené so spiritualitou

2.3. Aké stratégie zvládania sú popísané v nasledujúcom príbehu?

Skontaktovala sa s lekármi a pýtala sa na podrobnosti, na prognózu, liečbu, vedľajšie účinky, na to, ako dlho s takýmto ochorením bude žiť, či stratí schopnosť chodiť a podobne. Dohodla si konzultácie s psychoterapeutkou, aby mohla spracovať fakt, že nebude mať deti a že jej život sa radikálne zmení. Potrebovala podporu aj keď vedela, že napokon je do veľkej miery na to aj tak sama a musí to zvládnuť.

A) popieranie, vyhýbanie sa

B) na problém zamerané zvládanie a zvládanie akceptovaním

C) zvládanie spojené so spiritualitou

2.4. Aké stratégie zvládania sú popísané v nasledujúcom príbehu?

Postupne prispôsobila svoj denný režim a pracovný čas, aby sa prispôsobila únave a kognitívnemu zaťaženiu, ktoré súviselo s jej prácou. Zadovážila si psíka z útulku, aby sa mohla o niekoho starať a necítila sa taká sama. Začala viac aktívne relaxovať v prírode a tešiť sa z maličkostí, ktoré sú jej dopriate aj v takomto živote s ochorením.

A) popieranie, vyhýbanie sa

B) na problém zamerané zvládanie a zvládanie akceptovaním

C) zvládanie spojené so spiritualitou

OCHORENIE A KVALITA ŽIVOTA

3.1. So zdravím súvisiaca kvalita života je konštrukt pozostávajúci z domén, ktoré sú ovplyvnené chorobou a liečbou. O ktoré domény ide (zaškrtnite všetky správne odpovede):

- A) schopnosť vykonávať činnosti každodenného života a fyzické symptómy vyplývajúce z choroby alebo z liečby
- B) emocionálne reakcie a kognitívne funkcie
- C) fyzické prostredie, v ktorom pacient žije

3.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Rizikové správanie ako je fajčenie a obezita, fyzická nečinnosť a nadmerné pitie sú spojené so zníženou kvalitou života u pacientov s astmou a cukrovkou.

áno nie

3.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Socio-demografické premenné ako je starší vek, nižšie vzdelanie a život bez partnera nesúvisia s nízkou kvalitou života u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia obličiek.

áno nie

3.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

S chronickým uzdravením alebo neuzdravením súvisí vysoká počiatková intenzita bolesti, trvanie a závažnosť bolesti, ale i stav fyzického a duševného zdravia pred nehodou.

áno nie

LITERATÚRA

1. Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J.: Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2005, 23(15), 3322–3330.
2. Bernell, S. a Howard, S.W.: Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Frontiers in Public Health*, 2016, 4:159.
3. Bian, W., Wan, J., Smith, G., Li, S., Tan, M., & Zhou, F.: Domains of health-related quality of life in age-related macular degeneration: a qualitative study in the Chinese cultural context. *BMJ open*, 2018, 8(4), e01.
4. Chowdhury, R., Peel, N. M., Krosch, M., & Hubbard, R. E.: Frailty and chronic kidney disease: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2017, 68, 135–142.
5. Eassey, D., Reddel, H.K., Ryan, K., Smith, L.: Barriers to belonging: the need for relatedness amongst people living with severe asthma. *Journal of Asthma*, 2021, 58(1), 1-9.
6. Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L.: Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 2005, 37, 336–342.
7. Fredman, L., Hawkes, W. G., Black, S., Bertrand, R. M., & Magaziner, J.: Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2006, 54(7), 1074–1081.
8. Fu, X., Sun, J., Wang, X., Cui, M., & Zhang, Q.: Research Progress on Influencing Factors and Intervention Measures of Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Frontiers in Public Health*, 2022, 10, 927370.
9. Golics, C. J., Basra, M. K., Finlay, A. Y., & Salek, S.: The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2013, 106(10), 399–407.
10. Kluger, B.M., Krupp, L.B., Enoka, R.M.: Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 2013, 80(4), 409-16.
11. Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A.: Patient optimism and mastery-do they play a role in cancer patients' management of pain and fatigue? *Journal of pain and symptom management*, 2008, 36(1), 1–10.
12. Lowe, R., Norman, P, Bennett, P. a kol.: Coping, emotions and perceived health following myocardial infarction . *British Journal of Health Psychology*, 2000, 5, 337- 50.
13. Moos, RH, Schaefer, A. (1984): The crisis of physical illness: an overview of conceptual approach. cit. podľa: Morrison V., Bennett P.: *Introduction to Health Psychology*. Pearson, Harlow, 2016.
14. Morrison V., Bennett P.: *Introduction to Health Psychology*. Pearson, Harlow, 2016.
15. Morse JM, Johnson, JL. Towards a theory of illness. The illness constellation model. Morse, Johnson (Eds.), *The illness experience: Dimensions of suffering*, Newbury Park, CA: Sage, 1991.
16. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel, 2021. Dostupné na: http://www.hpi.sk/cdata/Documents/Analyza_trendov_CHO_a_monitorovanie_RF.pdf [Citované: 29.1.2023]
17. Patrick, D., Erickson, P.: *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press; 1993.

18. Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J.: Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 1999, 47(6), 537–543.
19. Samoborec, S., Ruseckaite, R., Ayton, D., & Evans, S.: Biopsychosocial factors associated with non-recovery after a minor transport-related injury: A systematic review. *PloS one*, 2018, 13(6), e0198352.
20. Schipper, K., Abma, T. A., Koops, C., Bakker, I., Sanderman, R., & Schroevers, M. J.: Sweet and sour after renal transplantation: a qualitative study about the positive and negative consequences of renal transplantation. *British journal of health psychology*, 2014, 19(3), 580–591.
21. Stanton, A.L., Reversion, T.A., Tennen, H. *Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. Annual review of psychology*, 2007, 58, 565-92.
22. Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L.S., Moriarty, D.G., Mokdad, A.H.: The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 2008, 33(1), 40-50.
23. Theofilou P. The role of sociodemographic factors in health - related quality of life of patients with end - stage renal disease. *International Journal of Caring Sciences*, 2011, 4:40-50.
24. Watson, K.B., Carlson, S.A., Loustalot, F. a kol.: Chronic conditions among adult aged 18-34 years-United States 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2022, 71(30), 964–970.
25. Wilson, I.B., Cleary, P.D. (1995): Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. cit. podľa: Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L.: Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 2005, 37, 336–342.
26. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Dostupné na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>. [Citované: 29.1.2023]
27. Zelko A., Rosenberger J., Skoumalová I., Madarasová Gecková A., Kolarčík P., van Dijk J.P., Reijneveld S.A.: [The effects of an intradialytic resistance training on lower extremity muscle functions](#). *Disability and Rehabilitation*, 2020, 44(2), 275-281.

X. KOMPLEMENTÁRNA, ALTERNATÍVNA A INTEGRATÍVNA MEDICÍNA V STAROSTLIVOSTI O PACIENTA

V predchádzajúcich kapitolách ste sa dozvedeli o tom, ako ľudia vnímajú symptómy chorôb a ako vyhľadávajú následnú zdravotnú pomoc. Ďalej ste sa oboznámili s modelmi choroby a zdravotného postihnutia, ale aj s tým, ako ľudia vnímajú a zvládajú dopady ochorenia. V tejto kapitole si bližšie predstavíme komplementárnu, alternatívnu a integratívnu medicínu (CAM). Zdefinujeme, ktoré oblasti spadajú do tejto špecializácie, aké metódy CAM medicíny sa využívajú a na konkrétnych príkladoch si ukážeme ich využitie v starostlivosti o pacienta. V závere kapitoly sa oboznámime s jednotlivými spôsobmi vyhodnocovania ich dopadov v praxi.

1. DEFINÍCIA OBLASTÍ A METÓD SPADAJÚCICH POD CAM

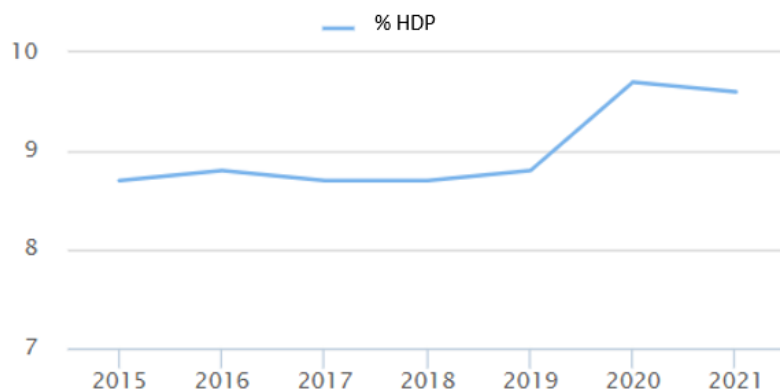
ÚLOHA 1

Kým si predstavíme jednotlivé postupy a metódy v rámci CAM medicíny, skúste sa na úvod zamyslieť nad nasledujúcimi otázkami:

Čo vám evokuje slovné spojenie komplementárna medicína?	
Čo vám evokuje slovné spojenie alternatívna medicína?	
Čo vám evokuje slovné spojenie integratívna medicína?	
Pri ktorých systémových problémoch konvenčnej medicíny našla CAM medicína svoje uplatnenie?	
Prečo sú metódy a postupy CAM dôležité v súčasnej starostlivosti o pacienta?	

V ekonomických štúdiách sledujúcich trendy vynakladania verejných financií pozorujeme **dlhodobý a stabilný rast výdavkov** spojených so zdravotnou starostlivosťou. Na jednej strane počujeme umiernené hlasy, že tieto zvýšené výdavky **súvisia so skvalitňovaním poskytovaných zdravotných služieb**, a že mnohé sú spojené s investovaním do zdravotníctva budúcnosti, ktoré bude efektívnejšie a menej nákladné. Druhá skeptická strana však poukazuje na **rastúcu celkovú a vekovo-špecifickú chorobnosť a významné**, rastúce náklady v oblastiach zdravotnej starostlivosti, ktorých dlhodobo udržateľné riešenia sú v nedohľadne.

OBRÁZOK 1 Výdavky na zdravotníctvo ako podiel HDP, 2015 až 2021 (OECD, 2021)

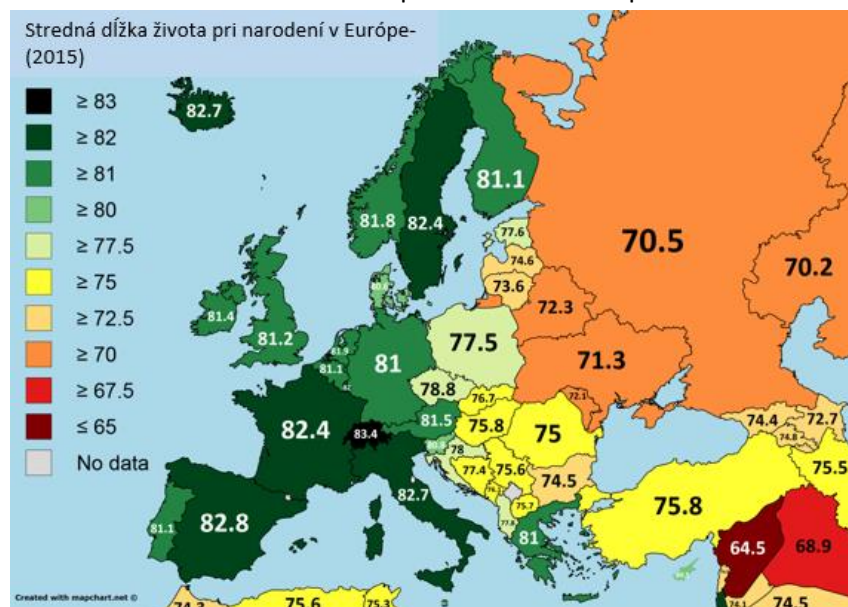


Pozn: Na základe predbežných odhadov výdavkov na zdravotníctvo na rok 2021 pre 20 krajín

Zdroj: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Odlíšne pohľady na trendy vynakladania verejných výdavkov na zdravotníctvo sú postavené na celom spektre socioekonomických faktorov a ich prehľadov z minulosti, analýz stavu v prítomnosti, a projekcií do budúcnosti. Pri hodnotení efektívnosti vynakladaných výdavkov je často sledovaným parametrom **odhadovaná dĺžka života pri narodení** a v dôležitých vekových skupinách obyvateľstva. Napriek tomu, že tento parameter je veľmi komplexný a pre riadenie verejných financií diskutabilný, stále sa považuje za **jeden z hlavných ukazovateľov** pri hodnotení efektivity vynakladania verejných výdavkov zdravotníckych systémov.

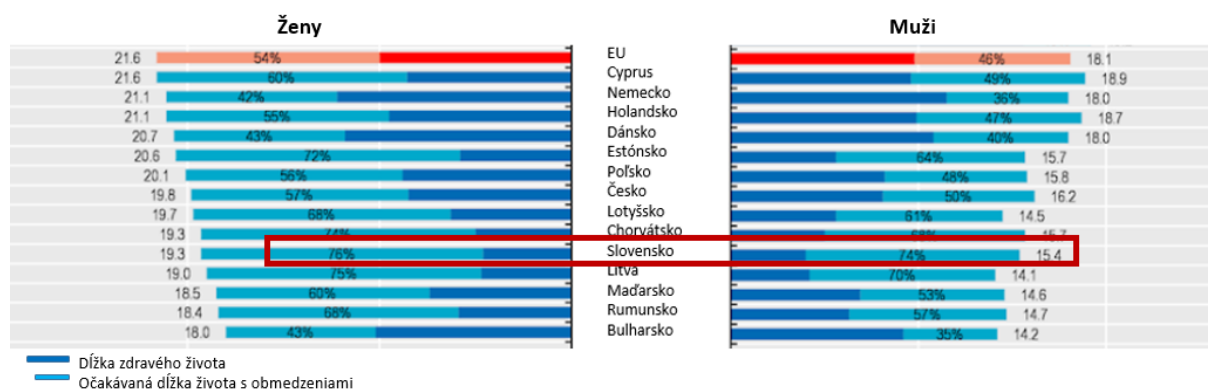
OBRÁZOK 2 Stredná dĺžka života pri narodení v Európe




Zdroj: <https://vividmaps.com/life-expectancy-at-birth-in-europe-2015/>

Podľa zverejnených analýz OECD (2020), patrí **Slovensko** medzi krajiny s **najnižšou očakávanou dĺžkou života** pri narodení spomedzi krajín Európskej únie. Čo je však z hľadiska verejného zdravia ešte horším zistením je odhad, ktorý radí obyvateľstvo Slovenska na **poslednú priečku z krajín EU** v očakávanej dĺžke zdravého života v skupinách mužov a žien po 65 roku života. Rýchlo starnúca populácia a zvyšujúca sa vekovo-špecifická chorobnosť starších generácií je závažný socioekonomický problém, na ktorý dlhodobo poukazujú mnohé inštitúty naprieč Európou. Jednou zo špecializácií medicíny, ktorá intenzívne reaguje na narastajúce obavy z budúcnosti udržateľného zdravotníctva, je CAM medicína.

OBRÁZOK 3 Očakávaná dĺžka života a zdravých rokov u 65-ročných podľa pohlavia (OECD, 2020)



Ako teda zdefinovať tak komplexnú a diverzifikovanú oblasť medicíny? **CAM je založená na koexistencii viacerých odlišných medicínskych foriem a tradícií v západných krajinách.** Základy tejto medicínskej špecializácie siahajú do 17. storočia. Dlho existovala a rozvíjala sa bez organizačného a odborného zastrešenia, avšak zlomom bol rok 1993, kedy prestížny časopis The New England Journal of Medicine uverejnil štúdiu, ktorá poukázala na fakt, že významná časť obyvateľstva Spojených štátov amerických využíva častejšie služby nekonvenčnej ako konvenčnej medicíny (Eisenberg a kol. 1993). V roku 1998 časopis Cancer uverejnil systematickú prehľadovú štúdiu, ktorá uvádzala využívanie CAM u 31 % onkologických pacientov, pričom evidovala regióny v ktorých využívanie dosahovalo až 64 % (Ernst, Cassileth, 1998). Od tohto momentu získavala nekonvenčná medicína, zahrňujúca CAM, značnú pozornosť medicínskych špecialistov a nadobudla status regulárnej špecializácie medicíny s riadiacimi a zastrešujúcimi organizáciami. Dnes je **definovaná ako skupina medicínskych postupov**, ktoré nie sú v súčasnosti považované za integratívne elementy konvenčnej medicíny, ale ich aplikácie sú spojené s priaznivými a podpornými vplyvmi na zdravie pacientov. Ak si chcete prečítať viac o spomínaných výskumoch, referencie nájdete tu:

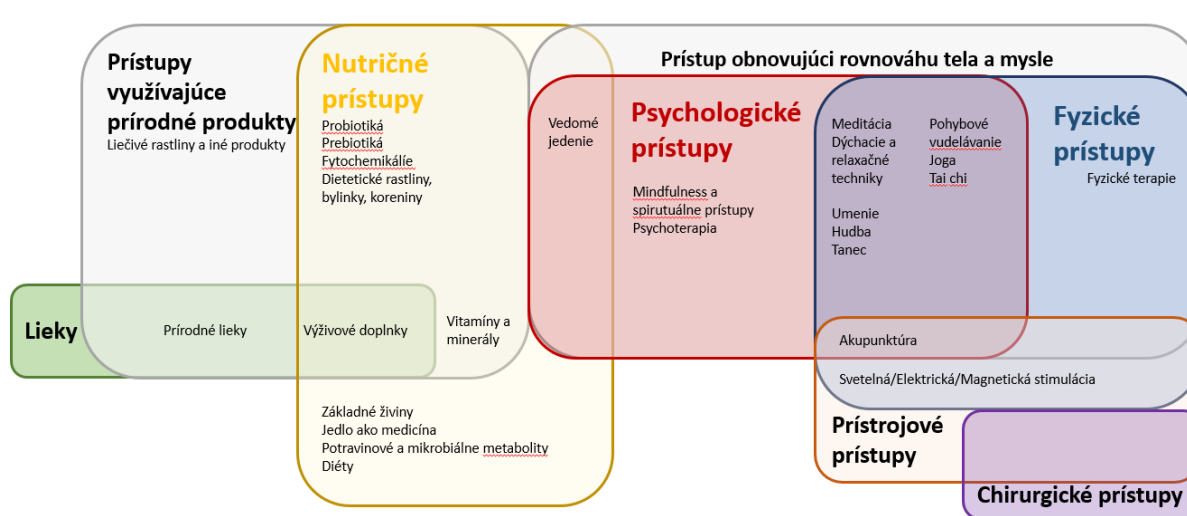
	<p>Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. The New England Journal of Medicine, 1993;328(4):246-52.</p> <p>Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. Cancer, 1998;83(4):777-82.</p>
---	--

Pri definovaní oblastí spadajúcich pod CAM medicínu **vychádzame zo vzťahov uplatnenia metód štandardnej zdravotnej starostlivosti a metód CAM medicíny.** **Komplementárna** medicína sa uplatňuje súbežne s metódami štandardnej zdravotnej starostlivosti. Naopak, **alternatívna** medicína sa uplatňuje ako náhrada za metódy štandardnej zdravotnej starostlivosti. **Integratívna** medicína je prielomovou oblasťou ktorá kombinuje liečebný prístup uplatnenia metód štandardnej zdravotnej starostlivosti a metód CAM medicíny, pre dosiahnutie čo najvyššej bezpečnosti a účinnosti liečby pacienta.


1.2 Metódy, ktoré klasifikujeme do CAM medicíny

Metódy využívané v komplementárnej, alternatívnej a integratívnej medicíne sú značne rozmanité a kategorizované do skupín prístupov podľa spôsobu, formy a prostriedkov ich podávania. Medzi hlavné kategórie prístupov sú zaradené **nutričné prístupy, psychologické prístupy a fyzické prístupy.** Medzi okrajové kategórie sú radené prístrojové a chirurgické prístupy, prístupy využívajúce prírodné produkty a prístupy obnovujúce rovnováhu mysle a tela.


OBRÁZOK 4 Príklady prístupov v rámci CAM medicíny (National Centre for Complementary and Integrative Health, 2021)



- **Nutričné prístupy CAM** využívajú široké spektrum produktov, ako napríklad prospešné potraviny, bylinky, liečivé rastlinné látky, koreniny, vitamíny, minerály, prebiotiká a probiotiká. Ich účinnosť bola preukázaná predovšetkým v primárnej prevencii vzniku vybraných ochorení, ale pri zvyšovaní účinnosti a potlačovaní vedľajších účinkov primárnej liečby vybraných ochorení. Nutričné prístupy sa v hraničnej oblasti prelínajú s psychologickými prístupmi – tieto prístupy sú označované ako „Mindful Eating Strategies“ alebo „stratégie vedomého jedenia“ a ich vysoká účinnosť bola preukázaná pri liečbe metabolických porúch a porúch príjmu potravy. Ak sa chcete dozvedieť viac o týchto prístupoch, referencie na príklady štúdií nájdete tu:

	<p>Cereda E, Neyens JCL, Caccialanza R, Rondanelli M, Schols JMGA. Efficacy of a Disease-Specific Nutritional Support for Pressure Ulcer Healing: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Nutr Health Aging</i>. 2017;21(6):655-661.</p> <p>Srivastav S, Fatima M, Mondal AC. Important medicinal herbs in Parkinson's disease pharmacotherapy. <i>Biomed Pharmacother</i>, ;92:856-863.</p> <p>Ebrahimi F, Torbati M, Mahmoudi J, Valizadeh H. Medicinal Plants as Potential Hemostatic Agents. <i>J Pharm Pharm Sci</i>, 2020;23(1):10-23.</p>
---	--

- **Psychologické prístupy CAM** využívajú metódy psychoterapie, meditácie, kognitívnej terapie, muzikoterapie, arteterapie, vnemovej, dotykovej a senzorickej terapie, duchovných a relaxačných cvičení a aktívnej duchovnej terapie. Psychologické prístupy sa v hraničnej oblasti prelínajú s prístrojovými prístupmi v metóde akupunktúry. Ak sa chcete dozvedieť viac o týchto prístupoch, referencie na príklady štúdií nájdete tu:

	<p>Medina WL, Wilson D, de Salvo V, Vannucchi B, de Souza ÉL, Lucena L, Sarto HM, Modrego-Alarcón M, Garcia-Campayo J, Demarzo M. Effects of Mindfulness on Diabetes Mellitus: Rationale and Overview. <i>Curr Diabetes Rev.</i> 2017;13(2):141-147.</p> <p>Huang YL, Lei YQ, Xie WP, Cao H, Yu XR, Chen Q. Effect of music therapy on infants who underwent mechanical ventilation after cardiac surgery. <i>J Card Surg.</i> 2021;36(12):4460-4464.</p> <p>Viveiros J, Chamberlain B, O'Hare A, Sethares KA. Meditation interventions among heart failure patients: An integrative review. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing,</i> 2019;18(8):720–728.</p>
---	---

- **Fyzické prístupy v CAM** využívajú metódy samostatného a asistovaného pohybového zaťažovania, fyzického tréningu v rôznych typoch a intenzitách zaťaženia. Pre zvýšenie efektivity fyzických prístupov sa metódy dopĺňujú svetelnou, elektrickou a magnetickou externou stimuláciou. Fyzické prístupy sa v hraničnej oblasti prelínajú s psychologickými prístupmi, v metódach ako sú Tai Chi, Jóga a tanečná terapia. Ak sa chcete dozvedieť viac o týchto prístupoch, referencie na príklady štúdií nájdete tu:

	<p>Ndjavera W, Orange ST, O'Doherty AF, Leicht AS, Rochester M, Mills R, Saxton JM. Exercise-induced attenuation of treatment side-effects in patients with newly diagnosed prostate cancer beginning androgen-deprivation therapy: a randomised controlled trial. <i>BJU Int,</i> 2020;125(1):28-37.</p> <p>Zhao Y, Cai K, Wang Q, Hu Y, Wei L, Gao H. Effect of tap dance on plantar pressure, postural stability and lower body function in older patients at risk of diabetic foot: a randomized controlled trial. <i>BMJ Open Diabetes Res Care,</i> 2021;9(1):e001909.</p> <p>Wen J, Su M. A Randomized Trial of Tai Chi on Preventing Hypertension and Hyperlipidemia in Middle-Aged and Elderly Patients. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2021;18(10):5480.</p>
--	---

O **účinkoch rôznych metód CAM** na klinický profil, efektívitu terapeutických postupov a miery morbidita a mortality u pacientov prebieha v poslednom desaťročí intenzívny výskum, ktorý prináša nové a zásadné poznatky pre využiteľnosť týchto metód v starostlivosti o pacienta. Je zrejmé, že využívanie metód CAM medicíny je spojené s významne nižšími finančnými nákladmi, a že vhodné a účelné kombinovanie CAM s konvenčnými metódami výrazne znižuje zdravotné riziká spojené s liečbou pacienta (National Centre for Complementary and Integrative Health, 2021).

Medzi hlavné potvrdené **benefity využívania CAM** intervencií patrí:

- zníženie špecifických mier mortality a morbidita na vybrané ochorenia
- zníženie finančných nákladov zdravotného systému na liečbu ochorení
- zníženie incidencie a závažnosti vedľajších účinkov spojených s liečbou ochorení
- zvýšenie účinnosti primárnych liečebných metód a postupov
- rýchlejší návrat pacienta do pracovného a sociálneho života

- rýchlejšie zotavenie po ochorení a liečbe

2. PRÍPRAVA A APLIKÁCIA CAM METÓD V TERAPEUTICKEJ PRAXI

Tak ako pri aplikácii akéhokoľvek terapeutického postupu konvenčnej medicíny, tak aj pri metódach CAM medicíny je potrebné pre dosiahnutie požadovanej bezpečnosti a účinnosti **sledovať a zohľadňovať** celé **spektrum faktorov týkajúcich sa pacienta**. **Náročnosť pozície** špecializovaného terapeuta pre CAM medicínu spočíva najmä v tom, že **pri svojej tvorivej práci pracuje prevažne samostatne a musí disponovať širokým teoretickým základom** v oblasti diagnostiky, prognostiky, terapie a farmakoterapie ochorení, v rámci ktorých CAM metódy uplatňuje. **V aplikačnej práci** je nevyhnutné, aby CAM terapeut zvládol nielen **komunikáciu s pacientom a zdravotníckym personálom**, ale aj ovládal **zásady a postupy pre prácu a vyhodnocovanie rôznorodých informácií o pacientovi**.



Pri iniciácii CAM metód je dôležité poznať pacientovu osobnosť a jeho očakávania od týchto metód. Je tiež dôležité poznať klinický, psychologický a funkčný stav pacienta, ako i jeho primárne a pridružené ochorenia s vyplývajúcimi zdravotnými rizikami. **Pre efektívne riadenie** aplikácie CAM metód je rozhodujúce poznať typ a organizáciu liečebného procesu a zmeny v klinickom, psychologickom a funkčnom stave pacienta počas aplikácie CAM metód. **Dohľad počas aplikácie** CAM metód, zahŕňajúci asistenciu, kontrolu a motiváciu pacienta, je značne závislý od typu a organizácie liečebného a CAM režimu, ale i od dostupných ľudských, materiálnych a finančných zdrojov pre CAM terapiu.

ÚLOHA 2

Skúste sa teraz vcítiť do úloh špecializovaného terapeuta pre CAM. Prečítajte si názov štúdie prezentujúcej výsledky originálneho výskumu o účinnosti CAM metódy v starostlivosti o pacientov. Pokúste sa odhadnúť charakteristiky subjektov, očakávané benefity, sledované parametre a organizáciu CAM intervencie.

Original research

Functional electrical stimulation-assisted cycle ergometry-based progressive mobility programme for mechanically ventilated patients: randomised controlled trial with 6 months follow-up

Petr Waldauf,¹ Natália Hrušková,² Barbora Blahutova ,¹ Jan Gojda,³ Tomáš Urban,¹ Adéla Krajčová,¹ Michal Fric,¹ Kateřina Jiroutková,¹ Kamila Řasová,² František Duška ¹

RIEŠENIE ÚLOHY 2

V prvej úlohe sme vybrali štúdiu z roku 2021, vykonanú výskumníkmi z Univerzity Karlovej v Prahe. V štúdiu boli sledovaní pacienti z jednotky intenzívnej starostlivosti, ktorí boli mechanicky ventilovaní, a ich zdravotný stav vyžadoval dlhodobú lekársku starostlivosť na oddelení. Sledovaní pacienti utrpeli závažné polytraumy, alebo život ohrozujúce stavy vyžadujúce dlhodobý pobyt na lôžku spojený s významnými negatívnymi funkčnými a štrukturálnymi zmenami pohybového aparátu. Očakávaním teda bolo, že skorým zaradením asistovanej bicyklovej ergometrie, formy fyzickej záťaže počas hospitalizácie, dôjde k potlačeniu týchto negatívnych stavov u pacientov.

ÚLOHA 3

Skúste sa teraz vcítiť do úloh špecializovaného terapeuta pre CAM. Prečítajte si názov štúdie prezentujúcej výsledky originálneho výskumu o účinnosti CAM metódy v starostlivosti o pacientov. Pokúste sa odhadnúť charakteristiky subjektov, očakávané benefity, sledované parametre a organizáciu CAM intervencie.

Randomized Controlled Trial > Complement Ther Clin Pract. 2020 Aug;40:101199.

doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101199. Epub 2020 May 18.

The effect of aromatherapy with peppermint essential oil on nausea and vomiting after cardiac surgery: A randomized clinical trial

Mahla Maghami¹, Mohammad Reza Afazel¹, Ismail Azizi-Fini², Mahboobeh Maghami³

Affiliations + expand

PMID: 32891278 DOI: 10.1016/j.ctcp.2020.101199

RIEŠENIE ÚLOHY 3

V druhej úlohe sme vybrali štúdiu z roku 2020, vykonanú výskumníkmi z Kashanovej univerzity lekárskeho vied. V štúdií boli sledovaní pacienti hospitalizovaní z dôvodu potreby podstúpenia operácie na otvorenom srdci. Nevoľnosti a zvracanie sú jedny z najčastejších nežiaducich účinkov po operácii na otvorenom srdci. Očakávaním teda bolo, že využitím pravidelného inhalovania výparov mäty piepornej počas hospitalizácie, pred a po chirurgickom zákroku, dôjde k zníženiu týchto nežiaducich účinkov.

ÚLOHA 4

Skúste sa teraz vcítiť do úloh špecializovaného terapeuta pre CAM. Prečítajte si názov štúdie prezentujúcej výsledky originálneho výskumu o účinnosti CAM metódy v starostlivosti o pacientov. Pokúste sa odhadnúť charakteristiky subjektov, očakávané benefity, sledované parametre a organizáciu CAM intervencie.

The effects of musical stimulation on the level of consciousness among patients with head trauma hospitalized in intensive care units: A randomized control trial

Leili Yekefallah^a, Peyman Namdar^b, Jalil Azimian^a, Saeide Dost Mohammadi^{c,*}, Maryam Mafi^d

RIEŠENIE ÚLOHY 4

V tretej úlohe sme vybrali štúdiu z roku 2020, vykonanú výskumníkmi z Kazvinovej univerzity lekárskeho vied. V štúdiu boli sledovaní pacienti hospitalizovaní z dôvodu závažnej traumy hlavy, ktoré bolo sprevádzané kómou. Závažné poranenie hlavy je sprevádzané stratou mentálnych a fyzických funkcií. Je však preukázané, že od momentu vzniku traumy hlavy dochádza k spúšťaniu procesov mozgovej plasticity, ktoré sú citlivé na zvukovú stimuláciu. Očakávaním teda bolo, že využitím pravidelnej hudobnej stimulácie pacientov počas kómy dôjde k zlepšeniu úrovne vedomia, urýchleniu zotavenia a zníženiu pociťovanej bolesti po traume.

Príklady využitia metód CAM medicíny v starostlivosti o pacienta nájdeme už aj v našej terapeutickú praxi. Jedným z príkladov je **štúdia NEPHRO**, ktorá bola realizovaná na dialyzačných strediskách Fresenius a Logman v Košiciach a Banskej Bystrici pod odbornou garanciou špecialistov z Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Do štúdie boli zaradení dlhodobo dialyzovaní pacienti, ktorí počas liečby trpia postupnou stratou svalovej hmoty, svalových funkcií a štrukturálnymi zmenami v kostnom a svalovom tkanive. Pre zníženie týchto negatívnych účinkov podstupovali pacienti trojmesačný, progresívny, silový tréningový program dolných končatín priamo počas dialyzačnej liečby.

OBRÁZOK 5 Tréningový program pacientov počas dialyzačnej liečby v rámci štúdie NEPHRO



Autor fotografií: Jozef Jarošík

3. VHODNOSŤ, AKCEPTABILITA A USKUTOČNITEĽNOSŤ CAM INTERVENCIÍ

Napriek tomu, že metódy využívané pri CAM medicíne sú **v značnej miere štandardizované** a ich aplikácia v klinickej praxi **je riadená inštrukciami, metodikami a odporúčaniami zastrešujúcich organizácií**, reprodukovateľnosť výsledkov ich využitia v praxi je stredná až nízka. Hlavným dôvodom je existencia socioekonomických a kultúrnych rozdielov medzi jednotlivými krajinami. **Účinnosť** CAM intervencií je významne ovplyvnená dostupnosťou a organizáciou zdravotníckych služieb, vnútorným prostredím zdravotníckych zariadení, tzv. „medical culture“, i dostupnosťou finančných, materiálnych a personálnych zdrojov. Predošlé **skúsenosti, informovanosť, tradície, spiritualita a kultúrne špecifiká** sú taktiež významnými faktormi ovplyvňujúcimi účinnosť CAM medicíny. Popri tom netreba zabúdať na **rodové a vekové odlišnosti** cieľových skupín. Toto všetko vytvára veľkú rozmanitosť v podmienkach, v ktorých CAM intervencie preukazujú svoj prínos. Bude CAM metóda uplatňovaná pred, počas, alebo po liečbe? Bude ju pacient vykonávať samostatne, s pomocou asistencie, alebo priamo so zdravotným personálom? Kedy bude metóda pre pacienta bezpečná? Čo je etická a účinná

motivácia pacientov? Cukor alebo bič? Ako sa rozhodovať správne? V zmysle výroku: to čo nedokážeme merať, nedokážeme zlepšovať, by každá CAM intervencia v starostlivosti o pacienta v klinickej praxi, mala pre dosiahnutie optimálnej účinnosti a dlhodobej udržateľnosti prejsť analýzami vhodnosti, akceptability a uskutočniteľnosti.

3.1 Analýza vhodnosti CAM intervencií

Pri analýze vhodnosti overujeme mieru, v ktorej spôsob naplánovania dizajnu intervencie naplnil podmienky pre splnenie jej stanovených cieľov. **Hodnotíme** teda kvalitu nášho plánu pred uskutočnením intervencie. **Odpovedáme si tak na otázku**, či nami zvolený plán uskutočnenia bol vhodný pre splnenie stanovených cieľov a zámerov. Väčšina **analýz vhodnosti je vykonávaná** štandardizovanými, štruktúrovanými dotazníkmi, ktoré overujú jednotlivé stránky plánovania a boduje ich kvalitu do škál, alebo formou štruktúrovaných, resp. polo-štruktúrovaných rozhovorov so subjektmi, ktoré boli zapojené do plánovania a implementácie plánu v klinickej praxi.

Príkladom analýzy vhodnosti intervencie je štúdia od Demira a kol. (2008), v ktorej autori overovali vhodnosť písomnej formy edukačných materiálov pre pacientov. Autori overili dostupnosť a zozbierali vzorky písomných edukačných materiálov zo 138 kliník. Pre overenie ich vhodnosti aplikovali autori dotazník štandardizovaný DISCERN na základe ktorého zistili, že dostupnosť materiálov na klinikách je stredná, zrozumiteľnosť písomnej formy edukačných materiálov pre pacientov je nízka a jej aplikácia je sprevádzaná viacerými závažnými nedostatkami.

OBRÁZOK 6 Analýza distribúcie edukačných materiálov podľa DISCERN dotazníka (Demira a kol. 2008)

Table 2 The distribution of educational booklets according to the DISCERN measuring instrument points

DISCERN measuring instrument	Mean \pm SD	Min.	Max.
Reliability			
1 Are the aims clear?	3.50 \pm 1.74	1	5
2 Does it achieve its aims?*	3.07 \pm 2.27	0	5
3 Is it relevant?	4.72 \pm 0.3	3-6	5
4 Is it clear what sources of information were used to compile the publication (Other than the author or producer)?	1.14 \pm 0.4	1	2-3
5 Is it clear when the information used or reported in the publication was produced?	1.07 \pm 0.3	1	2-3
6 Is it balanced and unbiased?	3.87 \pm 1.1	1	5
7 Does it provide details of additional sources of support and information?	2.40 \pm 0.8	1	5
8 Does it refer to areas of uncertainty?	2.40 \pm 1.3	1	5
Total	2.77 \pm 0.58	1-80	3-60
Information Quality			
9 Does it describe how each treatment works?	4.22 \pm 0.7	2-3	5
10 Does it describe the benefits of each treatment?	3.42 \pm 1.2	1	5
11 Does it describe the risks of each treatment?	2.92 \pm 1.2	1	4-6
12 Does it describe what would happen if no treatment is used?	2.40 \pm 1.2	1	4-6
13 Does it describe how the treatment choices affect overall quality of life?	2.88 \pm 1.1	1	4-6
14 Is it clear that there may be more than one possible treatment choice?	2.40 \pm 0.8	1	3-6
15 Does it provide support for shared decision-making?	1.98 \pm 0.8	1	3-6
Total	2.88 \pm 0.73	1-80	4-0
16 Based on the answers to all of the above questions, rate the overall quality of the publication as a source of information about treatment choices.	3.02 \pm 0.8	1	4-7

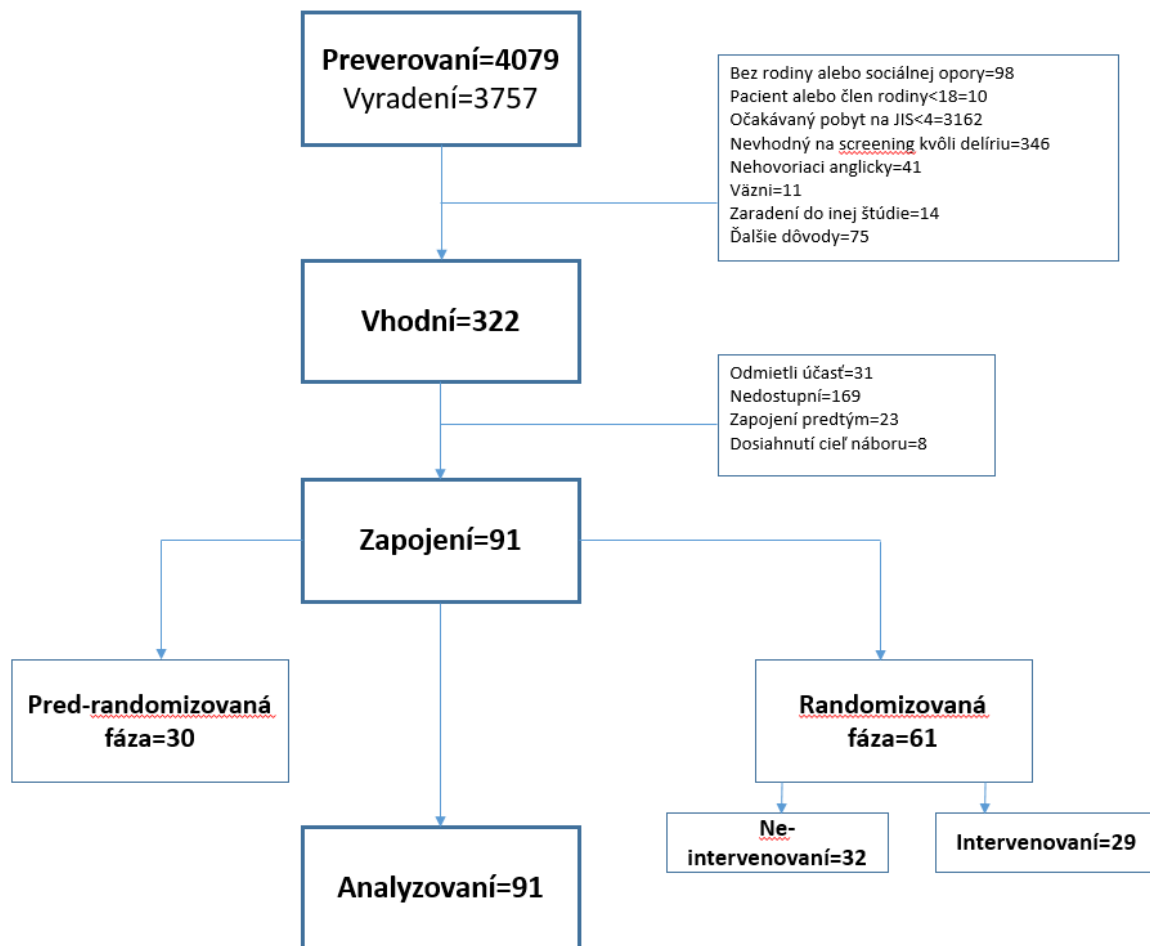
3.2 Analýza akceptability CAM intervencií

Pri analýze akceptability overujeme mieru, v ktorej spôsob vykonania intervencie naplnil podmienky pre splnenie jej stanovených cieľov. **Hodnotíme** teda kvalitu našej činnosti podľa plánu v praxi počas uskutočňovania intervencie. **Odpovedáme si tak na otázku**, či bol nami zvolený spôsob vykonania

intervencie vhodný pre splnenie jej cieľov a zámerov. **Analýzy akceptability** sú vykonávané buď kvalitatívnymi, alebo kvantitatívnym ukazovateľmi. Pri kvalitatívnych zberoch sa využívajú štruktúrované, alebo polo-štruktúrované rozhovory so subjektmi a vykonávateľmi intervencie, ako i zdravotníckym personálom, ktorý bol do intervencie zapojený. Pri kvantitatívnom posudzovaní sa zberajú údaje o naplnení očakávaných procesov a úkonov počas intervencie a miere plnenia úloh a programu CAM intervencie.

Príkladom analýzy akceptability je štúdia od Mitchela a kol. (2021), v ktorej autori overovali vhodnosť rodinnej terapie pre zníženie delíria u pacientov hospitalizovaných na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Autori po vykonaní intervencie overovali početnosť pacientov a rodinných príslušníkov, ktorí boli dostupní pre intervenciu, ktorí boli vhodní pre intervenciu, ktorí súhlasili so zapojením sa do intervencie, a ktorí intervenciu aj dokončili. Zistili že dostupných bolo 4079 pacientov, z ktorých väčšina nebola vhodná pre intervenciu z rôznych dôvodov, ktoré boli zaznamenané. Iba 322 pacientov s ich rodinami bolo vhodných, z ktorých 91 rodín súhlasilo so zapojením do intervencie.

OBRÁZOK 7 Overovanie početnosti pacientov na JIS vhodných pre intervencie (Mitchel a kol. 2021)



3.3 Analýza uskutočniteľnosti CAM intervencií

Pri **analýze uskutočniteľnosti** overujeme mieru v ktorej spôsob vykonania intervencie naplnil očakávanú účinnosť a podmienky pre uplatnenie v klinickej praxi. Hodnotíme teda účinnosť intervencie a dostupnosť zdrojov a kompetencií pre udržateľnú implementáciu v praxi. **Odpovedáme si tak na otázku**, či bol nami zvolený spôsob plánovania a vykonania intervencie účelný a účinný pre


splnenie cieľov a zámerov intervencie v praxi. **Analýzy uskutočiteľnosti** sú vykonávané prevažne kvantitatívnymi ukazovateľmi. Pri kvalitatívnych zberoch sa využívajú štruktúrované, alebo pološtruktúrované rozhovory so subjektmi a vykonávateľmi intervencie a zdravotníckym personálom, ktorý bol do nej zapojený až po úplnom skompletizovaní celého programu CAM intervencie.

Príkladom štúdie vhodnosti akceptability nám poslúži štúdia od van Sluijsa a kol. (2004), v ktorej autori overovali uskutočiteľnosť programu propagácie pohybovej aktivity pre pacientov v ordináciách všeobecných lekárov. Autori po vykonaní intervencie vykonali pološtruktúrované rozhovory s lekármi a overovali mieru prijatia, benefity, riziká a bariéry propagačného programu. Väčšina lekárov považovala program za užitočný, avšak niektorí sa poťažovali, že priložené formuláre propagačného programu boli zdĺhavé na vyplnenie a že niektoré odporúčania týkajúce intenzity pohybovej aktivity sa im zdajú veľmi náročné. 60 % z lekárov uviedlo, že program propagácie bude využívať aj po skončení intervencie a že nič nebráni jej širokému uplatneniu v klinickej praxi.

OBRÁZOK 8 Témy, ktoré poskytovatelia hodnotili ako „dôležité“, o ktorých treba diskutovať počas konzultácie PACE (van Sluijs a kol. 2004)

	Fáza 1	Fáza 2	Fáza 3
Benefity	100	100	30
Bariéry	93	94	71
Vytváranie cvičebných plánov	80	88	59
Sociálna opora	67	77	41
Pozitívna spätná väzba	80	88	82
Plán posilňovania sebavedomia	60	71	82
Prevenia relapsu	60	82	77
Sebamotivácia	93	94	77

Na záver vám ponúkame niekoľko užitočných informačných zdrojov, na ktorých nájdete široký záber overených poznatkov a skúsenosti s využívaním CAM v starostlivosti o pacienta.

	<p>NIH, Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?: https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name</p> <p>Complementary and Natural Healthcare Council, UK: https://www.cnhc.org.uk/what-we-do</p> <p>Pubmed CAM: https://www.nccih.nih.gov/health/providers/litreviews</p> <p>OU on the BBC: Alternative Medicine: https://www.open.edu/openlearn/body-mind/ou-on-the-bbc-alternative-medicine-programme-2-healing</p>
---	---

OTÁZKY

DEFINÍCIA OBLASTÍ SPADAJÚCICH POD KOMPLEMENTÁRNU, ALTERNATÍVNU A INTEGRATÍVNU (CAM) MEDICÍNU

1.1. Charakteristiky CAM medicíny sú:

- A) CAM medicína je relatívne nová oblasť medicíny bez akéhokoľvek vedeckého skúmania
- B) je to skupina medicínsky postupov, ktoré nie sú v súčasnosti považované za integratívne elementy konvenčnej medicíny
- C) používanie postupov CAM medicíny sú spojené s priaznivými a podpornými vplyvmi na zdravie pacientov

1.2. Medicína uplatňujúca sa súbežne s metódami štandardnej zdravotnej starostlivosti sa nazýva:

- A) komplementárna medicína
- B) alternatívna medicína
- C) integratívna medicína

1.3. Oblasťou, ktorá kombinuje liečebný prístup uplatnenia metód štandardnej zdravotnej starostlivosti a metód CAM, pre dosiahnutie čo najvyššej bezpečnosti a účinnosti liečby pacienta, sa nazýva:

- A) komplementárna medicína
- B) alternatívna medicína
- C) integratívna medicína

1.4. Medicína uplatňujúca sa ako náhrada za metódy štandardnej zdravotnej starostlivosti sa nazýva:

- A) komplementárna medicína
- B) alternatívna medicína
- C) integratívna medicína

1.5. Medzi hlavné kategórie prístupov CAM medicíny nepatrí:

- A) nutričné prístupy
- B) psychologické prístupy
- C) behaviorálne prístupy
- D) fyzické prístupy

1.6. Medzi hlavné benefity CAM medicíny patrí:

- A) zníženie špecifických mier mortality a morbidity na vybrané ochorenia
- B) zvýšenie finančných nákladov zdravotného systému na liečbu ochorení
- C) zníženie incidencie a závažnosti vedľajších účinkov spojených s liečbou ochorení
- D) zvýšenie účinnosti primárnych liečebných metód a postupov
- E) pomalší návrat pacienta do pracovného a sociálneho života a rýchlejšie zotavenie po ochorení a liečbe

1.7. Čo je potrebné vedieť a rešpektovať pri organizácii CAM intervencií:

- A) špecializovaný terapeut musí disponovať širokým teoretickým základom v oblasti diagnostiky, prognostiky, terapie a farmakoterapie ochorení, v rámci ktorých CAM metódy uplatňuje
- B) špecializovaný terapeut nemusí ovládať zásady a postupy pre prácu a vyhodnocovanie rôznorodých informácií o pacientovi
- C) špecializovaný terapeut musí zvládať komunikáciu s pacientom a zdravotníckym personálom

PRÍPRAVA A APLIKÁCIA CAM METÓD V TERAPEUTICKEJ PRAXI

2.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Pri iniciácii, riadení and dohľade počas aplikácie CAM metód je potrebné zohľadniť aj pacientovu osobnosť a jeho očakávania.

áno nie

2.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Pri iniciácii, riadení and dohľade počas aplikácie CAM metód nemusíme brať do úvahy pacientov klinický, psychologický a funkčný stav.

áno nie

2.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Pri iniciácii, riadení and dohľade počas aplikácie CAM metód nie je dôležitý typ a organizácia liečebného a CAM režimu.

áno nie

2.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Dostupnosť ľudských, materiálnych a finančných zdrojov pre CAM metódy zohrávajú dôležitú úlohu pri iniciácii, riadení and dohľade počas aplikácie CAM metód.

áno nie

VYHODNOCOVANIE (NIELEN CAM) INTERVENCÍ

3.1. Pri analýze vhodnosti CAM metód:

- A) overujeme mieru, v ktorej spôsob naplánovania dizajnu štúdie naplnil podmienky pre splnenie stanovených cieľov intervencie
- B) hodnotíme kvalitu našej činnosti podľa plánu v praxi počas uskutočňovania intervencie
- C) analýzy vhodnosti sú vykonávané štandardizovanými, štruktúrovanými dotazníkmi, ktoré overujú jednotlivé stránky plánovania a boduje ich kvalitu do škál, alebo formou štruktúrovaných, resp. pološtruktúrovaných rozhovorov so subjektmi ktoré boli zapojené do plánovania a implementácie plánu v klinickej praxi

3.2. Pri analýze akceptability CAM metód:

- A) hodnotíme kvalitu nášho plánu pred uskutočnením intervencie
- B) overujeme mieru, v ktorej spôsob vykonania štúdie naplnil podmienky pre splnenie stanovených cieľov intervencie
- C) zodpovedáme si na otázku, či bol nami zvolený spôsob vykonania štúdie vhodný pre splnenie cieľov a zámerov intervencie

3.3. Pri analýze uskutočniteľnosti CAM metód:

A) overujeme mieru, v ktorej spôsob vykonania štúdie naplnil očakávanú účinnosť a podmienky pre uplatnenie v klinickej praxi

B) zodpovedáme si na otázku, či bol nami zvolený spôsob plánovania a vykonania intervencie účelný a účinný pre splnenie cieľov a zámerov intervencie v praxi

C) pri kvantitatívnom posudzovaní sa zberajú údaje o naplnení očakávaných procesov a úkonov počas štúdie a miere plnenia úloh a programu CAM intervencie

LITERATÚRA

1. Demir F, Ozsaker E, Ilce AO. The quality and suitability of written educational materials for patients*. *Journal of Clinical Nursing*, 2008;17(2):259-65.
2. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine*, 1993;328(4):246-52.
3. Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer*, 1998;83(4):777-82.
4. Life expectancy at birth in Europe (2015). [Cit. 2023-2-7] Dostupné na: <https://vividmaps.com/life-expectancy-at-birth-in-europe-2015/>
5. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, Hull AM, Davis C, Murfield JE, Aitken LM. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2017;40:77-84.
6. National Center for Complementary and Integrative Health. NCCIH Strategic Plan FY 2021–2025: Mapping the Pathway to Research on Whole Person Health. National Center for Complementary and Integrative Health website. Dostupné na: <https://nccih.nih.gov/about/nccih-strategic-plan-2021-2025> [Cit. 2023-2-8].
7. OECD/European Union (2020): Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. [Cit. 2023-2-7]
8. OECD Health Statistics 2021. [Cit. 2023-2-7] Dostupné na: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
9. van Sluijs EM, van Poppel MN, Stalman WA, van Mechelen W. Feasibility and acceptability of a physical activity promotion programme in general practice. *Family Practice*, 2004;21(4):429-36.

POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

XI. DOSTUPNOSŤ A RESPONZÍVNOSŤ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCKYCH SLUŽIEB

V predchádzajúcich častiach sme hovorili o vnímaní zdravia a choroby, o tom, čo všetko ovplyvňuje naše zdravie a aký podiel na tom má zdravotnícky systém. Táto časť sa venuje prístupu k zdravotnej starostlivosti a bariéram v prístupe, ktorým čelia ľudia riešiaci nejaký zdravotný problém. V rámci jednotlivých tém si rozoberieme a predstavíme proces využívania zdravotnej starostlivosti, bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti, koncepčný rámec prístupu k zdravotnej starostlivosti, dôsledky obmedzeného prístupu k zdravotnej starostlivosti a rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti.

1. PROCES VYUŽÍVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Na ilustráciu využívania zdravotnej starostlivosti a vysvetlenie prístupu k zdravotnej starostlivosti použijeme príklad Júlie.

ÚLOHA 1

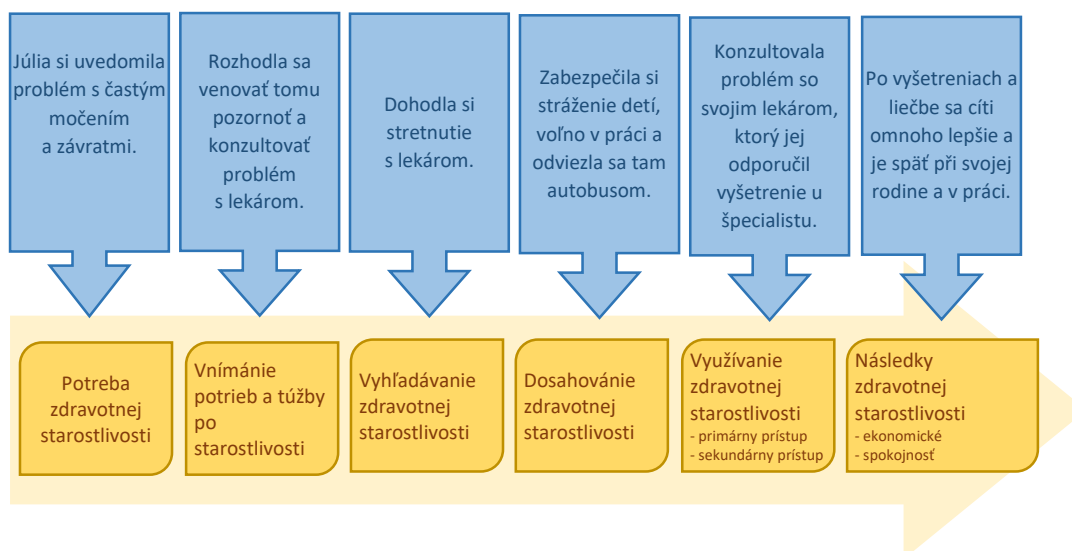
Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Pokúste sa zodpovedať nasledujúce otázky:

► Čo si myslíte, aké kroky musí Júlia podstúpiť, aby sa dostala k starostlivosti?

► Čo je na začiatku využívania zdravotnej starostlivosti a čo je na konci?

Prístup k zdravotnej starostlivosti je proces niekoľkých krokov na celej ceste jej využívania od vnímania potreby až po úžitok zo starostlivosti. V prípade Júlie môže tento proces znamenať nasledujúce kroky. Júlia si musela svoj problém v prvom rade uvedomiť, rozhodla sa venovať tomu pozornosť a konzultovať problém so svojím obvodným lekárom. Zavolala teda svojmu obvodnému lekárovi a dohodla si vyšetrenie a konzultáciu, vypýtala si v práci deň voľna a odviezla sa autobusom do najbližšieho zdravotného strediska, kde má jej lekár ambulanciu, prekonzultovala s ním svoje problémy a on jej odporučil návštevu urológa a neurológa. Čoskoro bola objednaná k týmto odborníkom, nasledovala diagnostika a navrhovaná liečba. Zanedlho sa cítila lepšie a teraz je späť so svojou rodinou a v práci. Prístup teda vnímame ako možnosť identifikovať potreby zdravotnej starostlivosti, vyhľadať jej služby, dostať sa k zdrojom zdravotnej starostlivosti, využiť služby zdravotnej starostlivosti a benefitovať z nej. Pritom je ale dôležité dostávať ponuku služieb skutočne zodpovedajúcu individuálnym potrebám.

OBRÁZOK 1 Proces využívania zdravotnej starostlivosti



2. BARIÉRY V PRÍSTUPE K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Otázka čo by sa asi tak mohlo pokaziť nás privádza k našej ďalšej téme. Bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti sa totiž vyskytujú v každom kroku využívania zdravotnej starostlivosti.

2.1 Potreba zdravotnej starostlivosti

Zamerajme sa na prvý krok cesty. Čo sa odohráva medzi tým, keď sa niečo deje s našim zdravím, až po moment, kým si uvedomíme, že máme problém?

Ako by mohla Júlia premýšľať o svojom zdravotnom stave?

- ▶ Mohla by premýšľať o tom aké je to asi vážne a báť sa že je to možno fakt dosť vážne...
- ▶ Chce to skutočne vedieť?
- ▶ Koľko lekárov bude musieť navštíviť? A čo bude ďalej?
- ▶ Neprijemné vyšetrenia, zdĺhavá liečba? Operácia?
- ▶ Ako veľmi to bude bolieť?

2.2 Vnímanie potrieb a túžby po starostlivosti

Čo sa odohráva medzi tým, kým si uvedomíme, že máme zdravotný problém až po moment, keď sa rozhodneme vyhľadať pomoc?

Čo sa Júlia rozhodne urobiť so svojim zdravotným stavom?

- ▶ Porozpráva sa s rodinou alebo priateľmi?
- ▶ Bude hľadať na internete?
- ▶ Pátrať po mozgovej diagnóze?
- ▶ Porozpráva sa so svojim lekárom?

Tu sa môžu vyskytnúť prvé bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Schopnosť Júlie vnímať, že si jej zdravotné problémy vyžadujú lekársku starostlivosť, jej zdravotná gramotnosť, znalosti o zdraví a

presvedčenia súvisiace so zdravím a chorobou môžu ovplyvniť jej rozhodnutie vyhľadať pomoc. Na druhej strane, pre ľudí ako Júlia, ktorí čelia zdravotným potrebám, je dôležité, aby skutočne dokázali identifikovať, že určitá forma služby existuje, je dostupná a že môže ovplyvniť ich zdravie. Transparentnosť, informácie o dostupných liečebných postupoch a službách a osvetové aktivity by mohli prispieť k tomu, aby boli služby viac či menej dostupné.

2.3 Vyhľadanie zdravotnej starostlivosti

Posuňme sa k ďalšiemu kroku, v ktorom by sa Júlia mala rozhodnúť vyhľadať odbornú pomoc.

Čo môže zabrániť Júlii, aby sa rozhodla vyhľadať lekára?

- ▶ Možno si myslí, že má priveľa iných povinností.
- ▶ Má na to vôbec čas?
- ▶ Mohla by pochybovať, či je naozaj nevyhnutné ísť k lekárovi?
- ▶ Je jej lekár milý človek?
- ▶ Je pre ňu ľahké s ním hovoriť? Čo si o tom, že navštívi lekára pomyslí jej manžel?

Tu sa môžu vyskytnúť ďalšie bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Schopnosť Júlie vyhľadať zdravotnú starostlivosť súvisí s jej osobnou autonómiou a schopnosťou správne sa rozhodnúť. Súvisí to s jej znalosťami o možnostiach zdravotnej starostlivosti a individuálnymi právami, ktorými reálne disponuje. Tie totiž ovplyvňujú samotný úmysel vyhľadať zdravotnú starostlivosť. Vstup do zdravotnej starostlivosti môže ovplyvniť diskriminácia, ktorej čelia niektoré ženy alebo aj etnické menšiny. Niektoré etnické menšiny čelia diskriminácii, zlému zaobchádzaniu a zanedbávaniu nielen v každodennom živote. Majú s tým zlé skúsenosti aj v zdravotníctve, čo ich odrádza od toho, aby vyhľadali lekársku pomoc. Preto je veľmi dôležité zabezpečiť, aby zdravotná starostlivosť spĺňala potreby rôznych kultúrnych, socioekonomicky znevýhodnených a zraniteľných skupín obyvateľstva.

Prijateľnosť sa týka kultúrnych a sociálnych faktorov, ktoré určujú nakoľko sú aspekty poskytovaných služieb pre ľudí akceptovateľné a ako vnímajú a posudzujú či sú pre nich vhodné, aby starostlivosť reálne vyhľadali. Pri poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti zavážia napríklad faktory, ako ich pohlavie alebo sociálna skupina, či hodnoty a normy, ktorými sa riadia ľudia poskytujúci zdravotnú starostlivosť. Napríklad v spoločnosti, ktorá zakazuje príležitostný fyzický kontakt medzi slobodnými mužmi a ženami by mohlo byť pre niektoré ženy neprijateľné vyhľadať a využívať starostlivosť ak je jej poskytovateľom muž. Môže sa stať, že niektoré služby sú nespravodlivé či neférové v spôsobe, akým sú organizované, čo ich robí neprijateľnými pre niektoré časti spoločnosti, ktorým majú slúžiť.

2.4 Dosahovanie zdravotnej starostlivosti

Ďalšou výzvou pre Júliu môže byť už len samotné vybavenie si termínu u lekára.

Čo môže zabrániť Júlii dohodnúť si stretnutie so svojím lekárom?

- ▶ Vlastní telefón a má vôbec telefónne číslo na lekára?
- ▶ Aké sú ordinačné hodiny?
- ▶ Je to ďaleko?
- ▶ Ako často premáva autobus?
- ▶ Je komplikované sa tam dostať?
- ▶ Kto za ňu prevezme zmenu v obchode?
- ▶ Kto sa postará o jej deti, kým bude preč?

Ďalšie bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti sa môžu objaviť pri pokuse dostať sa k lekárovi. Schopnosť Júlie dosiahnuť na zdravotnú starostlivosť závisí od jej osobnej mobility a dostupnosti dopravy, pracovnej flexibility a znalostí o zdravotníckych službách, ktoré by jej umožnili fyzicky sa dostať k poskytovateľom služieb. Obmedzená mobilita starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím alebo problémy ľudí, ktorí zažívajú neistotu v zamestnaní, nemajú trvalý pracovný pomer a vynechať deň v práci kvôli návšteve lekára môže znamenať stratu príjmu, sú bariérami v prístupe, ktorým čelí mnoho ľudí.

Dostupnosť a akomodácia znamenajú, že zdravotné služby sú dostupné fyzicky aj včas. Zdravotníckymi službami rozumieme buď fyzický priestor, alebo tých, ktorí v zdravotnej starostlivosti pracujú. Dostupnosť predstavuje fyzickú existenciu zdravotníckych zdrojov s dostatočnou kapacitou na poskytovanie služieb. Vyplýva to z charakteristík zariadení, akými sú hustota, koncentrácia, rozmiestnenie, dostupnosť budov. Dostupnosť súvisí aj s charakteristikami poskytovateľov, ako je dĺžka a flexibilita pracovného času, prítomnosť zdravotníckych odborníkov a ich kvalifikácia. Dôležité sú aj spôsoby poskytovania služieb ako kontaktné služby a možnosť telefonických či virtuálnych konzultácií. Prístup je obmedzený, ak sú dostupné zdroje nerovnomerne rozdelené v rámci krajiny alebo naprieč úrovňami starostlivosti, napríklad keď sa špecializovaná starostlivosť rozvíja na úkor primárnej.

2.5 Využívanie zdravotnej starostlivosti

Keď sa Júlii podarí dostať k lekárovi, môžu nastať ďalšie problémy.

Čo môže zabrániť Júlii pokračovať v procese využívania zdravotnej starostlivosti?

- ▶ Má dosť peňazí na predpísané lieky alebo cestovné náklady?
- ▶ Koľko dní pracovného voľna si môže dovoliť?
- ▶ Bude mať jej rodina dostatok peňazí, ak jej príjem bude nižší kvôli absencii v práci?
- ▶ Má niekoho, kto jej môže pomôcť prekonať finančné problémy?

Finančné problémy môžu vstúpiť do procesu ešte skôr, ale práve v tomto bode skutočne záleží na tom, či má Júlia finančnú istotu. Schopnosť Júlie platiť za zdravotnú starostlivosť je určená jej schopnosťou prostredníctvom príjmu, úspor, pôžičiek generovať ekonomické zdroje na zaplatenie služieb zdravotnej starostlivosti bez toho, aby to znamenalo katastrofálne výdavky zo zdrojov potrebných na

základné životné potreby. Chudoba, sociálna izolácia alebo zadlženosť sú príkladmi faktorov, ktoré obmedzujú schopnosť ľudí platiť za potrebnú starostlivosť.

Na druhej strane cenová dostupnosť odráža túto ekonomickú schopnosť ľudí mieriť zdroje a čas na využívanie vhodných služieb. Vyplýva to z priamych cien služieb a súvisiacich nákladov popri nákladoch z ušlej príležitosti, ktoré znamenajú čiastočnú alebo úplnú stratu príjmu. Napríklad ak sa niekto nedostaví na fušku, nedostane zaplatené, prípadne už ďalšiu príležitosť zarobiť si nedostane.

Povedzme že to Júlia finančne nejako zvládne. Má zdravotné poistenie, nemá na ňom dlh a jej rodina jej pomôže prekonať prípadné finančné problémy, takže by sa mohla sústrediť na ďalšie kroky.

Čo môže Júlii brániť v tom, aby sa sústredila na vyšetrenia, diagnostiku a liečbu a aby mohla z poskytovanej starostlivosti benefitovať?

- ▶ Je motivovaná dodržiavať navrhovanú liečbu?
- ▶ Môže sa podieľať na rozhodnutiach týkajúcich sa jej zdravia a liečby?
- ▶ Rozumie tomu, čo jej lekár vysvetlil?
- ▶ Je pre ňu ľahké klásť otázky?
- ▶ Dokáže dodržať všetky odporúčania?

Schopnosť Júlie zapojiť sa do zdravotnej starostlivosti súvisí s jej participáciou a účasťou na rozhodovaní o veciach týkajúcich sa konkrétnych úkonov a liečby, čo je zase silne determinované jej schopnosťou a motiváciou podieľať sa na starostlivosti a zaviazat' sa k jej dokončeniu. Určujúcim faktorom je jej zdravotná gramotnosť a schopnosť komunikovať, ako aj jej sebaúčinnosť a schopnosť manažovať záležitosti súvisiace so zdravím, dodržiavaním liečby a liečebného režimu. Komunikácia a vzťah medzi Júliou a jej lekárom sú v skutočnosti kľúčovými faktormi ovplyvňujúcimi dodržiavanie odporúčaní lekára. Komunikácia je obojsmerný proces zahŕňajúci oboch komunikačných partnerov. Preto je veľmi dôležité, aby boli zdravotnícki pracovníci schopní komunikovať s rôznymi pacientmi a prispôbiť úroveň komunikácie ich schopnostiam.

Celkovo je dôležité, aby Júlia dostávala starostlivosť, ktorá je pre ňu skutočne primeraná vzhľadom na jej zdroje a schopnosti. Vhodnosť označuje súlad medzi službami a potrebami pacienta, včasnosť, množstvo starostlivosti vynaloženej na posúdenie zdravotných problémov a určenie správnej liečby a technickú a interpersonálnu kvalitu poskytovaných služieb. Možnosť využívať len nekvalitné služby v tomto zmysle predstavuje obmedzenie prístupu k zdravotnej starostlivosti.

2.6 Následky zdravotnej starostlivosti

A keď Júlia prekonala všetky bariéry na ceste využívania zdravotnej starostlivosti, môžeme hodnotiť, ako to dopadlo.

Ako môže Júlia vnímať výsledky?

- ▶ Cíti sa lepšie?
- ▶ Vyriešili sa jej zdravotné problémy?
- ▶ Bola to dobrá skúsenosť?
- ▶ Je spokojná s prístupom lekárov?
- ▶ Boli celkové náklady spojené s jej liečbou zvládnuteľné?
- ▶ Môže sa vrátiť do práce?

ÚLOHA 2

Skúste si spomenúť na situáciu, keď ste naposledy vy alebo niekto blízky riešili nejaký zdravotný problém, ktorý si vyžadoval viac ako len ísť na preventívnu prehliadku. Alebo si predstavte, že by ste boli na mieste Júlie. Jej príbeh už poznáte. Keď je reč o prístupe k zdravotnej starostlivosti, toto sú niektoré z najčastejších otázok, na posúdenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre jednotlivcov.

- ▶ Dokážete si okamžite zabezpečiť potrebné vyšetrenie alebo lekársky zákrok? Alebo musíte čakať 3 mesiace či dokonca viac?
- ▶ Má váš lekár k dispozícii primerané a moderné technológie a znalosti na výkon svojich povinností?
- ▶ Má oddelenie dostatok špecialistov a ďalšieho personálu potrebného na efektívnu a plynulú prevádzku?
- ▶ Sú lekári, ktorých navštevujete, miestni a ľahko dostupní? Alebo je najbližší lekár vzdialený viac ako hodinu?
- ▶ Ste ochotní zaplatiť to, čo poskytovateľ požaduje?
- ▶ Je poskytovateľ ochotný akceptovať to, čo ste schopní zaplatiť?
- ▶ Prijímajú vás poskytovatelia zdravotnej starostlivosti otvorene takého, aký ste, bez odsúdenia?
- ▶ Boli ste dostatočne informovaní o svojom zdravotnom stave, potrebných vyšetreniach, prípadne ich priebehu?
- ▶ Boli ste dostatočne zapojení do rozhodnutí týkajúcich sa vášho zdravia?

Skúste si na tieto otázky odpovedať a keď vaša odpoveď naznačuje prekážku v prístupe, skúste sformulovať, čo by vám ju pomohlo prekonať alebo čo by vám danú situáciu nejako uľahčilo. Zamerajte sa najmä na tie veci, ktoré je možné zmeniť na strane zdravotného systému.

3. KONCEPČNÝ RÁMEC PRÍSTUPU K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

To, čo sme vytvorili pri sledovaní Júliinho príbehu, je vlastne koncepčný rámec prístupu k zdravotnej starostlivosti. Tento koncepčný rámec vytvorili a publikovali v roku 2013 Levesque, Harris a Russell z univerzity v Sydney v Austrálii a je to jeden z najkomplexnejších rámcov súčasnosti (Levesque, Harris & Russel, 2013).

Obsahuje centrálnu dimenziu popisujúcu proces využívania zdravotnej starostlivosti.

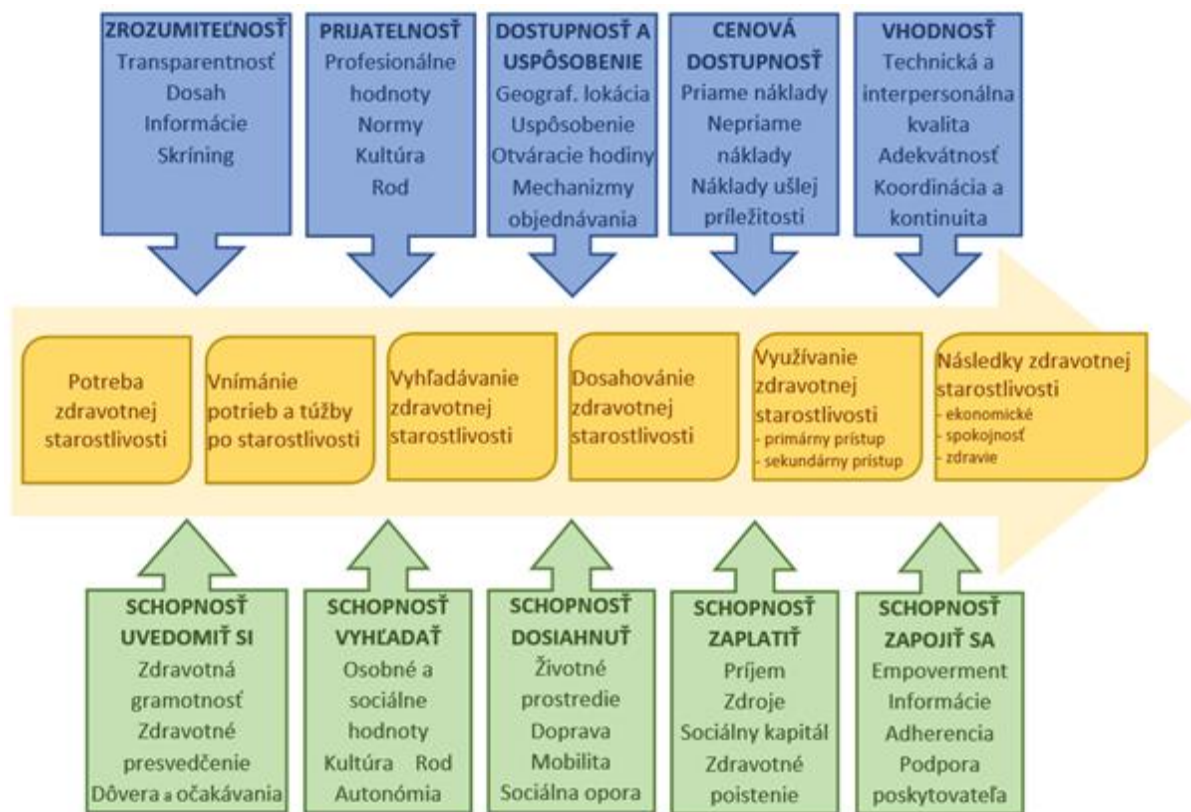
V hornej časti obrázku je znázornených päť dimenzií prístupu k zdravotníckym službám. Tieto zahŕňajú:

- 1) zrozumiteľnosť;
- 2) prijateľnosť;
- 3) dostupnosť a akomodáciu;
- 4) cenová dostupnosť a
- 5) vhodnosť.

S týmito piatimi dimenziami na strane zdravotného systému interaguje päť zodpovedajúcich schopností ľudí, ktorí ho využívajú, a tak sa generuje prístup. Ako je znázornené v spodnej časti obrázku, tieto dimenzie schopností zahŕňajú:

- 1) schopnosť uvedomiť si;
- 2) schopnosť vyhľadať;
- 3) schopnosť dosiahnuť;
- 4) schopnosť zaplatiť a
- 5) schopnosť zapojiť sa.

OBRÁZOK 2 Konceptuálny rámec prístupu k zdravotnej starostlivosti (Levesque, Harris & Russel, 2013)



Prístup k zdravotnej starostlivosti je definovaný ako príležitosť dosiahnuť a obdržať vhodné a primerané služby zdravotnej starostlivosti zodpovedajúce potrebám a schopnostiam. Proces využívania zdravotnej starostlivosti možno vnímať ako jednotlivé kroky v poradí, ktorými pacient prechádza od vnímania potreby až po benefitovanie zo starostlivosti. Pri postupnom prechádzaní od jedného kroku k ďalšiemu sa odhaľujú ďalšie a ďalšie bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Odlíšujeme **bariéry na strane zdravotného systému** a **bariéry na strane jeho používateľov**, ktoré sa odvíjajú od ich schopností. Bariérami na strane poskytovateľa je zrozumiteľnosť, prijateľnosť, dostupnosť a uspôsobenie, cenová dostupnosť a vhodnosť ponúkanej zdravotnej starostlivosti. Bariérami na strane používateľov je schopnosť uvedomiť si zdravotnú potrebu, vyhľadať zdravotnú starostlivosť, dosiahnuť ju, zaplatiť náklady vrátane sprievodných nákladov a schopnosť zapojiť sa do manažovania starostlivosti o svoje zdravie.

4. DÔSLEDKY OBMEDZENÉHO PRÍSTUPU K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Obmedzený prístup k zdravotnej starostlivosti môže mať nepríjemné následky, ktoré si môžeme ilustrovať na príbehu Júlie. Mohlo by to pokojne vyzerať aj takto. Júlia sa bála, že ak požiada o deň voľna na návštevu svojho lekára, príde o prácu. Tam, kde žije, je veľmi málo pracovných príležitostí a jej príjem je pre rodinu veľmi dôležitý. Navyše pri svojich troch deťoch, o ktoré sa musí starať a s ktorými jej nemá kto pomôcť, vlastne nemala času nazvyš. Aj preto za posledných desať rokov nenavštevovala svojho lekára kvôli preventívnym prehliadkam a nemala na neho ani telefónne číslo. Návštevu lekára preto odkladala ešte dva mesiace, až kým počas jednej zmeny nezistila, že má krv v

moči a dokonca upadla do bezvedomia. Potom už ale bola poriadne vystrašená. Nie je veľmi zručná s používaním internetu. Našťastie jej priateľka pomohla vyhľadať telefónne číslo na jej lekára a dohodnúť si s ním konzultáciu. Konzultácia nedopadla veľmi dobre. Pre zlé dopravné spojenie prišla neskoro. Zdravotná sestra pre to vôbec nemala pochopenie a bola nepríjemná. Kričala na ňu pred ostatnými čakajúcimi pacientmi. Keď ju nakoniec zavolala, aby prišla dnu a poradila sa so svojim praktickým lekárom, cítila sa zahanbene a neisto. Nemohla sa poriadne sústrediť, takže jej uniklo veľa informácií. Pochopila aspoň to, že musí navštíviť viacerých lekárov, aby zistili, čo s ňou je, pretože to môže byť vážne. Keďže sa však hanbila, bála sa klásť otázky a odišla z ambulancie s niekoľkými papiermi v ruke bez toho, aby v skutočnosti vedela, čo má robiť. S čítaním lekárskej správy a vybavovaním vyšetrení na urológii a neurológii jej pomohla kamarátka. Keď sa šéfovi zmienila, že na riešenie svojich zdravotných problémov bude potrebovať viac dní voľna, šéf jej povedal, že keďže nie je stálym zamestnancom, príde o časť príjmu. Potrebné vyšetrenia musela absolvovať v 50 km vzdalenej nemocnici, pretože v najbližšom zdravotníckom zariadení nemali všetko potrebné vybavenie. Navyše musela čakať ďalšie 3 týždne na CT vyšetrenie. Nikdy predtým v tom meste nebola, takže sa pasovala s tým, ako sa do tej nemocnice dostať. Ešte aj v nemocnici blúdila takmer pol hodinu, kým sa jej podarilo nájsť tú správnu ambulanciu. Bola to najväčšia budova, v akej kedy bola. Nie všetci lekári, ktorých stretla, boli v milí. Konzultácie boli narýchlo a vyjadrovanie niektorých lekárov bolo pre ňu naozaj nezrozumiteľné. Zle pochopila, ako má užívať predpísané lieky, a tak sa namiesto toho, aby sa cítila lepšie, začala cítiť horšie. Vedela, že musí znova navštíviť tých lekárov, ale mala pocit, že ich obťažuje. Navyše sa bála, že bude musieť všetko podstúpiť znova. Jej extrémne žiarlivý manžel si myslel, že si vymýšľa a podvádza ho s niekým z toho mesta. Bola bez peňazí a on jej odmietol dať peniaze na vlak. Požičala si od kamarátky s vedomím, že jej to už možno nikdy nebude môcť vrátiť. Našťastie lekári rýchlo prišli na to, že to poplietla s tabletkami a po prvýkrát si niekto našiel čas, aby jej všetko poriadne vysvetlil a uistil sa, že tomu rozumie. Žiaľ, pre jej obličku už bolo neskoro. Potrebovala operáciu, prišla o jednu obličku a prišla aj o prácu, pretože z nej vypadla na viac ako mesiac. Mátali ju myšlienky na to, že to nie je fér. Čo keby mala viac času venovať sa svojmu zdraviu sôr? Čo keby mala normálnu prácu a právo na PN-ku, nemala by tieto finančné problémy. Čo keby mala niekoho, kto by jej pomohol s deťmi, možno by sa mohla viac sústrediť na seba. Čo keby jej manžel nebol taký žiarlivec, možno by to lepšie zvládala, no konflikty s ním ju vyčerpávali. Čo keby mali CT v najbližšom zariadení, nemusela by toľko cestovať. Čo keby si lekári našli čas, aby jej všetko poriadne vysvetlili? Možno by o tú obličku neprišla. A čo keby nemala tú jednu priateľku, ktorá jej toľko pomohla?

ÚLOHA 3

Skúste si spomenúť na situáciu, keď ste počuli alebo boli svedkom toho, že sa pacient nedostal k potrebnej zdravotnej starostlivosti, teda obmedzeného prístupu k zdravotnej starostlivosti a popíšte, aké to malo dôsledky v krátkej naratívnej eseji (do 500 slov).

Aké následky malo obmedzenie prístupu k zdravotnej starostlivosti pre pacienta?

5. SPRAVODLIVÝ PRÍSTUP K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dostávame sa k našej poslednej téme ktorou je rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Niektorí ľudia nemajú problémy s prístupom k zdravotnej starostlivosti a niektorí majú všetky tie, ktoré sme spomenuli.

ÚLOHA 4

Skúste sa zamyslieť nad tým, čo znamená spravodlivý prístup k zdravotnej starostlivosti a zhrnúť svoje úvahy v krátkej kritickej eseji (do 500 slov).

Čo znamená spravodlivý prístup k zdravotnej starostlivosti?

Spravodlivosť neznamená, že rovnaké služby sú poskytované každému bez ohľadu na jeho potreby. Spravodlivosť znamená, že ľudia majú prístup k takej starostlivosti a majú možnosť využívať ju takým spôsobom, ktorý zodpovedá ich potrebám.

Teraz, keď vieme, že v systéme zdravotnej starostlivosti existujú bariéry, môžeme sa snažiť ich odstrániť. Vieme však aj to, že bariéry existujú aj na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti. Môžeme sa snažiť naučiť ľudí primerane využívať služby zdravotnej starostlivosti, samozrejme zvyšovať povedomie a zdravotnú gramotnosť. Čo však musíme urobiť, je zmeniť aj samotný systém zdravotnej starostlivosti tak, aby bol schopný reagovať na potreby zdravotnej starostlivosti rôznych pacientov bez ohľadu na ich pohlavie, vek, etnicitu, kultúru, zdravotné postihnutie, sexuálnu orientáciu, náboženstvo, sociálno-ekonomický status, ale aj bez ohľadu na úroveň ich zdravotnej gramotnosti alebo schopnosti zapojiť sa zdravotnej starostlivosti.

Svetová zdravotnícka organizácia definuje **responzivnosť zdravotného systému** ako „schopnosť zdravotného systému naplniť okrem očakávaní zlepšenia zdravia alebo bohatstva aj legitímne očakávania obyvateľstva týkajúce sa ich interakcie so zdravotným systémom“ (Mirzoev, Kane, 2017). Najpoužívanejší rámec na pochopenie responzivnosti zdravotníckych systémov navrhla Svetová zdravotnícka organizácia. Zahŕňa nasledujúcich sedem prvkov, na základe ktorých meriame responzivnosť:


- ▶ dôstojnosť,
- ▶ autonómia,
- ▶ dôvernosť,
- ▶ okamžitá pozornosť,
- ▶ kvalita vybavenia,
- ▶ prístup k sieťam sociálnej opory a
- ▶ možnosť výberu poskytovateľa služieb.

Iné rámce predstavujú buď rozšírenie rámca WHO pridaním prvkov ako je dôvera, alebo sa zameriavajú na špecifický aspekt responzivnosti, ako je interakcia medzi pacientom a poskytovateľom alebo zodpovednosť poskytovateľa (tamtiež).

Na záver pridávam zopár tipov, odporúčaní. Moje prvé odporúčanie pre vás je pozrieť si Ted talk od Lysy Cooper a jej inšpiratívnu prednášku o nespravodlivom prístupe etnických menšín k zdravotnej starostlivosti.

	https://www.youtube.com/watch?v=CBNWaQM2JrE
---	---

Pridávam aj video z reportáže o asistentkách podpory zdravia, ktoré pomáhajú ľuďom z marginalizovaných rómskych komunít s prekonávaním prekážok v prístupe k zdravotníckym službám.

	https://www.youtube.com/watch?v=FN6t6cZoUAQ&list=PLULtZO95jmNb0YwEseo5Hu6XH1d38v71&index=20
---	---

6. ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ

Pre lepšie pochopenie zdravotnej starostlivosti, ale i dostupnosti a responzivnosti zdravotníckych služieb si rozoberieme **koncept zdravotnej gramotnosti**. Zdravotná gramotnosť môže byť jedným zo spôsobov, ako predchádzať zdravotným problémom a chrániť zdravie, ale aj ako organizovať neočakávané situácie alebo problémy týkajúce sa zdravotného stavu. Svetová zdravotnícka organizácia zdravotnú gramotnosť definuje ako „kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a použitiu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav“, teda schopnosť človeka vyhľadávať, pochopiť a využiť informácie o zdraví a zdravotníckych službách (World Health Organization, 1998). Diskusie o úlohe zdravotnej gramotnosti zdôrazňujú význam interakcie medzi požiadavkami zdravotných systémov (napr. komunikačné atribúty poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zložitnosť, náročnosť zdravotníckych informácií, charakteristika systému zdravotníckej starostlivosti) a zručnosťami jednotlivcov (získavanie, spracovanie a pochopenie informácií) (Sorensen, Broucke a kol., 2012). Inštitút medicíny podobne definuje zdravotnú gramotnosť ako schopnosť jednotlivcov získať, spracovať a pochopiť základné informácie o zdraví a zdravotníckych službách pre potrebné rozhodnutia v oblasti zdravia (Nielsen-Bohman, Panzer a kol., 2004). Hlavnou podstatou definícií je, že koncept zdravotnej gramotnosti zahŕňa vedomosti, motiváciu a kompetencie potrebné k zabezpečeniu prístupu k produktom a službám potrebným k podpore zdravia, pochopeniu systému zdravotníckej starostlivosti, hodnoteniu a aplikovaniu informácií o zdraví, tak aby bolo možné robiť rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, prevencie chorôb a podpory zdravia v každodennom živote (Sorensen, Broucke a kol., 2012).

6.1 Konceptualizácia zdravotnej gramotnosti

Pri analýze zdravotnej gramotnosti je často využívaný Nutbeamov koncepčný model zdravotnej gramotnosti rozlišujúci (Nutbeam, 2000):

- funkčnú úroveň zdravotnej gramotnosti,
- interaktívnu úroveň zdravotnej gramotnosti a
- kritickú úroveň zdravotnej gramotnosti.

Hlavnou podstatou **funkčnej zdravotnej gramotnosti** je tradičná zdravotná výchova, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom, ako sa správne správať v zdravotníckom systéme. Cieľom je rozšíriť a prehĺbiť znalosti ľudí o zdravotných rizikových faktoroch a viesť k ochote prijímať opatrenia. Patrí sem napríklad účasť na očkovaní alebo dodržiavanie harmonogramu preventívnych prehliadok (Holčík, 2012).

Interaktívna zdravotná gramotnosť sa zameriava na rozvoj schopností občanov konať samostatne a posilňovať ich motiváciu a zodpovednosť pri rešpektovaní pokynov o zdraví. Dôležitým aspektom je rozvoj samostatnosti pri rozhodovaní o upevňovaní vnútornej motivácie v snahe prispieť k zlepšeniu zdravia. Patria sem niektoré zdravotné výchovné programy (Holčík 2012).

Kritická zdravotná gramotnosť zahŕňa jednotlivcov, ktorí sú schopní zhodnotiť, identifikovať zdravotné problémy a podieľať na zlepšení zdravia v rámci politického systému (Holčík 2012).

6.2 Meranie zdravotnej gramotnosti

V minulosti vytvorené nástroje na meranie zdravotnej gramotnosti sú založené na čítaní s porozumením, čo však neposkytuje dostatok informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií a prípadný rozvoj zdravotnej gramotnosti. Niektoré nástroje boli vyvinuté ako skriningové a slúžia na identifikovanie ľudí s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti. Príkladmi tohto nástroja sú Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM-SF, REALM-VS, REALD-99, REALM-Teen, REAL-G), Testy funkčnej zdravotnej gramotnosti (TOFHLA, S-TOFHLA) a Newest Vital Sign (NVS). Tieto nástroje sú najčastejšie používané v klinickej praxi. Cieľom ostatných nástrojov je zabezpečiť dôkladne zhodnotenie úrovne zdravotnej gramotnosti, ako aj preskúmať vzťahy s determinantami zdravia, zdravotných návykov, zdravotným stavom a využívaním zdravotných služieb. Patria sem napríklad National Assessment of Adult Literacy survey (NAAL), Critical Health Competence Test (CHC), Swiss Health Literacy Survey, Health Literacy Management Scale (HeLMS) (Sørensen, Broucke a kol., 2013). Žiadny z týchto nástrojov však nedokáže úplne zachytiť silné a slabé stránky a popísať profil zdravotnej gramotnosti respondenta. Práve kvôli týmto obmedzeniam existujúcich meracích nástrojov bol vyvinutý **Dotazník zdravotnej gramotnosti** (Health literacy questionnaire, **HLQ**) (Osborne, Batterham a kol. 2013).

HLQ vyvinul výskumný tím prof. Richarda Osborna z Deakin univerzity v Melbourne (Austrália). Komplexný model zdravotnej gramotnosti vyvinuli pomocou metódy mapovania konceptov v úzkej spolupráci s pacientmi, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, manažérmi a tvorcami politik v oblasti zdravia a zdravotnej starostlivosti. V rámci workshopov prebiehali konzultácie s odborníkmi a pacientmi, ktoré viedli k identifikácii obsahu jednotlivých domén zdravotnej gramotnosti. Následne sa analyzovali údaje z prvotných konzultácií, kde bol odvodený nový multidimenzionálny profil zdravotnej gramotnosti (Osborne, Batterham a kol., 2013). HLQ je komplexný merací nástroj, ktorý sa zameriava na *deväť rôznych oblastí zdravotnej gramotnosti*, ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zacieliť odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti (tamtiež).

Uvedené domény slúžia pre presnejšie priradenie určitej úrovne zdravotnej gramotnosti v sledovanej populácii. Dotazník HLQ sa snaží poskytnúť relevantné informácie o tom, akú intervenciu zaviesť pre optimalizáciu výsledkov v oblasti zdravia.

HLQ obsahuje nasledujúcich 9 domén, pričom charakterizuje prejavy nízkej a vysokej úrovne v danej dimenzii u respondenta:

1. Pociť pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény: Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény nie sú schopní spolupracovať s lekármi alebo inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nemajú spoľahlivého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo majú problém dôverovať poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pre zdroj informácií alebo poradenstvo.

Vysoká úroveň domény: Ľudia majú vzťah s aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ich dobre pozná a dôverujú mu v poskytovaných radách a informáciách. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví.

2. Dostatočné informácie o starostlivosti o svoje zdravie

Nízka úroveň domény: Osoby s obmedzenou úrovňou zdravotnej gramotnosti v tejto doméne sa domnievajú, že majú medzery vo vedomostiach a nemajú dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

Vysoká úroveň domény: Osoby majú a vedia všetky informácie, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

3. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie

Nízka úroveň domény: Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény neberú svoje zdravie ako svoju zodpovednosť, čím nedbajú na starostlivosť o svoje zdravie.

Vysoká úroveň domény: Ľudia uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie. Aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví. Zdravie je pre nich prioritou.

4. Sociálna opora v oblasti zdravia

Nízka úroveň domény: Ľudia nemajú sociálnu oporu v otázkach zdravia.

Vysoká úroveň domény: Ľudia majú sociálnu oporu, ktorú potrebujú pre svoje zdravie.

5. Posúdenie zdravotných informácií

Nízka úroveň domény: Respondenti nedokážu pochopiť väčšinu informácií o zdraví aj napriek snahe a nedokážu posúdiť, ktoré informácie sú pre nich správne.

Vysoká úroveň domény: Ľudia majú schopnosť identifikovať správne a spoľahlivé informácie. Dokážu vyriešiť nesprávne informácie sami alebo s pomocou ostatných.

6. Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény: Osoby sú pasívne v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti. Prijímajú informácie, ktoré sú k dispozícii a nekladú otázky v prípade, ak im je niečo nejasné alebo nechápu. Nesnažia sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie.

Vysoká úroveň domény: Osoby sú aktívne, starajú sa o svoje zdravie a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sú schopné sa poradiť s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak je to potrebné v prípade nejasnosti.

7. Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény: Osobám pri tejto úrovni nemá kto poradiť a pomôcť, ako využiť systém zdravotnej starostlivosti. Taktiež majú problém s pochopením, čo je k dispozícii v systéme zdravotnej starostlivosti a na čo majú nárok.

Vysoká úroveň domény: Osoby dokážu zistiť na aké služby v zdravotníckom systéme majú nárok a využívať ich. Sú schopné obhájiť prečo je to v prospech pre nich v systéme zdravotnej starostlivosti.

8. Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví

Nízka úroveň domény: Osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných.

Vysoká úroveň domény: Osoby s touto úrovňou aktívne využívajú dostatok zdrojov pre vyhľadávanie aktuálnych informácií.

9. Pochopenie zdravotných informácií, do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť

Nízka úroveň domény: Ľudia majú problém s porozumením písaných zdravotníckych informácií alebo poučení o vyšetrení a inštrukciám ako správne užívať lieky. Je pre nich obtiažné čítať alebo vypíňať lekárske formuláre.

Vysoká úroveň domény: Osoby sú schopné porozumieť všetkým písaným informáciám (vrátane numerických informácií). V prípade potreby dokážu adekvátne vyplniť zdravotnícke formuláre týkajúce sa zdravia (Osborne, Batterham a kol., 2013).

OTÁZKY

PROCES VYUŽÍVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

1.1. Ktorú etapu procesu využívania zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúci príbeh?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť.

- A) potreba zdravotnej starostlivosti
- B) vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti a túžba po starostlivosti
- C) vyhľadanie zdravotnej starostlivosti
- D) dosahovanie zdravotnej starostlivosti
- E) využívanie zdravotnej starostlivosti
- F) následky zdravotnej starostlivosti

1.2. Ktorú etapu procesu využívania zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúci príbeh:

Júlia si po rozhovore s kamarátkou uvedomila, že problémy s nadváhou, častým močením a závraty pravdepodobne signalizujú vážnejší problém a mala by to konzultovať s lekárom. Rozhodne sa to riešiť.

- A) potreba zdravotnej starostlivosti
- B) vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti a túžba po starostlivosti
- C) vyhľadanie zdravotnej starostlivosti
- D) dosahovanie zdravotnej starostlivosti
- E) využívanie zdravotnej starostlivosti
- F) následky zdravotnej starostlivosti

1.3. Ktorú etapu procesu využívania zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúci príbeh?

Júlia sa rozhodla konzultovať svoje problémy s nadváhou, častým močením a závratmi s lekárom a preto mu zavolá a dohodne si s ním stretnutie.

- A) potreba zdravotnej starostlivosti
- B) vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti a túžba po starostlivosti
- C) vyhľadanie zdravotnej starostlivosti
- D) dosahovanie zdravotnej starostlivosti
- E) využívanie zdravotnej starostlivosti
- F) následky zdravotnej starostlivosti

1.4. Ktorú etapu procesu využívania zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúci príbeh?

Júlia sa rozhodla konzultovať svoje problémy s nadváhou, častým močením a závratmi s lekárom, má s ním dohodnuté stretnutie, ale musí to ešte oznámiť v práci, dohodnúť si stráženie detí a vyhľadať akým autobusom sa vie dostať k lekárovi. Nakoniec sa všetko podarilo zabezpečiť a dostala sa do čakárne, kde čaká na konzultáciu.

- A) potreba zdravotnej starostlivosti
- B) vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti a túžba po starostlivosti
- C) vyhľadanie zdravotnej starostlivosti
- D) dosahovanie zdravotnej starostlivosti
- E) využívanie zdravotnej starostlivosti
- F) následky zdravotnej starostlivosti

1.5. Ktorú etapu procesu využívania zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúci príbeh?

Júlia konzultuje svoje problémy s nadváhou, častým močením a závratmi so svojím všeobecným lekárom a on jej odporúča vyšetrenie u špecialistu, u ktorého jej dohodne termín.

- A) potreba zdravotnej starostlivosti
- B) vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti a túžba po starostlivosti
- C) vyhľadanie zdravotnej starostlivosti
- D) dosahovanie zdravotnej starostlivosti
- E) využívanie zdravotnej starostlivosti
- F) následky zdravotnej starostlivosti

1.5. Ktorú etapu procesu využívania zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúci príbeh?

Júlia konzultuje svoje problémy so svojím lekárom a on jej odporúča vyšetrenie u špecialistu. Na odporúčanie všeobecného lekára špecialista vyšetрил Júliu kvôli problémom s nadváhou, častým močením a závratmi a navrhol jej liečbu, ktorá Júlii pomohla. Cíti sa oveľa lepšie a môže sa viac venovať rodine i práci.

- A) potreba zdravotnej starostlivosti
- B) vnímanie potreby zdravotnej starostlivosti a túžba po starostlivosti
- C) vyhľadanie zdravotnej starostlivosti
- D) dosahovanie zdravotnej starostlivosti
- E) využívanie zdravotnej starostlivosti
- F) následky zdravotnej starostlivosti

BARIÉRY V PRÍSTUPE K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA STRANE PRÍJEMCU

2.1. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia si ale myslí, že je len unavená. Nezdá sa jej, že by časté močenie alebo občasné závraty mohli byť symptómom nejakej choroby.

- A) schopnosť uvedomiť si zdravotnú potrebu
- B) schopnosť vyhľadať zdravotnú starostlivosť
- C) schopnosť dosiahnuť zdravotnú starostlivosť
- D) schopnosť zaplatiť náklady súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- E) schopnosť zapojiť sa do manažovania zdravotnej starostlivosti

2.2. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia tuší, že to nie je v poriadku, ale nemá dobré skúsenosti s lekármi a bojí sa možných vyšetrení. Ešte viac sa obáva, že by jej mohli povedať, že je to vážne a musela by ísť do nemocnice. A tak sa radšej presviedča, že o nič nejde.

- A) schopnosť uvedomiť si potrebu zdravotnej starostlivosti
- B) schopnosť vyhľadať zdravotnú starostlivosť
- C) schopnosť dosiahnuť zdravotnú starostlivosť
- D) schopnosť zaplatiť náklady súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- E) schopnosť zapojiť sa do manažovania zdravotnej starostlivosti

2.3. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia tuší, že to nie je v poriadku, ale nevie čo má robiť. Zvažuje, kto by jej vedel poradiť čo má robiť, prípadne ak by to mal byť lekár, ako by sa k nemu mala dostať.

- A) schopnosť uvedomiť si zdravotnú potrebu
- B) schopnosť vyhľadať zdravotnú starostlivosť
- C) schopnosť dosiahnuť zdravotnú starostlivosť
- D) schopnosť zaplatiť náklady súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- E) schopnosť zapojiť sa do manažovania zdravotnej starostlivosti

2.4. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia tuší, že to nie je v poriadku a chce to riešiť, ale nemá čas. Má malé deti, o ktoré jej nemá kto postrážiť, keď bude u lekára a v práci jej nechcú dať voľno.

- A) schopnosť uvedomiť si zdravotnú potrebu
- B) schopnosť vyhľadať zdravotnú starostlivosť
- C) schopnosť dosiahnuť zdravotnú starostlivosť
- D) schopnosť zaplatiť náklady súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- E) schopnosť zapojiť sa do manažovania zdravotnej starostlivosti

2.5. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa to rozhodla riešiť, dohodla si konzultáciu u lekára, zaplatí lístok na autobus a príde o príjem za deň práce na dohodu. Lekár ju požiada zaplatiť doplatok za vyšetrenie a odporučí jej lieky, ktoré poisťovňa neuhrádza. Pre rozpočet rodiny sú tieto náklady privysoké, a tak sa Júlia rozhodne nevyzdvihnúť si lieky a nepríde ani na kontrolné vyšetrenie.

- A) schopnosť uvedomiť si zdravotnú potrebu
- B) schopnosť vyhľadať zdravotnú starostlivosť
- C) schopnosť dosiahnuť zdravotnú starostlivosť
- D) schopnosť zaplatiť náklady súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- E) schopnosť zapojiť sa do manažovania zdravotnej starostlivosti

2.6. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa to rozhodla riešiť, ale na konzultácii s lekárom ničomu nerozumela. Bála sa ale ozvať, tak so všetkým súhlasila a potvrdila, že všetkému rozumie. Je zmätená a rozmýšľa komu by mohla zavolať, aby jej vysvetlil čo jej je a ako sa má liečiť.

- A) schopnosť uvedomiť si zdravotnú potrebu
- B) schopnosť vyhľadať zdravotnú starostlivosť
- C) schopnosť dosiahnuť zdravotnú starostlivosť
- D) schopnosť zaplatiť náklady súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- E) schopnosť zapojiť sa do manažovania zdravotnej starostlivosti

BARIÉRY V PRÍSTUPE K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA STRANE POSKYTOVATEĽA

3.1. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa to rozhodla riešiť. Snažila sa nájsť na internete kontakt na svojho lekára, lenže ten minulý rok nastúpil do dôchodku a Júlia sa nevedela dopátrať, za kým má vlastne ísť.

- A) zrozumiteľnosť zdravotnej starostlivosti
- B) prijateľnosť zdravotnej starostlivosti
- C) dostupnosť a spôsobenie zdravotnej starostlivosti
- D) cenová dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- E) vhodnosť zdravotnej starostlivosti

3.2. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa ale zdráha ísť k svojmu lekárovi, pretože pri poslednej návšteve s ním mala veľmi nepríjemnú skúsenosť. Vynadal jej veľmi nepekne, že nemá absolvované preventívne prehliadky a zrazu sa objaví, keď potrebuje recept. Bála sa, že sa na ňu opäť vykričí a tak to radšej odkladala.

- A) zrozumiteľnosť zdravotnej starostlivosti
- B) prijateľnosť zdravotnej starostlivosti
- C) dostupnosť a spôsobenie zdravotnej starostlivosti
- D) cenová dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- E) vhodnosť zdravotnej starostlivosti

3.2. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa to rozhodla riešiť a chce si dohodnúť konzultáciu u lekára. V ich malej dedine jej lekár ordinuje len dvakrát do týždňa, raz doobeda a raz poobede, pretože hlavnú ambulanciu má až v najbližšom meste. Dohodnúť si termín preto nie je ľahké kvôli práci a deťom.

- A) zrozumiteľnosť zdravotnej starostlivosti
- B) prijateľnosť zdravotnej starostlivosti
- C) dostupnosť a spôsobenie zdravotnej starostlivosti
- D) cenová dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- E) vhodnosť zdravotnej starostlivosti

3.4. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa to rozhodla riešiť, dohodla si konzultáciu u lekára. Lekár jej odporúča vyšetrenie u špecialistu, ktoré sa ale dopláca a Júlia si to nemôže dovoliť. Navyše by si musela zobrať neplatené voľno, keďže pracuje len na dohodu a za vyšetrením potrebuje vycestovať na celý deň.

- A) zrozumiteľnosť zdravotnej starostlivosti
- B) prijateľnosť zdravotnej starostlivosti
- C) dostupnosť a spôsobenie zdravotnej starostlivosti
- D) cenová dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- E) vhodnosť zdravotnej starostlivosti

3.5. Ktorú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti popisuje nasledujúca situácia?

Júlia žije v malej dedinke. Pracuje na dohodu ako predavačka v miestnych potravinách a má tri malé deti. Má trochu nadváhu, ale hlavne má problémy s častým močením a závratmi. Jej kamarátka si myslí, že to nie je v poriadku a že by s tým mala niečo robiť. Júlia sa to rozhodla riešiť, dohodla si konzultáciu u lekára. Ten jej odporučil špecializované vyšetrenie u špecialistu v krajskom meste. Chcela si dohodnúť termín, ale najprv jej povedali, že prístroj potrebný na vyšetrenie je pokazený a má zavolať o dva týždne. Potom jej zas povedali, že už majú toľko objednaných pacientov, že ju v dohľadnom čase nevedia vyšetriť a má sa skúsiť objednať inde. To už bolo nad jej sily.

- A) zrozumiteľnosť zdravotnej starostlivosti
- B) prijateľnosť zdravotnej starostlivosti
- C) dostupnosť a spôsobenie zdravotnej starostlivosti
- D) cenová dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- E) vhodnosť zdravotnej starostlivosti

SPRAVODLIVÝ PRÍSTUP K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, RESPONZÍVNOSŤ

4.1. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Spravodlivý prístup k zdravotnej starostlivosti znamená, že rovnaké služby sú poskytované každému bez ohľadu na jeho potreby.

- áno nie

4.2. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Spravodlivý prístup k zdravotnej starostlivosti znamená, že ľudia majú prístup k takej starostlivosti a majú možnosť ju využívať takým spôsobom, ktorý zodpovedá ich potrebám.

- áno nie

4.3. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Responzívnosť zdravotného systému je schopnosť zdravotného systému naplniť okrem očakávaní zlepšenia zdravia alebo bohatstva aj legitímne očakávania obyvateľstva týkajúce sa ich interakcie so zdravotným systémom.

- áno nie

4.4. Je nasledujúce tvrdenie pravdivé?

Responzivnosť zdravotného systému je schopnosť zdravotného systému zlepšiť zdravie obyvateľstva prostredníctvom reagovania na pokrok v biomedicíne zaraďovaním nových objavov do zdravotnej starostlivosti.

áno nie

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ

5.1. Funkčná zdravotná gramotnosť je

A) výsledkom tradičnej zdravotnej výchovy, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom, ako sa správne správať v zdravotníckom systéme

B) schopnosť konať samostatne a vnútorná motivácia prispievať k zlepšeniu zdravia

C) schopnosť zhodnotiť, identifikovať zdravotné problémy a podieľať na zlepšení zdravia v rámci politického systému

D) schopnosť pacientov fungovať v systéme zdravotníckej starostlivosti

5.2. Interaktívna zdravotná gramotnosť je

A) tradičná zdravotná výchova, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom, ako sa správne správať v zdravotníckom systéme

B) schopnosť konať samostatne a vnútorná motivácia prispievať k zlepšeniu zdravia

C) schopnosť zhodnotiť, identifikovať zdravotné problémy a podieľať na zlepšení zdravia v rámci politického systému

D) schopnosť zdravotníkov komunikovať s pacientom

5.3. Kritická zdravotná gramotnosť je

A) tradičná zdravotná výchova, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom, ako sa správne správať v zdravotníckom systéme

B) schopnosť konať samostatne a vnútorná motivácia prispievať k zlepšeniu zdravia

C) schopnosť zhodnotiť, identifikovať zdravotné problémy a podieľať na zlepšení zdravia v rámci politického systému

D) uvedomenie osoby, že má medzery vo vedomostiach a nemá dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu, aby mohli viesť zdravý život

5.4. Ľudia s vysokou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

A) Osoby sú aktívne, starajú sa o svoje zdravie a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sú schopné sa poradiť s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak je to potrebné v prípade nejasnosti.

B) Osoby majú a vedia všetky informácie, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

C) Osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných.

D) Osoby dokážu rýchlo odhadnúť, ako to chodí a získať nadštandardné výhody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ako prednostné ošetrenie, alebo lepšie služby za úplatok.

5.5. Ľudia s vysokou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Osoby sú schopné porozumieť všetkým písaným informáciám (vrátane numerických informácií). V prípade potreby dokážu adekvátne vyplniť zdravotnícke formuláre týkajúce sa zdravia.
- B) Ľudia majú vzťah aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ich dobre pozná a dôverujú mu v poskytovaných radách a informáciách. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví.
- C) Osoby sa domnievajú, že majú medzery vo vedomostiach a nemajú dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.
- D) Osoby aktívne nevyhľadávajú informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti na internete, ale prijímajú informácie výhradne od svojho lekára a nespochybňujú jeho rozhodnutia.

5.6. Ľudia s vysokou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Ľudia uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie. Aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví. Zdravie je pre nich prioritou.
- B) Ľudia majú schopnosť identifikovať správne a spoľahlivé informácie. Dokážu vyriešiť nesprávne informácie sami alebo s pomocou ostatných.
- C) Ľudia si uvedomujú, že majú problém s porozumením písaných zdravotníckych informácií alebo poučení o vyšetrení a inštrukciách, ako správne užívať lieky, a preto sa plne spoliehajú na zdravotníkov a ich rozhodnutia.
- D) Osoby dokážu rýchlo odhadnúť ako to chodí a získať nadštandardné výhody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ako prednostné ošetrenie, alebo lepšie služby za úplatok.

5.7. Ľudia s vysokou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Osoby dokážu zistiť na aké služby v zdravotníckom systéme majú nárok a využívať ich. Sú schopné obhájiť prečo je to v prospech pre nich v systéme zdravotnej starostlivosti.
- B) Osoby aktívne využívajú dostatok zdrojov pre vyhľadávanie aktuálnych informácií.
- C) Ľudia majú sociálnu oporu ktorú potrebujú pre svoje zdravie.
- D) Osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných.

5.8. Ľudia s nízkou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Osoby sú pasívne v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti. Prijímajú informácie, ktoré sú k dispozícii a nekladú otázky v prípade, ak im je niečo nejasné alebo nechápu. Nesnažia sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie.
- B) Osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných.
- C) Ľudia majú vzťah aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ich dobre pozná a dôverujú mu v poskytovaných radách a informáciách. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví.
- D) Osoby sa často sťažujú na prístup zdravotníkov a reportujú zdravotné ťažkosti, ktoré nie je možné objektívne podložiť.

5.9. Ľudia s nízkou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Ľudia majú problém s porozumením písaných zdravotníckych informácií alebo poučeniú o vyšetrení a inštrukciám ako správne užívať lieky. Je pre nich obťažné čítať alebo vyplňať lekárske formuláre.
- B) Ľudia nie sú schopní spolupracovať s lekármi alebo inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nemajú spoľahlivého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo majú problém dôverovať poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pre zdroj informácií alebo poradenstvo.
- C) Osoby sa domnievajú, že majú medzery vo vedomostiach a nemajú dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.
- D) Osoby sa mylne domnievajú, že starostlivosť o zdravie je ich zodpovednosťou, snažia sa aktívne zapájať do starostlivosti o svoje zdravie a robíť rozhodnutia o zdraví.

5.10. Ľudia s nízkou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Ľudia neberú svoje zdravie ako svoju zodpovednosť, čím nedbajú na starostlivosť o svoje zdravie.
- B) Respondenti nedokážu pochopiť väčšinu informácií o zdraví aj napriek snahe a nedokážu posúdiť, ktoré informácie sú pre nich správne.
- C) Ľudia uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie. Aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví. Zdravie je pre nich prioritou.
- D) Ľudia majú vzťah aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý im pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví.

5.11. Ľudia s nízkou mierou zdravotnej gramotnosti (zaškrtnite všetky správne odpovede)

- A) Osobám nemá kto poradiť a pomôcť, ako využiť systém zdravotnej starostlivosti. Taktiež majú problém s pochopením, čo je k dispozícii v systéme zdravotnej starostlivosti a na čo majú nárok.
- B) Ľudia nemajú sociálnu podporu v otázkach zdravia.
- C) Osoby majú a vedia všetky informácie, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.
- D) Nemajú rešpekt voči zdravotníkom a aktívne vyhľadávajú informácie o zdravotnom stave, liečbe, službách a snažia sa aktívne zapájať do starostlivosti o svoje zdravie.

LITERATÚRA

1. Čepová E., Kolarčík P., Madarasová Gecková A.: Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. *Zdravotníctvo a sociálna práca*, 2017, 12(1):24-32.
2. Holčík, J. Zdravotní gramotnosť je základnou podmíankou rozvoje zdravia. 2012 (online) Dostupné na internete: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.
3. Levesque J. F., Harris M. F., & Russell, G.: Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity In Health*, 2013, 12(1), 1-9.
4. Mirzoev T., Kane S.: What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Global Health*, 2017, 2(4), e000486.
5. Nielsen - Bohlman L, Panzer A and Kinding D (2004) Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academic Press, (online) Dostupné na internete <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2004/HealthLiteracy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf> .
6. Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 15(3): pp. 259. ISSN 1460-2245.
7. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M and Buchbinder R (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 13(1): pp. 1-17. ISSN 1471-2458.
8. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H and HLS - EU Consortium 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12(1): pp. 80. ISSN 1471- 2458.
9. WHO: The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511391>
10. World Health Organization, Health Promotion Glossary. Geneva 1998. (online). Dostupné na internete <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> .

XII. VZŤAH LEKÁR A PACIENT

V predchádzajúcich častiach ste sa dozvedeli, aké je to byť pacientom a tiež o responzívnosti zdravotníckeho systému. V tejto kapitole si povieme viac o vzťahu lekár a pacient. Predstavíme Vám model kompetencií nevyhnutých pre výkon zdravotníckeho povolania a popíšeme kľúčové roly a kľúčové kompetencie pre výkon jednotlivých rolí lekára. Popíšeme Vám model medicínskej konzultácie a jednotlivé časti tohto procesu. A v tretej časti tejto kapitoly vám skúsime ilustrovať rozličné typy vzťahov lekára a pacienta, respektíve prístupov k interakcii lekár pacient a popíšeme si faktory efektívnej medicínskej konzultácie. Na záver sa budeme venovať zdieľaniu nepriaznivých správ, čo je veľmi špecifický druh medicínskej konzultácie.

1. KOMPETENCIE LEKÁRA

Ak je našou ambíciou zlepšovať zdravotnícku starostlivosť, využiť poznatky psychológie pre zlepšenie prípravy lekárov, potom musíme vedieť čo sa od lekára očakáva, aké kompetencie potrebuje pre výkon svojho povolania. A to si skúsime v nasledujúcej časti popísať. Začneme ale úlohou.

ÚLOHA 1

Predstavte si, že ste dekanom lekárskej fakulty, ktorá pripravuje študentov na výkon povolania lekára. A potrebujete si ujasniť čo majú vzdelaním a tréningom získať, čo budú v svojej práci nevyhnutne potrebovať, aké kompetencie by mali mať? A teda rozvoj akých kompetencií by malo byť nutnou súčasťou ich prípravy? Skúste napísať aspoň 5 príkladov kompetencií, teda činností, ktoré by lekár mal vedieť zvládnuť:

TABUĽKA 1 Kompetencie lekára

Aké kompetencie by mali lekári vzdelaním a tréningom získať, čo budú v svojej práci nevyhnutne potrebovať pre výkon svojho povolania?
1.
2.
3.
4.
5.

ÚLOHA 2

Skúste si pozorne prečítať nasledovný zoznam a zaškrtnite len tie kompetencie, ktoré podľa vás patria do základnej výbavy lekára, ktorú by mal získať počas svojej prípravy.

- A. Vykonávať liečebné postupy
- B. Poskytovať informácie pacientom o zdravotnej starostlivosti
- C. Podporovať vzájomné porozumenie, zvládanie rozdielov, riešenie konfliktov
- D. Klinicky zhodnotiť stav pacienta a stanoviť plán liečby
- E. Vzdelávať študentov, zdravotníkov, verejnosť
- F. Udržiavať zdravie a pohodu seba i svojich kolegov
- G. Obhajovať záujmy komúnít, pacientov a podporovať sociálne zodpovednú spoločnosť
- H. Efektívne využívať zdroje, poskytovať nákladovo efektívnu starostlivosť
- I. Dokumentovať a zdieľať písomné a elektronické informácie o stretnutí s pacientom
- J. Spolupracovať s ostatnými zdravotníkmi

RIEŠENIE ÚLOHY 1-2:

Správne riešenie úloh nájdete v nasledujúcej časti, ktorú budeme venovať kanadskému modelu kompetencií lekára.

1.1 Model kompetencií lekára CanMEDS

Kanadský model kompetencií lekára, tzv. CanMEDS model bol vytvorený v roku 1990 s cieľom definovať nevyhnutné kompetencie pre výkon lekárskeho vzdelávania, teda vytvoriť model, o ktorý by sa mohol oprieť systém medicínskeho vzdelávania ale i medicínskej praxe.

CanMEDS tieto kompetencie usporadúva do nasledovných siedmich rolí lekára (Obrázok 1):

- ▶ medicínsky expert,
- ▶ komunikátor,
- ▶ tímový hráč,
- ▶ manažér,
- ▶ advokát zdravia,
- ▶ akademik,
- ▶ profesionál.

Prešiel významnejšou revíziou v roku 2005 a tiež v roku 2015 a v súčasnosti patrí k svetovo najrozšírenejším v rámci medicínskeho vzdelávania a praxe (Frank a kol. 2015). Výkon lekárskeho povolania si vyžaduje kompetencie v zmysle spôsobilostí, ktoré sú kombináciou vybraných vedomostí, hodnôt a zručností.

OBRÁZOK 1 Kanadský model medicínskych kompetencií (<http://canmeds.royalcollege.ca/>)



V nasledujúcej časti predstavíme jednotlivé roly a kompetencie lekára (Frank a kol. 2015).

1.1.1 Medicínsky expert

Medicínsky expert je rola, v ktorej sa integrujú všetky čiastkové roly modelu kompetencií. Ako zdravotnícki experti, ktorí poskytujú vysokokvalitnú a bezpečnú starostlivosť orientovanú na pacienta, lekári čerpajú z vedomostí, ich klinických zručností, pričom sa opierajú o hodnoty profesie. Zbierajú a interpretujú informácie, robia klinické rozhodnutia, vykonávajú diagnostické a terapeutické intervencie. Konajú tak v rámci svojej praxe a s prihliadnutím na limity ich odbornosti. Ich rozhodovanie vychádza z najlepších postupov a zakladá sa na vedeckých dôkazoch, pričom berie do úvahy okolnosti pacienta, jeho preferencie ako aj dostupnosť zdrojov. Ich klinická prax sa teda riadi najnovšími poznatkami vedy, etickými princípmi, snaží sa o efektívne využívanie zdrojov, vykonáva sa v spolupráci s pacientami a ich blízkymi, ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi a komunitou.

Pre každú z kľúčových kompetencií je určených niekoľko ďalších kompetencií, ktoré uspôsobujú lekára. Napríklad druhá kľúčová kompetencia – byť schopný vykonávať na pacienta zamerané klinické zhodnotenie a stanovenie plánu starostlivosti si vyžaduje byť schopný identifikovať prioritné zdravotné ťažkosti pacienta počas konzultácie, odobrať anamnézu, vykonať potrebné vyšetrenia, vybrať vhodné diagnostické procedúry a správne interpretovať ich výsledky za účelom diagnostiky ochorenia alebo prevencie ochorenia či podpory zdravia. Ale tiež byť schopný určiť ciele starostlivosti v spolupráci s pacientom a jeho rodinou, ktoré by mali zahŕňať spomalenie progresie ochorenia, liečbu symptómov, dosiahnutie uzdravenia, zlepšenie funkcií alebo paliatívnu úľavu. A patrí tu aj schopnosť zostaviť plán ako postupovať pri liečbe ochorenia.

Kľúčové kompetencie:

1. Vykonávať medicínsku prax v danej špecializácii
2. Vykonávať na pacienta zamerané klinické zhodnotenie a stanoviť plán starostlivosti
3. Plánovať a vykonať procedúry a liečebné postupy

4. Stanoviť plán kontinuálnej starostlivosti a ak je to potrebné, včasnej konzultácie

5. **Aktívne prispievať** ako jednotlivec i ako člen tímu poskytujúceho zdravotnícku starostlivosť k **nepretržitému zlepšovaniu kvality zdravotnej starostlivosti a zvyšovaniu bezpečnosti pacientov**

1.1.2 Komunikátor

V role **komunikátora**, by lekári by mali byť spôsobilí nadviazať a rozvíjať empatické vzťahy s pacientmi a ich blízkymi, zhromažďovať a zdieľať základné informácie potrebné pre poskytovanie efektívnej zdravotnej starostlivosti. Mali by byť schopní aktívne počúvať a viesť rozhovor s pacientom takým spôsobom, ktorý im umožní zmapovať symptómy, ale tiež perspektívu pacienta, teda čo to pre neho znamená, ako si to vysvetľuje, čoho sa bojí, aké má očakávania týkajúce sa ochorenia či liečby. Tieto informácie by mali byť schopní s porozumením integrovať do sociálneho kontextu daného pacienta, teda mali by rozumieť sociálnym determinantám zdravia, vývinovým štádiám života, pracovnej či osobnej situácii pacienta a ďalším relevantným psychologickým a sociálno-ekonomickým okolnostiam. Mali by byť schopní pre pacienta zrozumiteľným spôsobom zdieľať informácie o zdravotnom stave a možnej zdravotníckej starostlivosti, teda nejde iba o poskytnutie informácií, ale najmä o dosiahnutie dostatočného porozumenia informáciám. Ťažiskom na pacienta zameraného prístupu je zdieľané rozhodovanie: nájdenie spoločného základu s pacientom pri vypracovaní plánu riešenia jeho zdravotných problémov v súlade s jeho cieľmi v oblasti jeho zdravia, reflektujúc jeho potreby, hodnoty a preferencie. Keďže poskytovanie zdravotnej starostlivosti je tímová práca mali by byť schopní dokumentovať a zdieľať informácie o pacientovi so zdravotníkmi v systéme.

Kľúčové kompetencie:

1. Vytvoriť profesionálne terapeutické **vzťahy** s pacientmi a ich blízkymi

2. **Zozbierať a syntetizovať** presné a relevantné informácie, pričom sa snaží porozumieť ako túto situáciu vnímajú pacienti, aké majú oni očakávania

3. **Zdieľať** informácie o zdravotnom stave a možnej zdravotnej starostlivosti

s pacientami a ich blízkymi

4. **Zapájať** pacientov a ich blízkych do tvorby plánov, ktoré reflektujú potreby a ciele zdravotnej starostlivosti o pacienta (zdieľané rozhodovanie)

5. **Dokumentovať** a zdieľať písomné a elektronické informácie o stretnutí s pacientom s cieľom optimalizovať klinické rozhodovanie, pacientovu bezpečnosť, dôvernosť a súkromie.

1.1.3 Tímový hráč

Lekári by mali byť **tímovými hráčmi** a byť schopní efektívne spolupracovať so zdravotníckymi pracovníkmi, pacientami a ich blízkymi, partnermi z komunity a ďalšími kľúčovými hráčmi poskytovania zdravotníckej starostlivosti s cieľom zabezpečiť bezpečnú, kvalitnú zdravotnú starostlivosť.

Spolupráca vyžaduje vzťahy založené na dôvere, vzájomnom rešpektovaní a zdieľanom rozhodovaní viacerých osôb s komplementárnymi zručnosťami v rozličných kontextoch počas celej starostlivosti. Zahŕňa zdieľanie vedomostí, perspektívy a zodpovednosti a ochotu učiť sa spoločne, čo si vyžaduje porozumenie roly iných, presadzovanie spoločných cieľov a zvládanie rozdielov. Zručnosti potrebné k spolupráci sa uplatňujú aj za hranicami zdravotnej starostlivosti, a to najmä pri administratívnych úlohách, vzdelávaní, advokácii a akademickej spolupráci

Kľúčové kompetencie:

1. Efektívne **spolupracovať** s lekármi a ďalšími kolegami zapojenými do zdravotnej starostlivosti
2. Podporovať **vzájomné porozumenie, zvládanie rozdielov, riešenie konfliktov**
3. **Odovzdať starostlivosť** o pacienta inému zdravotníckemu pracovníkovi tak, aby sa podporila **kontinuita** a bezpečnosť starostlivosti o pacienta

1.1.4 Manažér

Lekári by mali mať aj **manažérske** spôsobilosti. Očakáva sa od nich, že sa v spolupráci s ostatnými angažujú, aktívne zapoja do diania, aby prispeli ku vysoko kvalitnému systému zdravotnej starostlivosti a preberú zodpovednosť za poskytovanie vynikajúcej starostlivosti o pacientov prostredníctvom svojho pôsobenia v pozícii klinika, manažéra, učiteľa či vedca.

Mali by byť schopní využívať vedecké prístupy na zlepšovanie kvality zdravotníckej starostlivosti, mali by prispievať ku kultúre podporujúcej bezpečnosť pacienta, kde patrí napríklad reportovanie, tzv. speaking up, blame free culture, mal by byť schopný analyzovať prípady ohrozujúce bezpečnosť pacientov, nežiaduce udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a dávať návrhy na opatrenia. Mali by byť schopní alokovať zdroje potrebné pre optimálnu starostlivosť a hospodárne ich využívať.

Kľúčové kompetencie:

1. Prispieva k zlepšovaniu zdravotníckej starostlivosti v tíme, organizácii, systéme starostlivosti
2. Prispieva k **efektívnemu využívaniu zdrojov** na dosiahnutie nákladovo efektívnej starostlivosti (alokuje zdroje potrebné pre optimálnu starostlivosť a hospodárne ich využíva)
3. Preberá zodpovednosť za **kontinuálne zlepšovanie** poskytovania starostlivosti

4. **Riadi** rozvoj ľudských zdrojov, využívanie personálnych a finančných zdrojov na pracovisku

1.1.5 Advokát zdravia

V role **advokáta zdravia** sa od lekárov očakáva, že svojimi odbornými znalosťami a vplyvom prispievajú k **zlepšeniu zdravia komunit a skupín pacientov**, s ktorými pracujú. Pri práci so svojimi pacientami sa snažia rozpoznať a pochopiť ich potreby a **hovoriť v ich mene** ak je to potrebné, podporiť mobilizáciu zdrojov k uskutočneniu potrebných zmien. Obhajuje záujmy komunit, pacientov a snaží sa o sociálne zodpovednú spoločnosť.

Majú unikátnu pozíciu vzhľadom na to, že sú expertami pre biomedicínsku perspektívu zdravia a choroby, poznajú systém zdravotníckej starostlivosti, ale zároveň poznajú perspektívu pacienta a jeho skúsenosť s poskytovaním zdravotníckej starostlivosti, čo vytvára predpoklady pre rolu obhajcu zdravia v mene pacienta, skupín pacienta. Mali by byť schopní navigovať pacienta skrze systém zdravotníckych služieb, obhájiť ich nárok na včasný prístup k potrebným službám. Nie je to len o liečbe, ale aj o príčinách príčin, ktoré by mal lekár byť schopný rozpoznať, pomenovať a hájiť potreby komunit.

Napríklad prístup k pitnej vode, zdravie neohrozujúcim pracovným a životným podmienkam a podobne.

Kľúčové kompetencie:

1. Reaguje na individuálne zdravotné potreby pacienta a **háji pacienta** nielen v bezprostrednej klinickej praxi
2. Reaguje na potreby komúnít alebo populácií, ktorým poskytuje služby **obhajovaním ich záujmov** pri zmenách na úrovni systému, aby boli sociálne zodpovedné

1.1.6 Akademik

Lekári pokračujú v rozvíjaní svojich kompetencií prostredníctvom priebežného vzdelávania, študovaním nových dôkazov, čo je súčasť jeho roly **akademika**. Prispievajú k rozvoju vlastného odboru svojimi poznatkami, skúsenosťami a odborným vedením menej skúsených kolegov, alebo študentov. Podieľajú sa na vzdelávaní verejnosti. Snažia sa integrovať najlepšie dostupné poznatky do praxe, prispieva k zlepšovaniu povedomia.

K tomu patrí napríklad spôsobilosť vytvárať bezpečné vzdelávacie prostredie, plánovanie a realizovanie vzdelávacích aktivít, hodnotenie účastníkov vzdelávania, lektorov, vzdelávacích programov. Ale tiež spôsobilosť vytvoriť, implementovať, monitorovať a revidovať svoj vlastný vzdelávací plán, identifikovať príležitosti pre vzdelávanie, zapojiť sa do spoločného vzdelávania a mnohé iné spôsobilosti.

Kľúčové kompetencie:

1. Pokračuje v celoživotnom **vzdelávaní, rozvíjaní svojich kompetencií**
2. **Zapája sa do vzdelávania** študentov, iných zdravotníckych pracovníkov, verejnosti
3. **Integruje najlepšie dostupné dôkazy do praxe**
4. Prispieva k **vytváraniu a šíreniu vedomostí a praxe podporujúcej zdravie**

1.1.7 Profesionál

Od lekárov ako **profesionálov** sa očakáva, že budú oddaní snahe o zdravie a pohodu svojich pacientov, seba a svojich kolegov, že budú oddaní spoločnosti a zodpovední voči svojej profesii skrze dodržiavanie etických princípov praxe, vysokých osobných štandardov správania. Očakáva sa, že ctia hodnoty ako sú integrita, poctivosť, altruizmus, humanita, rešpektovanie inakosti, transparentnosť, rešpektovanie možného konfliktu záujmov. Spôsobilosť starať sa o seba a svojich kolegov, v zmysle podpory duševného zdravia a optimálneho výkonu v práci, rozvoja resiliencie, všímavého a reflexívneho prístupu k praxi, manažovaním primeranej rovnováhy medzi súkromným a pracovným životom, podporou psycho-sociálne bezpečného prostredia pre výkon profesie je často zabudnutou sudičkou, ktorá spôsobuje vyhorenie, odchod z povolania, ale aj častejší výskyt nežiaducich udalostí pri výkone povolania.

Kľúčové kompetencie:

1. Uplatňuje **najlepšie možné postupy** a dodržiava **vysoké etické štandardy** (oddanosť pacientom)
2. Uznáva a **reaguje na očakávania spoločnosti** vzhľadom na zdravotnú starostlivosť (oddanosť spoločnosti)
3. **Dodržiava štandardy a regulácie** vo svojej profesii (oddanosť profesii)
4. **Udržiava zdravie a subjektívnu pohodu seba a svojich kolegov**, aby mohol poskytovať optimálnu starostlivosť o pacienta (záväzok voči sebe a svojim kolegom)

2. MEDICÍNSKA KONZULTÁCIA


V nasledujúcej časti si povieme viac o medicínskej konzultácii, ktorá je základným nástrojom lekára. Komunikácia medzi lekárom a pacientom je kľúčová pre klinickú prax. Lekári počas svojho života uskutočnia 200 000 medicínskych konzultácií. Je to tak esenciálnou súčasťou ich práce, že sa oplatí na schopnosti viesť efektívnu medicínsku konzultáciu popracovať, trénovať a rozvíjať ju.

Komunikácia, teda schopnosť viesť medicínsku konzultáciu je základnou klinickou zručnosťou, základný komponent medicínskej kompetencie. Komunikácia teda nie je niečím navyše, bonusom, ale základnou zručnosťou, bez ktorej nedokážeme využiť potenciál biomedicíny, mrháme klinickými vedomosťami, dg. či inými zručnosťami a nástrojmi. Darmo bude niekto najvzdelanejším onkológom a mať k dispozícii najmodernejšie lieky a postupy, keď počas medicínskej konzultácie nedokáže zmapovať symptómy alebo zrozumiteľne vysvetliť pacientovi čo má či nemá robiť a dosiahnuť, aby to aj robil. Pacient nemá medicínske vzdelanie, nevie ktorý symptóm je, či nie je dôležitý, môže sa hanbiť, môže mať pocit, že by tým otravoval lekára, môže sa cítiť previnilo, a môže ho popisovať svojim spôsobom, ktorý môže viesť k nedorozumeniu. A vice versa, že ma lekár pocit, že všetko dôležité povedal zrozumiteľne, lebo pacient nenamietal, nemusí znamenať, že pacient počul všetko čo potrebuje a aj tomu rozumel a chystá sa to implementovať. Ak pacient nepovie, že nemočil už dva dni, má divnú ceruzkovitú stolicu, vyrážky pod tričkom, alebo užíva tri tabletky naraz namiesto trikrát za deň premrhali sme potenciál medicíny kvôli nedostatočnej komunikácii a namiesto uzdravenia smerujeme k ešte vážnejším problémom.

Efektívna komunikácia významne zlepšuje presnosť, efektívnosť výmeny informácií, prispieva k využitiu benefitov biomedicíny a teda zdraviu pacienta, budovanie bezpečného a podporujúceho vzťahu s pacientom, teda terapeutický vzťah, zlepšuje spokojnosť pacienta so starostlivosťou a lekára s jeho povolaním. Dosiahnuť efektívnu výmenu informácií a porozumenie je umenie, s ktorým sa nerodíme, ale sa ho musíme naučiť, musíme ho trénovať a rozvíjať. Spoliehať sa na prirodzený talent, alebo učiť sa len zo skúseností nemusí byť najlepší spôsob a môže viesť k udržiavaniu nevhodných alebo menej efektívnych komunikačných vzorcov. Skúste si u nejakého lekára stopnúť za aký čas preruší pacienta po tom, čo ho vyzve, aby mu povedal čo ho trápi. Skúste si stopnúť dĺžku konzultácie a skúste si porovnať koľko trvá taká, ktorú považujete za veľmi dobrú, alebo veľmi zlú, najdlhšia, najkratšia. Z výskumu vieme, že lekári často **prerušovali pacientov** skôr, ako dokončili úvodné vyhlásenie – obvykle **do 12 sekúnd** a tiež, že väčšina pacientov popíše svoj problém do 2 minút, no iba 23 % na to dostane príležitosť

Tréning pomáha lekárom byť efektívnejší v medicínskej konzultácii. Bežne **lekár počká 1 sekundu** na odpoveď pacienta, ale **tréningom** je možné tento čas predĺžiť na **3 sekundy**. **A zároveň**, čím dlhší priestor lekár nechal pacientovi než ho prerušil, tým **viac symptómov dokázal zistiť**

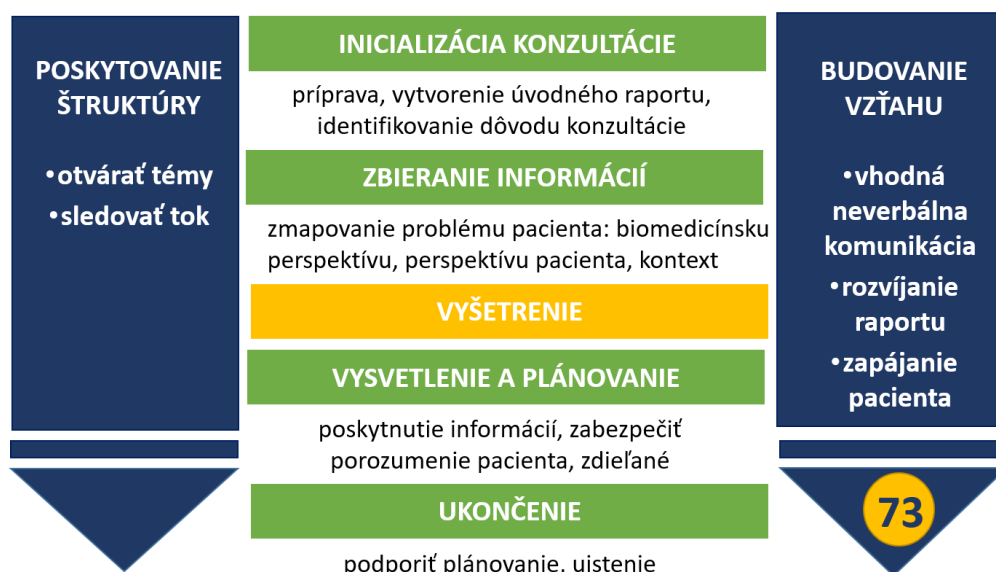
Nasledujúce odkazy prezentujú priebeh medicínskej konzultácie:

	<p>History Taking (Phase One: Initiating the session) https://youtu.be/CrqNa9a9PZY</p> <p>History Taking (Phase Two: Gathering Information - Part 1) https://youtu.be/TzzH-XVnaY4</p> <p>History Taking (Phase Four: Explanation & Planning - Part 1) https://youtu.be/PIQKubKaeFA</p> <p>History Taking (Phase Five: Closing the session) https://youtu.be/SnJMzXcYfBI</p>
---	---

2.1 Model medicínskej konzultácie

V roku 1993 sa dr. Jonathan Silverman z Cambridge rozhodol stráviť svoj sabbatical u prof. Suzanne Kurtz v Calgary. Spojili svoje skúsenosti z tréningov komunikačných zručností medikov aj s dr. Juliet Draper, ktorá mala skúsenosti z krajín Blízkeho východu a severnej Afriky a výsledkom je schéma vedenia medicínskej konzultácie, za základe ktorej vypracovali aj jeden z najprepracovanejších tréningových programov aké poznám a aj preto sa využíva na mnohých lekárskech fakultách. Svoju prácu revidovali, aktualizovali a na snímku je ich tretie vydanie z roku 2013 (Silverman a kol. 2013). Obrázok č. 2 je grafickou reprezentáciou medicínskej konzultácie, pričom v strede sú znázornené aktivity, ako za sebou nasledujú, teda inicializácia konzultácie, zbieranie informácií, vyšetrenie, vysvetlenie a plánovanie, ukončenie konzultácie a po stranách sú znázornené procesy, ktoré prebiehajú počas celej konzultácie, a to je budovanie vzťahu a poskytovanie štruktúry konzultácie.

OBRÁZOK 3 Model medicínskej konzultácie (Silverman a kol. 2013)



2.1.1 Inicializácia konzultácie

Medicínska konzultácia začína prípravou. Dokončím čo robím, urobím si pohodlie, sústredím sa na prichádzajúceho pacienta. To je prvá úloha. Druhou úlohou, ktorú mám ako lekár v tejto časti konzultácie splniť je nadviazanie spojenia s pacientom, teda vytvorenie raportu. Raport pomáha vytvoriť prívetivý pozdrav, predstavenie sa navzájom, demonštrovanie úcty, rešpektu, záujmu, starostlivosti o pohodlie pacienta. A nasleduje tretia úloha a tou je identifikovanie dôvodu konzultácie. V tejto časti je dôležité vedieť položiť otvorenú otázku a vypočuť si úvodné vyjadrenie pacienta, ideálne bez prerušovania či usmerňovania. K tomu slúži zhrnutie úvodného vyjadrenia pacienta, v ktorom sa lekár uisťuje či správne identifikoval účel návštevy pacienta a dohaduje si s pacientom agendu, teda čo bude obsahom konzultácie, ujasňuje si očakávania a reálne možnosti, návrhy.

2.1.2 Zbieranie informácií

Keď už vieme, čo je cieľ, nasleduje zbieranie informácií, úlohou je zmapovať problém pacienta a to biomedicínsku perspektívu problému, perspektívu pacienta a kontext. Lekár povzbudzuje pacienta, aby mu povedal príbeh jeho problému od začiatku, prvých prejavov. Používa otvorené i zatvorené otázky, aktívne počúva, umožňuje pacientovi premyslieť si odpoveď, facilituje pacienta prvkami verbálnej i neverbálnej komunikácie, ujasňuje si dôležité informácie z pacientovej výpovede, v pravidelných intervaloch sumarizuje výpoveď pacienta a verifikuje či správne porozumel, upresňuje časovú následnosť udalostí, vytvára si ucelený obraz o probléme. Aby porozumel perspektíve pacienta, mal by byť schopný rozpoznať a preskúmať pacientove presvedčenia, napríklad o príčinách ochorenia, jeho obavy, očakávania, dopady, teda ako to ovplyvňuje jeho život a mal by byť schopný podporiť pacienta vo vyjadrovaní toho, čo prežíva, cíti. O dôležitosti perspektívy pacienta sme hovorili vo viacerých kapitolách .

2.1.3 Poskytovanie štruktúry a budovanie vzťahu

Priebežne počas celej konzultácie lekár poskytuje štruktúru, robí organizáciu jednotlivých krokov zjavnou. Oznamuje čo sa bude diať, sumarizuje dianie než prejde k ďalšej časti. Usporadúva rozhovor do logickej štruktúry, sleduje čas a plnenie jednotlivých úloh. Vracia rozhovor k téme, ktorú potrebujú spolu s pacientom riešiť.

Druhou takouto úlohou, ktorá sa prelína počas celej konzultácie je budovanie vzťahu s pacientom. Jej dôležitou súčasťou je primeraná a vhodná neverbálna komunikácia, ako očný kontakt, mimika, gestá, postoje, intonácia, demonštrácia úprimného záujmu, vytváranie bezpečného prostredia. Autentické, úprimné úsilie o vzťah s pacientom nie je možné nahradiť naučenou neverbálnou komunikáciou, ale tréningom je možné rozpoznať svoje silné a slabé stránky, rozpoznať čo v našom prejave môže pacientov zneistiť a zlepšiť sa vo vytváraní bezpečnej atmosféry. Druhou úlohou je rozvíjať raport a opäť je to niečo, čo musí byť postavené na hodnotách, ktoré sú autentické. Nedá sa predstierať, že pacienta nesúдите, že uznávate jeho právo vnímať a prežívať realitu svojim spôsobom. Empatia, porozumenie, poskytovanie opory či citlivé zaobchádzanie sú autentickým dôsledkom toho, že pacient ako ľudská bytosť, jeho zdravie, pomoc inému človeku, jeho dôstojnosť je skutočne hodnotou. Treťou úlohou je zapájanie pacienta, Zdieľanie úvah, vysvetľovanie dôvodov, procesu vyšetrenia, žiadanie súhlasu sú spôsoby ako facilitovať zapojenie pacienta do procesu konzultácie.

2.1.4 Vysvetlenie a plánovanie

Po zmapovaní problému nasleduje fyzické vyšetrenie, po ktorom medicínska konzultácia pokračuje vysvetľovaním a plánovaním ďalšej starostlivosti. Cieľom je poskytnúť primerané, dostatočné a najmä zrozumiteľné informácie a vysvetlenie. Teda ani nie málo, ale nie zahlcujúce množstvo. Je dôležité

naučiť sa poskytovať informácie rozdelené do primeraných častí a overovať či im pacient rozumie a uspôsobovať podľa toho veľkosť porcií aj spôsob podávania.

Je tiež dôležité vedieť zhodnotiť štartovaciu čiaru pacienta – zmapovať čo už vie, ako tomu rozumie, ale tiež koľko toho chce vedieť, teda kde sa môže lekár napojiť a pokiaľ má ísť.

Pacient si napríklad môže aj želať nebyť informovaný o nepriaznivých skutočnostiach. Niektorí pacienti sa cítia podvedení ak nie sú plne informovaní a chcú vedieť všetko, chcú sa zariadiť, chcú mať dianie pod kontrolou. Ale sú pacienti, ktorí sa rozhodnú zveriť do rúk lekárovi a nechcú byť obťažovaní procesom, sústredia sa na zvládanie svojho prežívania, dôverujú lekárovi, že on najlepšie vie čo treba robiť, nasledujú ho a podrobné informovanie je pre nich záťaž, ktorú nechcú niesť. Niektorí sa takto zveria svojim blízkym. Zorientovať sa v situácii a správne sa rozhodnúť je spôsobilosť, ktorá sa tréningom dá zlepšiť a ktorá môže výrazne napomôcť v manažmente starostlivosti o pacienta, môže predísť turbulenciám v interakcii s pacientom.

Je potrebné aj zmapovať aké ďalšie informácie by mohli pacientovi pomôcť. No a je umením vedieť správne načasovať kedy a ktoré informácie či vysvetlenie pacient potrebuje. Teda nie príliš skoro, ale ani nie neskoro, ale v pravý čas.

Ďalšou úlohou je pomôcť pacientovi uvedomiť si a správne porozumieť svojej zdravotnej situácii, napomáhať porozumeniu, rozdeliť vysvetľovanie do častí s logickou štruktúrou, používať jasné triedenia či označenia, stručný a ľahko zrozumiteľný spôsob, vizualizácie, opakovania a sumarizácie, overovanie či pacient porozumel. Cieľom je dospieť k zdieľanému porozumeniu problému a plánu, ktoré zahŕňa aj perspektívu pacienta, teda prepojiť to ako problém vníma a prežíva pacient s biomedicínskou perspektívou, poskytnúť pacientovi priestor na otázky, ujasnenia, vyjadrenie pochybností, zmapovať pacientove presvedčenia, reakcie a pocity týkajúce sa problému a návrhov jeho riešenia. A to je dobrý základ pre zdieľané rozhodovanie, ktoré stimuluje i pacientove odhodlanie, záväzok dohodnutý plán skutočne nasledovať. Zdieľané rozhodovanie je samostatná téma, ale veľmi stručne skúsím zhrnúť prvky ako sú zdieľanie úvah lekára, prezentovanie možností, identifikovanie do akej miery si praje byť zapojený, respektíve môže byť zapojený, dohodnutie spoločného plánu.

Okrem toho sa v tejto fáze často vyskytuje i diskusia o názore lekára a závažnosti problému, vyjednávanie spoločného plánu krokov, diskusia o vyšetreniach a postupoch, ktoré si vyžadujú špecifické komunikačné zručnosti.

2.1.5 Ukončenie

Ak sme dospeli k spoločnému rozhodnutiu, prichádza čas zhrnúť kontrakt, dohodu medzi lekárom a pacientom vrátane manažmentu možných rizík, teda čo by mohlo ohroziť dohodnutý plán a čo v takom prípade robiť, kde hľadať pomoc. Napríklad *Budete brať lieky každých 12 hodín, zvládnete to? Viete poprosiť manželku, aby vám to pripomenula? Má vám ich kto ísť vybrať do lekárne? Ak by ste náhodou zabudli, pokračujte hneď nasledujúcou dávkou a zavolajte mi.*

Úplne na záver je potrebné zosumarizovať konzultáciu, plán a uistiť sa, že pacient súhlasí, je spokojný s konzultáciou a plánom, dať poslednú možnosť na otázky a rozlúčiť sa.

3. VZŤAH LEKÁR A PACIENT

V predchádzajúcej časti sme si popísali aké kompetencie lekár potrebuje pre výkon svojho povolania, čo sa deje počas medicínskej konzultácie a aké komunikačné zručnosti si lekár potrebuje osvojiť a rozvíjať a v nasledujúcej časti si povieme viac o typoch vzťahu medzi lekárom a pacientom

3.1. Prístup lekára k pacientovi

Vo vzťahu lekára a pacienta máva obvykle lekár väčšiu kontrolu a hlavne má väčšiu zodpovednosť za vedenie konzultácie a jej výsledok. To do veľkej miery určuje do akej miery sa dá pracovať s hierarchiou vzťahu. V klasickom **na lekára zameranom prístupe** si lekár udržuje plnú kontrolu nad priebehom a obsahom konzultácie, kladie otázky s cieľom získať informácie, pričom otázky sú priame a uzavreté. Lekár robí rozhodnutia a pacient ich pasívne akceptuje. **Prístup zameraný na pacienta** očakáva od lekára, že sa bude snažiť identifikovať čo pacient potrebuje, bude spolupracovať s pacientom a prispôbovať svoj postup na základe interakcie s pacientom. Aktívne počúva pacienta, odpovedá na jeho otázky, kladie otvorené otázky. Všetomžne podporuje zapojenie pacienta do rozhodovania, snaží sa zakomponovať jeho potreby, perspektívu a pacient je aktívny účastník.

OBRÁZOK 4 Prístup lekára k pacientovi (Morrison, Bennett 2016, str. 277)

Na lekára zameraný prístup	Prístup zameraný na pacienta
Byrne a Long 1976	Pendleton 1983
Zdravotník udržuje plnú kontrolu nad priebehom a obsahom konzultácie	Zdravotník identifikuje čo pacient potrebuje, spolupracuje pri tom s pacientom a prispôbujúce tomu konzultáciu
Kladie otázky s cieľom získať informácie, pričom otázky sú priame a uzavreté	Aktívne počúva pacienta a odpovedá na jeho otázky, kladie otvorené otázky
Robí rozhodnutia	Podporuje zapojenie pacienta do rozhodovania, snaží sa zakomponovať jeho potreby, perspektívu
Pacient pasívne akceptuje rozhodnutia	Pacient je aktívny účastník

Za posledných 50 rokov sa vo vzťahu lekár a pacient dramaticky zmenilo mnoho vecí. Pacienti si aktívne vyhľadávajú informácie a majú prístup k informáciám na internete, môžu si vyhľadať ľudí, diskusné skupiny a pýtať sa. Aktívne si manažujú starostlivosť o zdravie, pýtajú sa lekárov, oponujú im, majú svoje predstavy, očakávania, žiadosti na lekárov. Na druhej strane, pokrok v biomedicíne vedie k čoraz sofistikovanejším riešeniam, ktoré sú čoraz náročnejšie na obsluhu, vyžadujú si aktívnu spoluprácu s pacientom. Starnutie populácie a s tým súvisiaci manažment chronických ochorení, komorbidít si tiež vyžaduje vyššiu mieru participácie pacienta, alebo jeho blízkych opatrovateľov na pláne starostlivosti.

No napriek tomu sa isté kultúrne a individuálne rozdiely v očakávaniach čo by mal/nemal robiť lekár a pacient a rovnako rozdiely v realizáciách týchto rolí vyskytujú. Niektorým pacientom vyhovuje a očakávajú od lekára, že bude autoritou, ktorá sa nespochybňuje, iným vyhovuje a očakávajú, že bude

ich partnerom v manažovaní zdravotnej starostlivosti. Skôr než si povieme niečo o rôznych typoch prístupov lekára k pacientovi stručne si predstavíme databázu skúsenosti pacientov.

3.1.1 Databáza skúseností pacientov (DIPEX)

Databáza skúseností pacientov (DIPEX) je webový portál zhromažďujúci výstupy kvalitatívnych analýz výpovedí pacientov vybraných ochorení, zoskupené podľa tém a podtém spôsobom umožňujúcim odbornej ale i laickej verejnosti získať vhľad do perspektívy pacientov a lepšie porozumieť individuálnej zdravotnej skúsenosti. Databáza bola vytvorená v roku 2001, v súčasnosti je zapojených 14 krajín a pokrýva takmer 200 zdravotných stavov. Hovory o zdraví sú webovým portálom českého výskumného tímu. Pre každú zvolenú diagnózu je vytvorený panel odborníkov, ale i zástupcov pacientov, ktorý dohliada na výskumný proces, spracovanie získaných údajov a ich prezentáciu. Oslovení pacienti sú požiadaní, aby vyrozprávali svoj príbeh s daným ochorením a zdravotnou starostlivosťou. Výpovede pacientov sú analyzované s cieľom popísať spektrum scenárov, ktoré pacienti zažívajú, teda čo sa deje s ich životom od prvých symptómov. Na ilustráciu týchto rôznych scenárov sú využité krátke zstrihy z videonahrávok rozhovorov s pacientami. Táto databáza je validným a odborne garantovaným zdrojom skúseností pacientov, ktorý slúži pacientom, opatrovateľom, ich blízkym a komunite, ale aj študentom medicíny a zdravotníckym pracovníkom ako sprievodca životom s konkrétnym zdravotným stavom.

Analýzou rozhovorov s pacientami o ich vzťahu s lekárom britskí výskumníci siete DIPEX identifikovali päť typov prístupu lekára k pacientovi, ktoré si v nasledujúcej časti popíšeme.

3.1.2 Typy prístupu lekára k pacientovi

Výrazne direktívny prístup

Výrazne direktívny prístup je skôr historickým exkurzom, na ktorý spomínajú starší pacienti ako na doby, keď by sa neodvážili oponovať lekárovi. Lekár preberá plnú kontrolu nad rozhodovaním a niektorým pacientom to môže vyhovovať, zbavuje ich bremena možnosti voľby a zodpovednosti za následky. Znervózňuje, zneisťuje ich, keď sú im ponúkané možnosti a musia si vybrať. Potrebujú sa na lekára plne spoľahnúť a nechať mu plnú kontrolu nad dianím.

Problémom výrazne direktívneho prístupu je, že ak to nedopadne dobre a dôsledky sú vážne, alebo nežiaduce vedľajšie účinky zvolenej terapie sú výrazné a zdravotný problém sa nezlepšuje podľa očakávaní, pacient sa môže hnevať, že sa lekár nerozhodol správne, alebo že ho nepripravil na túto možnosť.

Ďalšou nevýhodou je, že dôvera v medicínu u pacienta vedeného týmto spôsobom môže byť výrazne narušená, keď pozoruje rozdielne názory lekárov. Tento prístup proste podporuje čierno-biely nerealistický obraz o medicíne, ktorý síce pacientovi zjednodušuje život, poskytuje mu úľavu, ale nie je zrelý, nerozvíja jeho zdravotnú gramotnosť. Preto keď už lekár zvolí výrazne direktívny prístup, tak by si mal byť vedomý týchto slabých miest a dohliadnuť, aby mal pacient realistické očakávania od zvoleného postupu, a aby mal realistické očakávania od medicíny ako takej, teda neistoty ohľadne voľby, možnosti, že iný lekár by možno zvolil iný prístup a bolo by to tiež v poriadku.

Protektívny paternalistický prístup

Protektívny paternalistický prístup je direktívny, ale je zároveň láskavý a ochranársky, zdravotník je v pozícii láskavého rodiča. Tento prístup môžu pacienti oceniť vtedy, ak je voľba pre nich príliš ťažká,

nedokážu sa rozhodnúť, možné dôsledky sú príliš závažné, alebo v situácii, keď sa cítia tak zle, že nemajú kapacitu na rozhodovanie a potrebujú láskavého rodiča.

Napríklad voľba ukončiť alebo neukončiť tehotenstvo, podstúpiť alebo nepodstúpiť operáciu. Obvykle toto rozhodovanie prichádza v časovej tiesni, nie je veľa času na rozhodovanie a v situácii, keď sa pacient necíti dobre, trpí zdravotnými problémami, nie je v bezpečí svojho domova, medzi svojimi blízkymi, ale v prostredí nemocnice.

Lekár môže pomôcť pacientovi vyrovnáť sa s rozhodnutím napríklad tým, že ho uvedie na pravú mieru, pomôže pacientovi usporiadať si benefity a riziká. To je príklad Rosy, ktorá sa veľmi obávala hormonálnej liečby a jej dôsledkov a najmä obavy z toho, že to je rozhodnutie o veľmi dlhom úseku jej života, možno celého jej života. Lekár jej pomohol usporiadať si vnímanie problému iným, únosnejším spôsobom.

Podporne direktívny prístup

Príkladom podporne direktívneho prístupu, teda prístupu, ktorý kombinuje podporu a usmerňovanie je situácia, keď lekár nemá žiadne pochybnosti o tom, čo by mal pacient robiť, ale napriek tomu vytvorí priestor a čas pre vypočutie jeho obáv a poskytuje mu uistenie, podporu, usmernenie. Je ochotný povedať čo by urobil on sám v takejto situácii, je teda ľudský, akceptujúci pacientove obavy.

Vyjednávaci prístup

Ďalšou možnosťou je vyjednávaci prístup. Tému konzultácie môže v tomto prístupe vnieť pacient alebo lekár, ktorí prezentujú svoje postoje, presvedčenia a diskutujú o nich, snažia sa jeden druhého presvedčiť. Dôležité je práve umenie vyjednávať, presvedčať, pripustiť iný názor a pracovať s ním, deeskalovať možné napätie a konflikt. Pacienti napríklad popisujú, že očakávali, že budú musieť bojovať za svoje návrhy, hádať sa a sú príjemne prekvapení, že s lekárom mohli diskutovať, že bol otvorený ich argumentom a dalo sa s ním dohodnúť, vypočul a zvažil aj ich argumenty a odpovedal na nich. Tento prístup otvára možnosť pre pacienta, aby formuloval svoje argumenty pre a proti navrhovanému riešeniu, prehodnotil svoj postoj, popremýšľal o ňom.

Tento prístup niekedy vzíde z konfliktu a môže byť cestou von z neho. A môže byť aj spôsobom ako sa pacient vyrovnáva s ochorením a neistotou. Uchováva si pocit dôstojnosti a kontroly nad situáciou, a to je príklad tejto pacientky trpiacej onkologickým ochorením.

Podporujúci ale nedirektívny prístup

Podporujúci, ale nedirektívny prístup je situácia, keď rozhodnutie je ponechané na pacienta, ale zdravotník ho neopúšťa, podporuje ho pri rozhodovaní. Napríklad zdravotník ponechá rozhodnutie o pacientovi v zhoršujúcom sa zdravotnom stave na ventilácii na blízku osobu, ale poskytne jej všetky informácie vrátane upozornenia, že môže prísť moment, keď ďalšia starostlivosť už bude márna. Niektorí pacienti sú presvedčení, že dostanú najlepšiu, najvhodnejšiu liečbu pre seba, alebo blízku osobu len vtedy, ak sa aktívne zapoja do vyhľadávania, vyjednávania a rozhodovania. Pacienti, ktorí dokážu vytvoriť podpornú alianciu so svojim lekárom naopak oceňujú ich vstup do konzultácie, podporu, sú realistejšie v očakávaniach. Vybrala som len úryvok z rozhovoru s týmto pacientom, ktorého úryvky si viete vypočuť na priloženom odkaze a je to veľmi inšpiratívny príbeh pacienta, ktorý si vyžiadal podporujúci, nedirektívny prístup, vyhovuje mu, benefituje z neho, pomáha mu vyrovnávať sa s ochorením.

Nedirektívny prístup

Vnímanie pacienta ako klienta, ktorému poskytujeme službu je nedirektívnym prístupom a protipólom direktívneho paternalistického prístupu. Zdravotník prenecháva väčšiu zodpovednosť za rozhodnutia súvisiace so zdravím a zdravotnou starostlivosťou na pacienta než v ktoromkoľvek predchádzajúcom prístupe, ale zároveň vyžaduje od pacienta záväzok prebrať túto zodpovednosť. Žiada pacienta, aby popísal svoje potreby a aktívne prispel k plánovaniu starostlivosti. I keď niekedy nie je možné vyhovieť niektorým potrebám. Svoje rozhodnutie môžu niekedy pacienti ľutovať. Napríklad môžu sa rozhodnúť pre operačný zákrok a počas prípravy začať váhať, či to bolo dobré rozhodnutie.

3.1.3 Aký prístup preferujú pacienti a lekári?

V roku 2002 bol publikovaný výskum (Lee a kol. 2002), v ktorom sa pacientov trpiacich rakovinou prsníka alebo leukémiou a po transplantácii kmeňových buniek pýtali, aký prístup lekára im najviac vyhovuje. Len veľmi málo pacientov, v priemere 5% uviedlo, že im vyhovuje plne nedirektívny prístup, kde sú v pozícii klienta, ktorý si vyberá službu, ale aj nesie zodpovednosť za svoje rozhodnutie. Druhým najmenej preferovaným prístupom bol paternalistický prístup, ktorý zvolilo v priemere 10%. Na polceste k zdieľanému rozhodnutiu je ak pacient alebo lekár robí rozhodnutie po diskusii s pacientom/lekárom a zvážením jeho návrhov, teda vytvorenie podporujúcej aliancie. Túto formu volilo v priemere 20% pacientov. A 40% pacientov volilo zdieľané rozhodnutia, teda partnerský vzťah s lekárom.

Menia sa aj preferencie lekárov a výskum tímu profesorky Elizabeth Murray (Murray a kol. 2007) ukázal, že 75% amerických lekárov preferuje zdieľané rozhodovanie, iba 14% paternalistický prístup a 11% vzťah k pacientovi ako klientovi služieb, teda plne nedirektívny prístup. Iné výskumy, ale spochybňujú či sa táto preferencia skutočne premieňa do skúseností pacienta, či im lekári skutočne ponúkajú zdieľané rozhodovanie, alebo či zapájajú pacientov len preto, aby zmiernili ich možný odpor voči ich už dopredu určeným rozhodnutiam o pláne starostlivosti.

Výrazne direktívny a paternalistický prístup lekára k pacientovi prevažoval v minulosti a v súčasnosti sa presadzuje prístup zameraný na pacienta, jeho uschopňovanie, zapájanie do manažovania zdravotnej starostlivosti, starostlivosti o jeho zdravie. Zapojenie pacienta do rozhodovania vedie k väčšej spokojnosti pacienta, k väčšej dôvere v odporúčania lekára, rozvíjaniu jeho alebo jej zdravotnej gramotnosti a teda aj k lepšej spolupráci s pacientom. Z rozhovorov s pacientami vyplýva, že sa zažívajú rôzne zdravotné problémy a pri ich riešení preferujú rôzni pacienti v rôznych situáciách rôzne prístupy a to od veľmi direktívnych – „lekár vie najlepšie“ čo robí až „ja sám najlepšie viem čo potrebujem“. Neexistuje jeden prístup pre všetky situácie a všetkých pacientov a aj preto veľmi odporúčam využívať databázu skúsenosti pacientov a napočúvať si rôznych pacientov v rôznych situáciách a pestovať si všímavosť, rozširovať si repertoár prístupov. Navyše v tejto databáze nájdete aj veľké množstvo krátkych filmov vytvorených z výpovedí pacientov, ktoré je možné použiť v intervenciách na katalyzovanie diskusie o zlepšovaní zdravotníckej starostlivosti, alebo v tréningu zdravotníckych pracovníkov, alebo na zvyšovanie povedomia zdravotníkov.

Veľmi odporúčam krátky film španielskeho tímu, ktorý výroky pacientov využil na umelecké stvárnenie problematiky neplodnosti u žien.

**Different types of doctor-patient relationships:**

<https://healthtalk.org/shared-decision-making/different-types-of-doctor-patient-relationship>

Inpatient Medical Ward Experiences. A catalyst film.:

<https://healthtalk.org/Inpatient-Medical-Ward-Experiences-catalyst-film>

A project of artistic transformation based on scientific research results of the "Reproductive Health Module" prepared by Asociación DIPEX Spain:

<https://youtu.be/0O572RHLkxY>

3.2. Faktory (ne)efektívnej medicínskej konzultácie

Efektívnosť či neefektívnosť medicínskej konzultácie ovplyvňujú rôzne faktory. Vyberiem štyri skupiny takýchto faktorov a to spoluprácu lekára a pacienta, kultúrne odlišnosti a jazykovú bariéru, typ informácie a spôsob jej podania a charakteristiky pacienta.

3.2.1 Spolupráca, podporná aliancia s lekárom

Spolupráca, podporná aliancia s lekárom je významným faktorom efektívnosti medicínskej konzultácie. Problémom môže byť, že pacient a lekár môžu mať **rôznu agendu**. Pre pacienta môže byť dôležité a chce riešiť bolesť brucha, pre lekára ale môže byť dôležité najprv overiť či nejde o náhlu brušnú príhodu. Všeobecne pacienti chcú riešiť tlmenie bolesti a dopadov na ich život, kým lekár chce zhodnotiť závažnosť ochorenia, diagnostikovať ochorenie, aby vedel nastaviť plán liečby.

Veľmi pomáha, ak lekár využíva **reflektovanie a zrkadlenie** komunikácie pacienta, ktoré povzbudzujú pacienta k zdieľaniu informácií.

Snaha lekára porozumieť pocitom, obavám pacienta, porozumieť jeho perspektíve, kvalita ich medziľudského vzťahu je pre pacienta rovnako dôležitá ako ich dôvera v kompetenciu lekára zvládnuť medicínske aspekty starostlivosti, predikuje spokojnosť pacienta s konzultáciou, jeho vieru, že zvládne ochorenie, vyrovná sa s emocionálnym distresom.

Štýl interakcie, napríklad zdravotné sestry sú vnímané ako starostlivejšie, pacientom sa s nimi ľahšie komunikuje, majú pocit, že sú lepšie v načúvaní. Potvrďuje to napríklad štúdia Sarah Collins (2005). Zdravotné sestry viac reagujú na potreby pacientov, kým lekári skôr vedú konzultáciu a riešia témy dôležité z ich perspektívy. Zdravotné sestry vysvetľujú problém vychádzajúc z perspektívy pacienta, kým lekári z biomedicínskej perspektívy.

Rod zdravotníka tiež hrá svoju rolu. Z prehľadu vedeckých štúdií Debry Rotter a Julie Hall (2004) vyplýva, že, ženy lekárky vedú medicínske konzultácie v priemere o 10% dlhšie ako muži a častejšie tiež využívajú prvky na pacienta zameraného prístupu, podporujú aktívne partnerstvo s pacientom, sú pozitívnejšie v komunikácii a viac sa venujú psychosociálnym problémom pacienta. Aj pacienti sú voči ženám otvorejší.

Nedostatok času, ktorý je k dispozícii na strane lekára, ale aj na strane pacienta limituje možnosti medicínskej konzultácie.

3.2.2 Kultúrne odlišnosti a jazyková bariéra

Medicínske vzdelanie patrí k tým najnáročnejším a nie je rovnako dostupné každému. Málokedy sa pre neho rozhodnú mladí ľudia z nižších socioekonomických tried, alebo etnických menšín a zároveň

je pre túto skupinu ľudí aj pri rovnakom nadaní omnoho ťažšie uspieť na prijímacom konaní a zvládnuť dlhé, finančne náročné vzdelávanie a tréning, bez možnosti podpory rodičov, rodiny, tútora. Lekárske povolanie je teda vykonávané prevažne ľuďmi zo strednej vrstvy majoritnej populácie. Vzdelaní, jazykovo zruční, ekonomicky zabezpečení. Ibaže pacientami sú najčastejšie ľudia žijúci v znevýhodnených podmienkach, teda z úplne inej kultúrnej a často i jazykovej skupiny. Aj keď hovoria rovnakým jazykom, obvykle popisujú paralelné vesmíry a túto bariéru môžeme preklenúť tréningom zdravotníkov, zlepšovaním responzívnosti systému zdravotníckych služieb pre potreby pacientov a podporou dostupnosti medicínskeho vzdelávania a tréningu v skupinách, z ktorých očakávame prílev pacientov. Podpora neznamena znižovanie nárokov, ale vyrovnávanie šancí, odstraňovanie bariér, tutoring, rekrutovanie a podpora.

3.2.3 Typ informácie a spôsob komunikovania

Použitie technického, medicínskeho jazyka môže byť mäťúce a to aj keď je veľmi jednoduché. Napr. 60% respondentov považovalo fraktúru kosti za prasklinu a niečo menej závažné ako zlomenina kosti, 73% nerozumelo čo znamená medián dĺžky dožitia. Ale aj slovné spojenie „dobrá prognóza“, ktorý lekári často používajú na uistenie pacienta, že je všetko v poriadku so sebou nesie veľa nedorozumení. Z opačnej strany, 19% pacientov si myslelo, že benígna hrčka je zhubný nádor a väčšina z nich netušila čo znamená sarkóm, alebo lipom.

V istých kontextoch, isté slovné spojenia vyvolávajú úzkosť, môžu ovplyvniť rozhodovanie a správanie pacienta. Ak si pacient nie je istý, ak je úzkostný, ak vníma príliš veľkú hierarchickú bariéru voči lekárovi, alebo má jazykovú bariéru tak nielen že sa neopýta, ale aj na otázku lekára môže kývať hlavou, že všetkému rozumie a za dverami ambulancie hneď volať niekomu známemu, aby mu vysvetlil, čo mu lekár povedal, alebo sa len vzdáť osudu.

Svoju úlohu zohráva i to, či sú informácie formulované pozitívne, alebo negatívne. Uvediem príklad. Ak neprestanete fajčiť, vaše problémy sa budú naďalej zhoršovať ALEBO ak by ste prestali fajčiť, vaše problémy začnú ustupovať.

3.2.4 Charakteristiky pacienta

Vysoká miera **úzkosti a distresu** znemožňuje efektívnu medicínsku konzultáciu. Ak je pre pacienta **úplne nový, cudzí obsah** medicínskej konzultácie, teda zdravotný problém alebo postupy, musí byť schopný sa sústrediť na obsah konzultácie a až po konzultácii si uvedomí, že sa potrebuje na niečo opýtať, niečo povedať. Môže sa obavám opýtať, môže byť presvedčený, že sa to nepatrí, nechce oberať lekára o čas, atď.

Medzi pacientom a lekárom sa vytvára medziľudský vzťah, a to ako a aké vzťahy si ľudia vytvárajú, čo od nich očakávajú sa rôzni, pričom naše ranné skúsenosti, **istá či neistá vzťahová väzba** môže do veľkej miery hrať rolu v tomto procese a výslednom vzťahu medzi lekárom a pacientom. O vzťahovej väzbe sa viac dozviete z publikácie Jozefa Hašta.

No a ešte je tu jedna špecifická skupina – **protivný alebo nesympatický pacient**. Sympatickému pacientovi sa lekári venujú viac a lepšie a ten protivný to je boj na obidvoch stranách. Popieranie tohto fenoménu nepomáha, priam naopak, je veľmi dobré ak to účastníci interakcie dokážu reflektovať, uvedomovať si to, lebo to umožňuje pracovať s týmto fenoménom, ktorý môže byť významným faktorom neefektívnosti medicínskej konzultácie.

Dr. Groves (1978) popisuje 4 typy protivných pacientov: (1) závislé prísavky, (2) oprávnení požadovači, (3) manipulatívni odmietači, a (4) sebazničujúci popierači. Ich správanie, ktoré privádza lekárov k zúfalstvu, skoro naisto plní nejaký účel a porozumieť mu je aj spôsob ako aj takýchto pacientov zvládnuť. Ak Vás to zaujalo odporúčam knihu Lloyda Sedera Štyri tajomstvá priamo pred očami.

4. OZNAMOVANIE NEPRIAZNIVÝCH SPRÁV

Oznamovanie nepriaznivých správ je súčasťou práce lekára a nie je to ľahké. To, ako často sú lekári konfrontovaní s touto povinnosťou, záleží od pracoviska. Niektorí to zažívajú zriedka, ale sú takí, pre ktorých je to súčasť skoro každého pracovného dňa. V každom prípade je to pre väčšinu lekárov náročná úloha, mnohí sa pri nej necítia komfortne, nie je to súčasť vrodenej výbavy, dá sa to naučiť a väčšina sa to učí od svojich kolegov. Niektorí sa to učia od skúsených, zreých kolegov, ktorí to naozaj robia dobre, intuitívne, alebo ako zručnosť zdedenú od svojich predchodcov, ale nie všetci majú také šťastie.

V tejto kapitole sa dozviete viac o tom, čo sú zlé správy, prečo pacienta o nich informovať, aké to je byť poslom zlých správ, ako ich prežívajú pacienti, ale najmä ako informovať pacienta o zlých správach.

4.1 Čo sú zlé správy?

Zlé správy sú tie, ktoré drastickým a negatívnym spôsobom zmenia pacientove vyhliadky a plány do budúcnosti (VandeKieft 2001). Môže to byť oznámenie infaustnej diagnózy, oznámenie diagnózy limitujúcej aktivity pacienta, vyžadujúcej zmenu životného štýlu, oznámenie nepriaznivých výsledkov genetických testov, alebo zrušenie operácie či nemožnosti podstúpiť plánovanú liečbu, informovanie o nežiaducich vedľajších účinkoch liečby, ktoré sa vyskytli alebo o zlyhaní liečby, správa, že pacienta nie je možné prepustiť domov resp. že je nutné pokračovanie hospitalizácie alebo umiestnenie do zariadenie poskytujúceho starostlivosť, oznámenie, že je potrebné odpojenie od prístrojov, alebo oznámenie, že došlo k náhlemu úmrtiu blízkej osoby.

4.2 Prečo pacienta informovať o zlých správach?

Napriek tomu, že byť poslom zlých správ nie je príjemné, existuje viacero dôvodov, prečo to robiť, a najmä prečo sa snažiť to urobiť dobre. V prvom rade pacient má právo byť plne informovaný o svojej zdravotnej situácii. Drvivá väčšina pacientov si želá byť plne informovaná aj keď ide o veľmi nepriaznivé správy o ich zdravotnej situácii (Yun a kol. 2004, Paiva a kol. 2022). Kórejská štúdia (Yun a kol. 2004) zahŕňala 380 onkologických pacientov, pričom 96% z nich bolo presvedčených, že pacienti by mali byť informovaní o terminálnom ochorení a 71% by chcelo dostať túto informáciu hneď po diagnostikovaní terminálneho štádia ochorenia. Svoje rozhodnutie zdôvodňovali tým, že im to umožní doriešiť svoje záležitosti (34%), lebo to považovali za svoje právo (25%), lebo im to umožní lepšie spolupracovať so zdravotníkmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (20%), lebo im to umožní úľavu od záťaže od nepotrebných liečebných procedúr (17%). Tí, ktorí si neželali byť informovaní to zdôvodňovali obavami z emocionálnej reakcie (46%), alebo to považovali za zbytočné (40%). V brazílskej štúdii autorov Paiva a kol. (2022) oslovili 90 pacientov v pokročilom štádiu onkologického ochorenia tesne po konzultácii s lekárom v čase, keď ochorenie progredovalo alebo došlo ku klinickému zhoršeniu stavu. Drvivá väčšina pacientov (87,6%) si želala byť informovaná o svojej prognóze, no iba 35% z nich potvrdilo, že ich lekár informoval o prognóze počas konzultácie. Z tých,

ktorí si želali byť informovaní, viac ako polovica (61,5%) považovala za dôležité poznať čo najviac detailov no viac ako tretina (35,9%) chcela len základnú informáciu bez detailov.

Je to ich život, častokrát ich najvzácnejší čas, lebo možnosť využiť ho môže byť výrazne časovo obmedzená a potrebujú aj čas spracovať zľú správu, aby ho mohli využiť. „Prognózovanie“ je dynamický proces (Hui a kol. 2021), ktorý má niekoľko etáp. Začína (1) stanovením prognózy lekárom, pričom je veľmi dôležité, aby stanovená prognóza bola čo najpresnejšia a najistejšia. Ďalším krokom je (2) informovanie pacienta o prognóze, (3) uvedomenie a porozumenie prognóze pacientom, (4) prijatie prognózy a na záver (5) rozhodovanie o starostlivosti na základe prognózy.

To, nakoľko dobre sa podarí oznámiť nepriaznivú správu má vplyv na vzťah pacienta so zdravotníkom, jeho rozhodnutie o ďalšom liečebnom postupe, adherenciu, proces liečenia (Girgis a Sanson Fischer 1998, Munjal 2017 in Meitar, Karnieli Miller 2021). Jedným z dôležitých dôvodov je aj vyhnúť sa vyžadovaniu zbytočnej terapie, alebo naopak odmietaniu starostlivosti, ktorá by mohla pacientovi priniesť úľavu čo sa stáva ak pacient nie je informovaný alebo nekorektne vníma svoju zdravotnú situáciu a prognózu. Informovanie pacienta o nepriaznivej zdravotnej situácii a prognóze môže byť traumatizujúce, ak sa to nepodarí, alebo naopak, podporujúce adaptáciu na zdravotnú situáciu a vyťaženie najvyššej možnej miery kvality života vďaka dobrej spolupráci s pacientom.

4.3 Aké to je byť poslom zlých správ?

Aké to je byť poslom zlých správ? Čo prežívajú lekári konfrontovaní s touto povinnosťou? Bez tréningu je zdieľanie nepríjemných správ pacientovi spojené s dyskomfortom a úzkosťou (VandeKieft 2001). Nepríjemné emocionálne prežívanie môže viesť k tomu, že sa lekár tejto povinnosti vyhýba, odďaľuje ju alebo sa snaží emocionálne oddeliť od pacienta, potlačiť svoje emócie. Nájst spôsob, ako individualizovať správu pre konkrétneho pacienta nie je jednoduché, teda je to náročná úloha, aj keď sa lekár snaží zo všetkých síl. Je to nepríjemná povinnosť, lebo beriete pacientovi nádej, beriete mu plánovanú budúcnosť. Lekári sa oprávnenne obávajú reakcií pacienta a jeho blízkych, ktorí môžu reagovať nedôverou, hnevom, strachom, ale aj obviňovaním lekára a zvládnuť tieto emocionálne reakcie je veľmi náročné a nemusí sa to podariť. Emocionálna reakcia pacienta vôbec nemusí byť namierená proti lekárovi, ale stačí, že je intenzívna alebo vyvoláva spomienky, pripomína zraniteľnosť (Narayanan a kol. 2010); a tak okrem emocionálnej reakcie pacienta sa musí lekár vysporiadať aj s vlastným nastavením a prežívaním. Zdieľanie nepríjemných správ je ťažšie, ak majú s pacientom dlhodobý vzťah, ak boli veľmi optimistickí, ak je pacient v mladšom veku (Narayanan a kol. 2010). A na záver, zlé veci sa dejú bez ohľadu na našu pripravenosť a tak sa môže stať, že ich musia lekári zdieľať pacientom aj v situácii, keď si nedokážu vytvoriť vhodné podmienky, keď sa to nedá realizovať osobne, v súkromí, alebo bez časovej tiesne a rušenia.

4.4 Ako zlé správy prežívajú pacienti?

Z rozhovorov s paliatívnymi pacientami uskutočnenými v rámci českého projektu DIPEX „hovory o zdraví“ vieme, že mnoho pacientov reportuje, že boli **plne informovaní**. Niektorí sa ale nepriaznivé správy dozvedeli **nepriamo** – vytušili to zo spôsobu, ako sa k nim začali správať, vypočuli si rozhovor, prečítali dokumenty. A niektorí sa to dozvedeli **neskoro**.

„Ne, pretože oni s vami nemluvili, kedyby prostě přišli a řekli... Já si myslím, že nemocnice, když člověka propouští, tak aspoň lékař by u toho měl být. Mě propouštěly zdravotní sestry: ‘Papír, co a kde a jak a proč, to my nevíme.’“

49-ročný pacient hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

„Ne, já jsem byla poslaná po 10 ozářkách domů. A víte, co je zvláštní? Že se mnou ten den kromě sestřiček vůbec žádný doktor nepromluvil. Je to zvláštní, papíry, všechno jsem dostala v pořádku.“

45-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

„Ne, ne. On mi jenom řekl: ‘Je tam spousta vody a to není dobré, slibte mi, že půjdete hned za paní doktorkou, že nepůjdete s tím domů a nepřijдете až někdy.’ To je jediné, co mi řekl. Ale bylo to tak, že mi tu zprávu dal do ruky, já jsem ji otevřela a tam jsem četla takové hrůzy. Takže někde vám to neřeknou, a jinde vám dají takhle papír a porad' si s tím.“

63-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

„... a jak mě vyšetřoval, tak zrovna říkal sestře: ‘Podívejte se, tamto, už to je u žaludku a už to jde do žaludku.’ A takovýmto způsobem jsem to všechno slyšela. Všechno jsem to slyšela. Nebylo to pro mě už tenkrát moc milé, protože jsem ležela a musela jsem zhluboka dýchat, jak mě vyšetřovali.“

70-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

Pre niektorých je veľmi dôležité, aby v tej chvíli mali pri sebe niekoho blízkeho, neostali pri tom sami. Pre niektorých je lepšie, ak im tú informáciu povie ich **blízky a niektorí nechcú vedieť všetko**, chcú tú ťarchu poznania detailov prenechať na iných a mať len filtrovaný prístup k informáciám.

„Tak udělala dobře, že tam šla ona teda. Ona o mně takhle ví všechno. A nechala mi hned napsat i léky a vyzvedla mi je z lékárny, takže já vlastně nikam nejdu. Tady jsou doktoři velice hodní, všichni, veškerý personál, klobouk dolů.“

Já jsem s ní nemluvila, tam byla právě dcera, ta to tam všechno vyřídila a řekla mi zase jenom to, co chci slyšet. To je jasné, že negativa mi povídat nebude. Takže já vlastně celkem nevím, o co jde, a zase vím, že mám raka. Víc už vědět nemusím, to už stačí.“

80-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

Pre pacienta a jeho blízkych je to **zlomový bod**. Drvivá väčšina z nich to chce vedieť a ocení, že dostali čas **zariadiť si veci. Je ale dôležité, aby to bola správa, pri ktorej ich lekári neopustia. A to je možné, len ak je dostatočné povedomie o paliatívnej starostlivosti**, ak je dostupná, ak sú so zomieraním zmierení samotní zdravotní pracovníci.

Nemalo by sa stávať, že **niet toho, kto by to pacientovi povedal**, že si ho ping-pongujú medzi sebou, kým si niekto nevytiahne čierneho Petra, že ich samých to desí, že nevedia uistiť pacienta, že bude sprevádzaný, nebude opustený ani v tejto poslednej fáze.

Prijatie nepriaznivej správy je pre väčšinu pacientov šok a to napriek tomu, že väčšina z nich to tuší. A to znamená, že majú čo robiť, aby zvládli emócie a nedokážu sa plne sústrediť, nedokážu plne vnímať, nezachytia všetko, čo im lekár hovorí. Preto nemá zmysel snažiť sa povedať všetko v jednej konzultácii. Má zmysel rozdeliť informáciu do menších dávok a dať čas na spracovanie počas rozhovoru, ísť krok za krokom. Určite treba otvoriť možnosť **d'alšej konzultácie** a aj treba rátať s tým, že to nie je na jeden rozhovor.

Rovnako je dôležité prijať a **normalizovať pranie požiadať o druhý názor**. Je to súčasť zmierovacieho procesu, nie je to prejav nedôvery alebo kritiky. A je lepšie pacientov a ich blízkych nasmerovať k odborníkom, ako ich nechať blúdiť googlom.

4.5 Ako informovať pacienta o zlých správach?

Existuje niekoľko protokolov ako viesť rozhovor, ktorého cieľom je zdieľanie zlých správ. Napríklad 6-krokový protokol onkológa Roberta Buckmana z roku 1995 alebo protokol ABCDE (Rabow a McPhee 1999), SPIKES (Baile, 2000), BREAKS (Naranayan a kol. 2010), COMFORT (Willagran a kol. 2010), či S-P-w-ICE-S (Meitar, Karnielli-Miller 2021), čo je revíziou protokolu SPIKES. Špeciálnym prípadom je protokol CONSOLE (Kok-Yew Tan a kol. 2019), ktorý sa zameriava na informovanie v krízových situáciách, ako sú letecké nešťastia. Základná schéma tohto druhu rozhovoru vychádza z modelu medicínskej konzultácie (Silverman a kol. 2013) a jednotlivé protokoly sa veľmi nelíšia. Podrobnejšie odporúčania ako postupovať pri zdieľaní zlých správ nájdete aj v práci Timothyho Gilligana (Gilligan a kol. 2017). Špecifiká zdieľania zlých správ počas pandémie COVID-19 rozoberá štúdia Tanzi a kolektív (Tanzi a kol 2020).

Protokol S-P-w-ICE-S je revíziou protokolu SPIKES a jeho autormi sú Dafna Meitar a Orit Karnielli-Miller (2021). Písmená označujú jednotlivé kroky rozhovoru zdieľajúceho zlé správy a my si ich krok za krokom predstavíme.

4.5.1 S-P-w-ICE-S

S Setting/ Vytvorenie podmienok pre konzultáciu

P perception/ Perspektíva pacienta

w Warning call & Pause/ Ohlásenie a pauza

I Providing Information/ Poskytovanie informácií

C Clarifying Informational Needs and Comprehension / Mapovanie potrieb a porozumenia

E Empathy/ Emocionálna opora

S Summary/ Zhrnutie

Priprav sa

Rozhovoru s pacientom o jeho nepriaznivej zdravotnej situácii by mala predchádzať príprava. Každý z nás má isté osobnostné charakteristiky, vychádza z istého kultúrneho prostredia, uznáva isté hodnoty viac a iné menej, má isté postoje, tendencie posudzovať situácie istým spôsobom, vlastné emocionálne prežívanie a tiež nazbierané skúsenosti z praxe a toto všetko má vplyv na schopnosť byť autenticky prítomný, naladený na potreby pacienta, viesť rozhovor. Uvedomenie si svojich silných a slabých stránok, špecifik, potrieb pomáha lepšie zacieliť prípravu na rozhovor. Čo potrebujem vedieť o situácii, čo chcem pacientovi oznámiť, akú stratégiu zvolím, čo to so mnou robí a čo potrebujem urobiť, aby som bol pripravený pre takýto rozhovor? Lekár sa musí rozhodnúť o vhodnom načasovaní rozhovoru, či – a ak áno tak koho – prizvať k rozhovoru, pričom to môže byť niekto blízky pre pacienta ako emocionálna opora, alebo zdravotná sestra či špecialista ako konzultant. Musí sa rozhodnúť, čo budú kľúčové body správy, ako ich sformuluje a tiež, čo chce týmto rozhovorom dosiahnuť, prípadne si premyslieť aj rôzne scenáre vývoja rozhovoru.

Pripravuj pacienta

Zlé správy sú málokedy zásahom z jasného neba a v drvivej väčšine im predchádza nejaké obdobie, keď pacient je v starostlivosti alebo prebiehajú nejaké vyšetrenia; teda ešte skôr, než sa potvrdia zlé správy, komunikačný proces medzi lekárom a pacientom prebieha. Práve toto obdobie by malo byť využité na prípravu pacienta na rôzne scenáre, možnosti. Nemalo by sa stávať, že pacient podstupuje celú sériu vyšetrení na potvrdenie závažného ochorenia a nikto ho na tento scenár nepripraví, neinformuje ho dostatočne, takže potvrdenie diagnózy je pre neho prekvapenie, niečo, s čím vôbec nerátal. Informácie o svojej zdravotnej situácii a možných scenároch by mal dostávať priebežne. Počas tohto obdobia je možné tiež zmapovať jeho nastavenie, jeho preferencie, jeho perspektívu, jeho obavy, lepšie ho spoznať, zorientovať sa v tom, aký postup zdieľania zlej správy bude pre neho najvhodnejší.

Čo by to pre Vás znamenalo, ak by sa potvrdili nepriaznivé výsledky? Čoho sa obávate? Čo si myslíte, že by sa zmenilo vo Vašom živote? Ako by na to reagovali Vaši blízki? Chceli by ste, aby Vás niekto sprevádzal, až prídu výsledky?

S Setting/ Vytvorenie podmienok pre konzultáciu

Táto fáza teda začína nastavením sa na rozhovor, **plánovaním a organizovaním konzultácie**. Je potrebné nájsť vhodné miesto poskytujúce súkromie, vytvoriť si nerušený časový priestor, vypnúť si mobil, rádio, požiadať personál, aby vás nerušili. Už v príprave si treba ujasniť, kde a kedy sa uskutoční stretnutie, kto má byť prítomný a čo bude obsahom správy, teda aké informácie o diagnóze, možnej starostlivosti, prognóze a možnej podpore chceme, aby pacient dostal počas rozhovoru. Tiež je dobré premyslieť si, ako ohlásiť a ako otvoriť stretnutie.

Ďalšou dôležitou úlohou je zmobilizovať **sociálnu oporu pacienta**, teda opýtať sa ho, či má niekoho, kto mu je blízky, koho chce mať v náročnej situácii pri sebe a zabezpečiť prítomnosť blízkej osoby. Aj keď ste sa s pacientom rozprávali predtým, čo by chcel – i tak si to treba u pacienta overiť. Špeciálnym prípadom recipienta informácie nie je pacient, ale rodič, či niekto blízky, pretože v takýchto situáciách je potrebné zvážiť legislatívne rámce, teda komu a za akých okolností je možné zdieľať informácie o zdravotnom stave.

Bude vás niekto sprevádzať? Chcete, aby bol prítomný pri našom rozhovore?

Čaká nás vážny rozhovor, prejdeme si výsledky vyšetrení a ďalší postup a tak sa chcem opýtať, či chcete, aby bol niekto s Vami, keď sa budeme rozprávať.

Niektorí pacienti chcú byť sami, nechcú, aby niekto bol svedkom ich emocionálnej reakcie, chcú mať súkromie na intímne otázky. Iní zase chcú, aby s nimi bol niekto a poskytoval im oporu, prípadne im dovysvetlil veci, lebo je akoby ich mediátorom zdravotnej starostlivosti. Sú tiež takí, ktorí nechcú byť informovaní priamo a chcú, aby im niekto blízky filtroval informácie. Samotné zvládanie diskomfortu a úzkosti môže byť tak náročné, že je pre nich dôležité len rozhodnutie dôverovať osobe, ktorá za nich rozhodne, lekárom, ktorí sa o neho/ju starajú a neplytvajú žiadnu energiu na prijímanie a spracúvanie informácií.

Pacienta pohodlne usadíme, uistíme sa o jeho komfote, predstavíme všetkých zúčastnených, informujeme ho o tom, koľko času mu môžeme venovať. Vhodná je pozícia v sede, ideálne nie oproti sebe, nie cez stôl, alebo počítač, v otvorenej pozícii tela, teda nie s prekříženými rukami a nohami.

Úprimný záujem o pacienta prejavovaný v starostlivosti o pohodlie pacienta, verbálne a neverbálne prejavy záujmu a aktívneho načúvania, úvodné „small talks“ pomáhajú nadviazať vzťah a vytvoriť atmosféru bezpečia a prirodzene vychádzajú z vnútorného nastavenia lekára byť prítomný, byť oporou.

V istých situáciách, ako bola napríklad pandémia, nie je možné zlé správy zdieľať osobne a v takom prípade je dôležité aj overiť, či prijímateľ správy je v situácii vhodnej na prijímanie zlých správ. Môže šoférovať, nakupovať v obchode, starať sa o malé dieťa, teda byť v situácii, keď zvládanie emocionálnej reakcie na správu môže byť veľmi náročné až nebezpečné.

P perception/ Zmapovanie toho, čo už vie a ako tomu rozumie

Mnoho pacientov pozná vážnosť svojho zdravotného stavu a očakáva zlé správy, teda lekár ich vlastne len potvrdzuje. Mnoho pacientov je priebežne veľmi dobre informovaných, sú zorientovaní v svojej zdravotnej situácii a možnostiach, správa je jednou z možností, o ktorých už počuli. Sú pacienti, ktorí informáciu dostali, ale nechcú ju počuť, sú vo fáze popierania. Ale sú aj pacienti, pre ktorých to bude rana z čistého neba, niečo, čo im ani nenapadlo, že by sa ich mohlo týkať. Títo pacienti budú možno potrebovať zopakovať informácie z priebehu, z predchádzajúcich vyšetrení a v oveľa pomalšom tempe a menších krokoch sa zorientovať v situácii, aby dokázali porozumieť správe v plnom slova zmysle. Aj preto je veľmi dôležité na úvod zorientovať sa v perspektíve pacienta, zmapovať terén, zistiť, čo vie a ako tomu rozumie, zozbierať informácie, ktoré vám môžu pomôcť porozumieť situácii pacienta, teda čoho sa obáva, v čo dúfa, čo si myslí, že potrebuje. Túto časť je možné otvoriť otázkami ako napr.:

Ako ste sa mali/cítili od nášho posledného stretnutia?

Spomenuli ste, že ste mali v noci ťažkosti s dýchaním. Ako veľmi vás to znepokojilo? Čomu ich pripisujete?

Máte predstavu, čo by mohlo spôsobiť tieto symptómy/ zhoršenie?

Určite s vami už rozprávali a potreboval by som vedieť, čo už viete o situácii, ale tiež, čo si o tom myslíte.

Čo vám povedal lekár, keď vás ku mne posielal?

w Warning call & Pause/ Ohlásenie a pauza

Aj keď väčšina pacientov chce byť informovaná, cítia sa zradení lekárom, ak to tak nie je; sú aj pacienti, pre ktorých je toto bremeno príliš ťažké a chcú, aby to bremeno niesol partner, dcéra a k ním sa dostali len filtrované správy a sú aj takí, ktorí nechcú vedieť nič, plne dôverujú lekárovi, nemajú ambíciu byť informovaní, rozumieť či vstupovať do rozhodovania. Zdieľanie nepriaznivej prognózy je proces a postoj pacienta k zdieľaniu nepriaznivých informácií sa môže meniť v závislosti od toho, v ktorej fáze procesu sa pacient práve nachádza v zmysle ako vníma a rozumie prognóze a aké pocity to v ňom vyvoláva (Hui et al. 2021). Pacient sa môže vyhýbať informovaniu („Nechcem vedieť ako na tom som“). Môže byť nevyžiadané informovaný („Nikdy som to nechcel vedieť“). Môže deklarovať, že chce byť informovaný, ale byť úzkostný a zmätený („Neviem čo sa deje“). Môže chcieť byť informovaný a už byť informovaný, uvedomujúci si závažnosť situácie ale ešte nie zmierený („Nepáči sa mi to“) alebo už zmieraný s prognózou („Už si viem plánovať záležitosti“).

Ohlásenie a pauza je prechodom od počúvania a zbierania informácií k zdieľaniu a je to bod, z ktorého sa už nedá vrátiť.

Môže to byť krátka veta oznamujúca, že nesiete zlé správy formulovaná s ohľadom na to, čo už o probléme pacient vie a ako to vníma. Je dobré oprieť sa o predchádzajúcu výpoveď pacienta, symptómy, ktoré vnímal a ich interpretáciu a buď ich teda bohužiaľ potvrdiť, napr. „Bohužiaľ Vaše podozrenie bolo správne a mám zlé správy“, alebo ich nepotvrdiť, napr. „Viem, že ste si mysleli, že to krvácanie súvisí s hemoroidmi, ale bohužiaľ laboratórne vyšetrenie potvrdilo inú príčinu“. V tom prvom prípade to môže pacientovi dať pocit kontroly nad situáciou, uistenie, že jeho pocity majú opodstatnenie, zmysel. V tom druhom prípade ho uistíte, že ho vnímate, počúvate, beriete vážne a je to tiež príležitosť na redefinovanie interpretácie symptómov.

Po tomto ohlásení/ varovaní by mala nasledovať krátka pauza, ktorá umožní pacientovi sa vzchopiť, pripraviť sa na to, čo príde.

Je na Vás, koľko toho chcete počuť a o čom. Chcete, aby som Vám povedal všetko, popísal všetky detaily toho, čo sa deje a bude diať, alebo mám vybrať iba nevyhnutné informácie a sústrediť sa na plánovanú starostlivosť?

I-C-E

V nasledujúcej časti rozhovoru už kroky nejdú postupne za sebou, ale je to skôr žongľovanie medzi aktivitami. Lekár reaguje na to, čo v danej chvíli pacient potrebuje – či potrebuje pokračovať v informovaní a ak áno, tak o čom a do akej hĺbky, či potrebuje poskytovať, vysvetľovať informácie o zdravotnej situácii a jej dôsledkoch alebo či potrebuje emocionálnu oporu pri zvládaní svojej reakcie na správu.

I Providing Information/ Poskytovanie informácií

Informácia by mala pomenovať zdravotný problém, dať do súvisu prežívané symptómy, ale aj laboratórne výsledky s diagnózou, vysvetliť laboratórne výsledky. Priebežne je potrebné sa pýtať a uisťovať sa, či rozumie termínom, ako tomu pacient rozumie, aby sa vyhlo nedorozumeniam. Je možné využívať schémy, modely, náčrtky. V prvej fáze treba informovať len o diagnóze, prípadne očakávanom priebehu, príčinách, prognóze a až v druhom kroku hovoriť o možnostiach liečby či starostlivosti. Tento postup je odlišný oproti pôvodnému protokolu SPIKES. Autori revidovanej verzie, Dafna Meitar a Orit Karnielli-Miller tému ďalšej starostlivosti presúvajú až do posledného kroku, teda až po akom-takom upokojení a za tým nasleduje zhrnutie obsahu rozhovoru, plánu a poskytnutie podpory.

Každý pacient má svoju vlastnú kapacitu či schopnosť absorbovať nové informácie, ktorá je navyše poznačená prežívanými emóciami. Sú to zlé správy a je prirodzené, že vyvolávajú silnú emocionálnu reakciu a znižujú schopnosť vnímať; preto je potrebné informácie poskytovať v častiach, nebáť sa tichých páuz, uisťovať sa, či rozumie, či sa nechce niečo opýtať, podporovať prejav emócií a uisťovať pacienta, že v tom neostane sám a bez pomoci. Ak mu lekár oznamuje, že už nie je možné zvrátiť prognózu, mal by mať pripravenú aj informáciu o tom, čo pre pacienta je možné a bude možné urobiť.

C Clarifying Informational Needs and Comprehension / Mapovanie potrieb a porozumenia

Tento krok zodpovedá v protokole SPIKES kroku „Invitation“, teda mapovanie toho, čo pacient vie/nevie, o čom chce/nechce byť do akých detailov informovaný. V pôvodnom protokole je tento krok zaradený pred poskytovanie informácií, ale pre mnohých lekárov to bolo mäťúce, lebo je ťažké pýtať sa, čo chce vedieť, kým mu nezačnete poskytovať informácie, kým on sám nevie, o čo pôjde. Je

to jednoducho iteratívny proces. V revidovanej verzii teda to základné pozvanie informovať je ohlásením, varovaním, po ktorom nasleduje pauza, a potom nasleduje postupné mapovanie informačných potrieb a ich napĺňanie striedané so zvládaním emocionálnej reakcie pacienta. Navyše do tohto kroku autori revidovanej verzie pridali aj overovanie, či a nakoľko pacient rozumie správe.

Počuli ste už niečo o demencii? Takže toto už viete. Chcete, aby som Vám povedal o tomto niečo viac? Je ešte niečo, čo sa ma chcete o tom opýtať? A ako to teraz vidíte, ako tomu rozumiete? Máte ešte nejaké otázky? Môžem pokračovať?

Ešte ma dokážete vnímať? Dajte mi vedieť ak by ste potrebovali prestávku.

Dáva Vám to zmysel? Rozumiete tomu?

E Empathy/ Emocionálna opora

Ľudia reagujú na zlé správy rôznymi spôsobmi. Niektorí sa rozplačú, iní stíchnu alebo sa snažia postaviť a chodiť po miestnosti, reagujú popieraním, hnevajú sa, odmietajú uveriť správe, dožadujú sa overovania, obviňujú seba alebo niekoho, iného, zmrznú alebo reagujú čiernym humorom, alebo sa im uľaví, lebo poznanie desí menej ako tušenie. Ich emocionálne prejavy sa môžu meniť aj počas rozhovoru. Spôsob prejavovania emócií je viazaný na prostredie, kultúru, v ktorej pacient žil, žije a čím viac sa líši od prostredia lekára, tým náročnejšie je pre lekára rozpoznať a reagovať na emocionálne prejavy. Neistota či **overovanie** je úplne v poriadku. Je dobré emócie **pomenovať** a dať prežívaniu priestor – tichom, gestom, dotykom, a potom slovným **povzbudením**. Ponúkame pacientovi, že s ním budeme, že môže prejavovať emócie, že sme tu pre neho, ak o nich chce hovoriť, že vytvárame časopriestor, aby ich mohol v bezpečí vyplaviť, uistiť ho, že je to v poriadku, že každý to má inak a stále je to v poriadku. Potrebujú bezpečný priestor, čas, povzbudenie a oporu, aby mohli emocionálne reagovať. Väčšina pacientov nie je schopná plne vnímať to, čo lekár hovorí po oznámení zlej správy, sú zahľtení emóciami. Odporúča sa nechať priestor pre emocionálnu reakciu a potom overiť otázkou, či je možné pokračovať.

Musí to byť ťažké počuť takéto správy.

Ako Vám je? Povedzte mi čo prežívate, teraz, keď som Vám oznámil túto ťažkú správu.

Čoho sa obávate? Z čoho máte najväčší strach?

Veľmi by som si želal, aby som Vám mohol priniesť lepšie správy.

Ako je možné, že napriek snahe lekára plne a zrozumiteľne informovať pacienta, stále príliš mnoho z nich vníma svoju zdravotnú situáciu nerealisticky?

Nerealistický optimizmus, teda nekorektné porozumenie zdravotnej situácii a prognóze pacientom je bohužiaľ veľmi časté (Weeks a kol. 2012, Yennurajalingam a kol. 2018) a iba zhruba polovica pacientov korektné rozumie svojej prognóze (Chen a kol. 2017). Weeks a kol. (2012) skúmali očakávania pacientov (n=1193) trpiacich metastázujúcim onkologickým ochorením pľúc alebo hrubého čreva v IV. štádiu. Chemoterapia v tomto štádiu ochorenia môže priniesť predĺženie života o niekoľko týždňov alebo mesiacov či úľavu, nemá potenciál vyliečiť pacienta, no napriek tomu iba 69% pacientov s ochorením pľúc a 181% pacientov s ochorením hrubého čreva očakávalo od chemoterapie vyliečenie. Multicentrická štúdia prof. Srirama Yennurajalingama z Texaskej Univerzity zahŕňala pacientov v 11 krajinách (n=1390), u ktorých bolo diagnostikované pokročilé štádium onkologického ochorenia

(rekurentné alebo metastázujúce neliečiteľné). Viac ako polovica (55%) týchto pacientov, ktorí už boli zaradení do paliatívnej starostlivosti verila, že má šancu vyliečiť sa (Yennurajalingam a kol. 2018). Systematický prehľad literatúry (Chen a kol. 2017), teda vedeckých štúdií skúmajúcich vnímanie prognózy u pacientov v pokročilom štádiu onkologického ochorenia publikovaných v rokoch 1990-2014. Vytriedených bolo 24 vedeckých štúdií a na základe metaanalýzy je možné odhadnúť, že 49,1% pacientov (95% interval spoľahlivosti: 42,7-55,5%, rozsah: 5,1-85,7%) korektné vnímalo prognózu svojho ochorenia (tamtiež). Komunikovanie prognózy, teda čo a ako je pacientovi komunikované, ovplyvňuje to, ako pacient informáciám rozumie, ako s nimi naloží, ako sa prispôsobí novej situácii, ako sa bude rozhodovať o starostlivosti a môže to viesť k vyžadovaniu zbytočných terapií, ktoré zhoršia jeho kvalitu života, alebo odmietaniu starostlivosti, ktorá by im mohla priniesť úľavu.

S Strategy and Summary/ Stratégia a zhrnutie

Zhrnutie je záverečnou fázou, v ktorej by mal lekár zhrnúť informáciu, overiť, či ju pacient vnímal, porozumel jej a dohodnúť sa s pacientom o ďalšom pláne starostlivosti a ponúknuť možnosť dodatočného vysvetlenia či konzultácie v prípade potreby.

Dafna Meitar a Orit Karnielli-Miller v revidovanej verzii do tohto kroku pridávajú aj tému plánovania, teda predstavenie možností ďalšej starostlivosti. Predtým ale navrhujú overiť, či je pacient schopný, pripravený o tejto téme hovoriť, či ešte má kapacitu, prípadne ponúknuť pokračovanie až na ďalšom stretnutí. Výnimkou je iba prípad, keď nie je možné odložiť rozhodnutie o ďalšej starostlivosti. Vtedy je možno vhodné ponúknuť prestávku.

Pacient potrebuje vedieť, čo to urobí s jeho životom, čo ho čaká – hospitalizácia, operácia, rehabilitácia po operácii, chemoterapia, obmedzenie jeho aktivít. Po tomto rozhovore by mal mať jasnú predstavu o súčasných, realistických, dosiahnuteľných cieľoch, o ktoré sa budeme snažiť. Je dobré zhrnúť, čo pacienta trápi, kombinujúc objektívny nález i pacientovu výpoveď a rozlíšiť čo je/nie je riešiteľné a do akej miery. Lekár by mu mal popísať možné liečebné postupy alebo postupy starostlivosti vrátane možných benefitov, ale i rizík, možných vedľajších dopadov. Mal by odporúčať zdroje informácií – brožúry, články, internetové zdroje, a takisto ponúknuť mu aj ďalšie stretnutie, prípadne stretnutie s iným špecialistom, ak by mal prípadné otázky. Mal by sa pokúsiť identifikovať pacientove stratégie zvládania, teda to, ako si vie poradiť s ťažkosťami a podporiť ich. Tiež by mal zmapovať pacientove zdroje sociálnej opory a zmobilizovať ich. Mal by dať dostatočný priestor pre otázky pacienta a na záver by mu mal predstaviť časový plán, teda čo sa bude diať.

Čo to urobí s jeho životom, vzťahmi je oveľa širšia téma ako diagnóza a terapia. Zahŕňa to napríklad otázky: čo s mojim zamestnaním, ako to mám povedať partnerovi, deťom, kolegom, priateľom, budem sa môcť ďalej venovať svojej obľúbenej činnosti, plávať, šoférovať, zmení to môj vzťah, budem sa cítiť zle, ovplyvní to môj sexuálny život, ako to zvládajú iní pacienti? Nie na všetky otázky musí mať lekár odpoveď a je to v poriadku – je v poriadku povedať: neviem. Aj keď lepšie je povedať – neviem, ale viem, že existuje diskusná skupina pacientov alebo stránka patientskych skúseností, alebo psychologická poradňa, alebo odpoveď „každý pacient to má trochu inak a niektorí takto, iní takto, iní takto“.

Je to aj krok, kde je vhodné na záver ešte raz vyzvať pacienta, či sa nechce niečo opýtať; dobrým spôsobom, ako overiť, či si pacient odnáša zo stretnutia informačné minimum s porozumením, ako sme plánovali je požiadať ho, aby skúsil zhrnúť obsah rozhovoru a pokojne aj priznať, že účelom je overiť, či ste nič dôležité nezabudli a či ste všetko dôležité správne vysvetlili. Tak ho žiadate, aby vám

to skúsil zhrnúť a pochválite ho, prípadne skorigujete či doplníte. Ste tím, spolupracujete, ide vám to – vytvárate alianciu lekár a pacient, čo je veľmi dôležité. Dá sa to urobiť napr. vetou „Dnes sme hovorili o mnohých veciach. Veľmi mi pomôže, ak mi teraz na záver skúsíte zhrnúť, ako to vidíte, na čom sme sa dohodli, aby som sa uistil, že sme na nič nezabudli“. Písomná správa môže pacientovi pomôcť vrátiť sa k obsahu rozhovoru doma v pokoji, prípadne oprieť sa o ňu pri informovaní blízkych. Informovanie blízkych môže byť niečo, čoho sa pacient obáva. Ponúknite mu, že môžete informovať príbuzných, ak je to pre neho náročné.

Povzbudte pacienta a umožnite mu ďalší telefonický alebo osobný kontakt. Uistite ho, že nebude opustený, že o neho bude postarané. Overte, či sa dostane bezpečne domov, či ho má kto sprevádzať, či má niekoho, kto ho môže v prípade potreby podporiť, pomôcť mu.

Po rozhovore je dobré urobiť si písomný záznam o obsahu stretnutia tak, aby bol dostupný aj ďalším, ktorí s pacientom pracujú. Ak tento písomný záznam je k dispozícii aj pacientovi, môže sa k nemu vrátiť a skorigovať porozumenie zdravotnému stavu a prognóze. Vzhľadom na tendenciu pacientov k nerealisticky optimistickému vnímaniu zdravotného stavu, potenciálu terapie a prognózy môže byť písomný záznam prevenciou sklamaní, frustrácie a hnevu pacienta, keď sa nepriaznivá prognóza začne naplňovať, či vynučovania starostlivosti, ktorá už nemá potenciál priniesť úľavu.

Okrem toho je dobré nájsť si čas na reflexiu, teda zhodnotenie toho, ako to prebiehalo, čo bolo dobré a čo by sa možno dalo nabudúce inak, lepšie. V neposlednom rade je potrebné postarať sa o seba. Ako sa cítite po tomto rozhovore? Zmapujte svoje prežívanie, nenechajte ho utopiť sa v pracovnom zhone, dajte si krátku pauzu, nájdite si čas hoci na reflexiu alebo krátky rozhovor s kolegom/kolegyňou, aké to bolo, aký z toho máte pocit, čo sa udialo.

OTÁZKY

MEDICÍNSKE KOMPETENCIE

1. 1. Pozorne si prečítajte nasledovný zoznam a zaškrtnite len tie kompetencie, ktoré podľa vás NEPATRIA do základnej výbavy lekára:

- A) vykonávať liečebné postupy
- B) dokumentovať a zdieľať písomné a elektronické informácie o stretnutí s pacientom
- C) udržiavať zdravie a pohodu seba i svojich kolegov
- D) implementovať defenzívnu medicínu s cieľom redukovať riziko sťažností pacientov

1.2. Pozorne si prečítajte nasledovný zoznam a zaškrtnite len tie kompetencie, ktoré podľa vás NEPATRIA do základnej výbavy lekára:

- A) vykonávať aspoň jeden druh alternatívnych liečebných postupov (napr. liečba bylinkovými čajmi, jóga, homeopatia)
- B) poskytovať informácie pacientom o zdravotnej starostlivosti
- C) efektívne využívať zdroje, poskytovať nákladovo efektívnu starostlivosť
- D) obhajovať záujmy komúnít, pacientov a podporovať sociálne zodpovednú spoločnosť

1.3. Pozorne si prečítajte nasledovný zoznam a zaškrtnite len tie kompetencie, ktoré podľa vás NEPATRIA do základnej výbavy lekára:

- A) klinicky zhodnotiť stav pacienta a stanoviť plán liečby
- B) uplatňovať direktívny prístup k pacientom, schopnosť prebrať plnú kontrolu a dosiahnuť tak adhérenciu pacienta
- C) spolupracovať s ostatnými zdravotníkmi
- D) vzdelávať študentov, zdravotníkov, verejnosť

1.4. Pozorne si prečítajte nasledovný zoznam a zaškrtnite len tie kompetencie, ktoré podľa vás NEPATRIA do základnej výbavy lekára:

- A) zapájať pacienta do zdieľaného rozhodovania
- B) podporovať vzájomné porozumenie, zvládanie rozdielov, riešenie konfliktov
- C) ovládať aspoň jeden svetový jazyk
- D) prebrať zodpovednosť za kontinuálne zlepšovanie poskytovania starostlivosti

MEDICÍNSKA KONZULTÁCIA 1

2.1. Za akú dobu väčšina pacientov dokáže popísať svoj problém v úvodnom vyjadrení?

- A) do 2 minút
- B) do 5 minút
- C) do 10 minút
- D) môže to trvať aj viac ako 15 minút ak ho lekár nepreruší a neusmerní

2.2. Čím dlhší priestor lekár dá pacientovi bez prerušenia alebo usmernenia v úvodnom vyjadrení

- A) tým viac času stratí rozprávaním o nepodstatných záležitostiach
- B) tým menej sa dozvie o dôležitých symptómoch vedúcich k návšteve pacienta
- C) tým viac symptómov dokáže zistiť
- D) tým menej efektívna je komunikácia

2.3. K nadviazaniu spojenia s pacientom **NEPRIESPIEVA**

- A) pozdravenie pacienta a predstavenie sa
- B) prejavenie rešpektu a záujmu o pacienta
- C) sústredenie sa na čo najrýchlejšie vykonanie vyšetrení
- D) prejavenie starostlivosti o pohodlie pacienta

3. Zorad'te jednotlivé časti medicínskej konzultácie:

- vyšetrenie
-ukončenie
- inicializácia konzultácie
- zbieranie informácií
- vysvetlenie a plánovanie

MEDICÍNSKA KONZULTÁCIA 2

4.1. Ktorý z popísaných úkonov nepatrí do inicializácie konzultácie?

- A) príprava na konzultáciu a nadviazanie spojenia s pacientom
- B) identifikovanie dôvodu návštevy otvorenou otázkou vedúcou k úvodnému vyjadreniu pacienta bez prerušovania
- C) zmapovanie problému pacienta sériou otázok a vyšetrení
- D) zhrnutie úvodného vyjadrenia pacienta s cieľom uistiť sa či bol dôvod návštevy správne identifikovaný a dohodnutie agendy medicínskej konzultácie

4.2. Cieľom zbieranie informácií **NIE JE**:

- A) zmapovanie zdravotného problému pacienta z biomedicínskej perspektívy
- B) zmapovanie politických preferencií
- C) zmapovanie perspektívy pacienta, jeho presvedčení o príčinách ochorenia, možných dopadov, teda ako to ovplyvní jeho život, jeho obáv, prežívania
- D) zmapovanie kontextu, teda sociálneho, ekonomického, kultúrneho zázemia pacienta

4.3. Zmapovanie zdravotného problému pacienta **NEFACILITUJE**:

- A) povzbudzovanie pacienta, aby rozpovedal príbeh od začiatku, prvých prejavov
- B) umožňovať pacientovi premyslieť si odpoveď, dovoliť aj chvíľku ticha
- C) časté prerušovanie pacienta a dopĺňanie jeho viet ak mu to nejde dosť rýchlo
- D) sumarizovanie výpovede pacienta v pravidelných intervaloch a verifikovanie či správne porozumel

4.4. Akú časť medicínskej konzultácie popisuje nasledovný text: "Lekár oznamuje čo sa bude diať, otvára témy, sumarizuje dianie než prejde k ďalšej časti, usporadúva rozhovor do logickej štruktúry, sleduje tok rozhovoru, sleduje čas a plnenie jednotlivých úloh, vracia rozhovor k téme, ktorú potrebujú spolu s pacientom riešiť."

- A) budovanie vzťahu
- B) zbieranie informácií
- C) inicializácia konzultácie
- D) poskytovanie štruktúry

4.5. Ktorý z popísaných úkonov NEPATRÍ do fázy vysvetlenia a plánovania ďalšej starostlivosti?

- A) poskytnutie zistených informácií o zdravotnom probléme a možnostiach starostlivosti
- B) zmapovanie čo už pacient vie, ako tomu rozumie a tiež koľko toho chce vedieť
- C) zhrnutie kontraktu, dohody medzi lekárom a pacientom, vrátane manažmentu možných rizík, teda čo by mohlo ohroziť dohodnutý plán a čo v takom prípade robiť, kde hľadať pomoc
- D) zdieľané rozhodovanie

4.6. Akú časť medicínskej konzultácie popisuje nasledovný text: "Zhrnutie kontraktu, dohody medzi lekárom a pacientom, vrátane manažmentu možných rizík, teda čo by mohlo ohroziť dohodnutý plán a čo v takom prípade robiť, kde hľadať pomoc"

- A) inicializácia konzultácie
- B) ukončenie
- C) zbieranie informácií
- D) vysvetlenie a plánovanie

EFEKTÍVNOSŤ MEDICÍNSKEJ KONZULTÁCIE

5.1. Efektívnosť medicínskej konzultácie NEPODPORUJE:

- A) snaha lekára porozumieť pocitom a obavám pacienta
- B) podporovanie aktívneho partnerstva s pacientom
- C) vnímavosť voči potrebám pacienta, aktívne načúvanie
- D) nedostatok času

5.2. Efektívnosť medicínskej konzultácie PODPORUJE:

- A) používanie technického, medicínskeho jazyka. Napr. benígna hrčka, fraktúra kosti
- B) snaha formulovať informácie pozitívne. Napr. Ak prestanete fajčiť, Vaše problémy začnú ustupovať namiesto Ak neprestanete fajčiť, vaše problémy sa budú stupňovať.
- C) sústredenie sa výlučne na agendu lekára, nie pacienta. Napr. vylúčiť náhlu brušnú príhodu a nie riešiť dyskomfort súvisiaci s bolesťou brucha.
- D) kultúrne a jazykové odlišnosti medzi lekárom a pacientom

5.3. Efektívnosť medicínskej konzultáciu UĽAHČUJE,

- A) ak je pre pacienta úplne nový, cudzí obsah medicínskej konzultácie
- B) ak je pacient nesympatický, alebo protivný
- C) ak pacient prežíva úzkosť a stres
- D) ak sa podarí vytvoriť podpornú alianciu lekára s pacientom

OZNAMOVANIE NEPRIAZNIVÝCH SPRÁV 1

6.1. Čo považujeme za zlé správy?

- A) zlé správy sú tie, ktoré sa pacientovi nepáčia, vyvolávajú v ňom nevôľu.
- B) zlé správy sú všetky správy, v ktorých lekár informuje o zhoršení zdravotného stavu.
- C) zlé správy sú tie, ktoré drastickým a negatívnym spôsobom zmenia pacientove vyhliadky a plány do budúcnosti.
- D) zlé správy sú len tie, ktoré informujú o infaustnej diagnóze.
- E) zlé správy sú tie, ktoré sú pre lekára náročné, napr. veľmi zložité diagnózy a terapeutické postupy.

6.2. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne, alebo nesprávne.

Pacient má právo byť plne informovaný o svojom zdravotnom stave aj keď je nepriaznivý

- A) správne
- B) nesprávne

6.3. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne, alebo nesprávne.

Lekár má povinnosť plne informovať pacienta o jeho nepriaznivom zdravotnom stave aj keď si to pacient vyslovene neželá

- A) správne
- B) nesprávne

6.4. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne, alebo nesprávne.

Väčšina pacientov si neželá byť informovaná ak je ich zdravotný stav nepriaznivý

- A) správne
- B) nesprávne

OZNAMOVANIE NEPRIAZNIVÝCH SPRÁV 2

7.1. Čo by mal urobiť lekár pred rozhovorom zameraným na zdieľanie nepriaznivých správ? Označte čo nie je správne.

- A) vyhľadať si informácie o prípade
- B) vybrať kľúčové body správy pre pacienta a ciele rozhovoru
- C) poskytnúť informácie o pacientovom zdravotnom stave rodine pacienta, aby sa vedeli pripraviť
- D) zvážiť svoje i pacientove charakteristiky a premyslieť si scenár rozhovoru
- E) premyslieť si načasovanie rozhovoru a plán ako ho zorganizuje

7.2. Čo z uvedeného nevytvára vhodné podmienky pre konzultáciu?

- A) miesto poskytujúce súkromie
- B) pohodlné sedenie
- C) vnútorné nastavenie vyjadrené i pozíciou tela
- D) aktívne načúvanie, neprerušovanie, tiché pauzy
- E) požiadať personál, aby v prípade potreby kontaktoval telefonicky a nevstupoval do miestnosti

7.3. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne alebo nesprávne.

Lekár by v úvode rozhovoru mal zmapovať čo pacient o svojej zdravotnej situácii vie a ako tomu rozumie.

- A) správne
- B) nesprávne

7.4. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne alebo nesprávne.

Lekár by sa nemal pýtať na pacientovu perspektívu, teda v čo dúfa alebo čoho sa obáva, lebo by tým mohol vyvolať nežiaducu emocionálnu reakciu.

- A) správne
- B) nesprávne

7.5. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne alebo nesprávne.

Pacienta sa nikdy nepýtame či chce byť informovaný alebo koľko toho pacient chce vedieť o svojej situácii a prognóze, ale po zvážení okolností rozhodneme kedy a koľko informáciu mu poskytneme.

- A) správne
- B) nesprávne

PODPORA KOMUNIKÁCIE

8.1. Z nasledujúceho zoznamu skúste vybrať čo nepomáha zdieľaniu informácii.

- A) rozdelenie do menších častí
- B) priebežné overovanie porozumenia a informačných potrieb pacienta
- C) pauzy a priestor pre otázky pacienta
- D) používanie odborných latinských termínov
- E) primerané tempo

8.2. Pozorne si prečítajte nasledovné tvrdenia a označte či je správne alebo nesprávne.

Súčasťou empatickej reakcie je mapovanie, identifikovanie, pomenovanie emócií a snaha porozumieť ich príčinám, čo napomáha zmierneniu ich intenzity prežívania.

- A) správne
- B) nesprávne

8.3. Čo v závere stretnutia lekár nerobí?

- A) uistí pacienta, že v jeho prípade už nie je žiadna možnosť starostlivosti
- B) zhrnie obsah rozhovoru
- C) dohodne sa s pacientom o ďalšom pláne starostlivosti
- D) ponúkne pacientovi možnosť dodatočného vysvetlenia alebo konzultácie
- E) overí či pacient správne rozumel obsahu rozhovoru

LITERATÚRA

1. Andrašiova M. v rozhovore pre denník N s L. Folentovou: Onkopsychologička: Lekári nevedia s pacientmi hovoriť o tom, že ic nevedia liečiť. <https://dennikn.sk/799449/onkopsychologicka-lekari-nevedia-s-pacientmi-hovorit-o-tom-ze-ich-nevedia-vyliecit-nik-ich-to-neuci/?ref=list>
2. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E. Kudelka A.P.: SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311
3. Buckman R.: *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore. Johns Hopkins Universty Press 1992
4. Chen C.H., Kuo S.C., Tang S.T.: Current status of accurate prognostic awareness in advanced/terminally ill cancer patients: Systematic review and meta-regression analysis *Palliative Medicine* 2017,31(5):406-418
5. Collins, S.: Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education*, 2005,39 (8). pp. 785-796.
6. dr. J. Salman v rozhovore s Ž. Lysou pre Denník N: Pacient s rakovinou nepotrebuje počúvať o tom ako sa má stravovať, cvičiť, alebo aký bylinkový čaj by mal piť. <https://dennikn.sk/2563937/psychiatricka-salman-pacient-s-rakovinou-nepotrebuje-pocuvat-o-tom-ako-sa-ma-stravovat-cvicit-alebo-aky-bylinkovy-caj-by-mal-pit/?ref=inm>
7. Frank J. R., et al., eds.: *CanMeds Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
8. Gilligan T., Coyle N. Frankel R.M., Berry D.L., Bohlke K., Epstein R.M., Finlay E., Jackson V.A., Lathan C.S., Loprinzi C.L., Nguyen L.H., Seigel C., Baile W.F.: Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 2017,35(31):3618-3632.
9. Girgis A., Sanson-Fisher RW.: Breaking bad news 1: current best advice for clinicians. *Behav Med*. 1998,24(2):53–59.
10. Groves J.E.: Taking Care of the Hateful Patients. *N Engl J Med* 1978; 298:883-887
11. Hašto J.: *Vzťahová väzba*. Vydavateľstvo F, 2005
12. Hui D., Mo L., Pavia C.E.: The Importance of Prognostication: Impact of Prognostic Predictions, Disclosures, Awareness, and Acceptance on Patient Outcomes. *Curr. Treat. Options in Oncol.* (2021) 22: 12
13. Kevin Kok-Yew T., Pangb A., Xiaoting Kanga J.: Breaking bad news with CONSOLE: Toward a framework integrating medical protocols with crisis communication. *Public Relations Review* 2019, 45 (1):153-166
14. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2002:464-83. doi: 10.1182/asheducation-2002.1.464. PMID: 12446437.
15. Meitar D., Karnieli-Miller O. : Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S – A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher* 2021

16. Morrison V., Bennett P.: Introduction to Health Psychology, 4th Edition, Pearson 2016
17. Munjal S.: Breaking bad news. *Curr Psychiatry*, 2017,16(9):e1–e3.
18. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Educ Couns*. 2007 Feb;65(2):189-96. doi: 10.1016/j.pec.2006.07.007. Epub 2006 Sep 7. PMID: 16956742.
19. Narayanan V., Bista B., Koshy C.: 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care* 2010,16(2):61–65.
20. Paiva C.E .a kol.: Anticancer Treatment Goals and Prognostic Misperceptions among Advanced Cancer Outpatients. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2022,19(10).
21. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *WJM* 1999;171: 260-263.
22. Roter D.L., Hall J.A.: Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research *Annu. Rev. Public Health* 2004. 25:497–519
23. Silverman J., Kurtz S., Draper J.: Skills for Communicating with Patients, Edition: 3rd Publisher: Radcliffe Publishing, 2013
24. Tanzi S., Alquati S., Martucci G., de Panfilis L.: Learning a palliative care approach during the COVID-19 pandemic: A case study in an Infectious Diseases Unit. *Palliative Medicine*. 2020,34(9):1220–1227.
25. VandeKieft G.: Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001,64(12): 1975–1978.
26. Villagran M., Goldsmith J., Wittenberg-Lyles E., Baldwin P.: Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News. *Communication Education* 2010,59(3):220-234
27. Weeks J.C. a kol.: Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. *New England Journal of Medicine* 20112, 367(17):1616-1625
28. Yennurajalingam S, Rodrigues LF, Shamieh O, Tricou C, Filbet M, Naing K, Ramaswamy A, Perez-Cruz PE, Bautista MJS, Bunge S, Muckaden MA, Sewram V, Fakrooden S, Noguera-Tejedor A, Rao SS, Liu D, Park M, Williams JL, Lu Z, Cantu H, Hui D, Reddy SK, Bruera E.: Perception of Curability Among Advanced Cancer Patients: An International Collaborative Study. *Oncologist* 2018,23(4):501-506
29. Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, Lee KS, Hong YS, Lee JS, You CH.: The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *Journal Of Clinical Oncology* 2004,22(2):307-314

XIII. BEZPEČNOSŤ PACIENTA

Od návštevy lekára alebo hospitalizácie očakávame úľavu, zlepšenie zdravia. No odhaduje sa, že u jedného z desiatich hospitalizovaných pacientov dôjde k poškodeniu zdravia (Slawomirski a kol. 2017), pričom polovici týchto incidentov ohrozujúcich bezpečnosť pacienta sa dalo predísť (de Vries a kol. 2008). Od kvalitnej zdravotnej starostlivosti očakávame, že bude pre pacienta bezpečná. V tejto kapitole sa budeme venovať kultúre bezpečnosti a kultúre spravodlivosti, keďže sú predpokladom bezpečnosti pacienta. Popíšeme, čo je nežiaduca udalosť pri poskytovaní zdravotnej udalosti a aké sú jej príčiny. Pozornosť budeme venovať aj obetiam nežiaducich udalostí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a odporúčaným postupom a programom na ich podporu. Vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta je kľúčovým faktorom zlepšovania bezpečnosti pacienta rovnako ako priznanie chyby v psychologicky bezpečnom prostredí, a týmito témami uzavrieme kapitolu.

1. KULTÚRA AKO PREDPOKLAD BEZPEČNOSTI PACIENTA

1.1 Kultúra bezpečnosti

Kultúra bezpečnosti sa snaží o čo najvyššiu bezpečnosť pacienta a minimalizovanie poškodenia jeho zdravia. V metodickom usmernení Úradu pre dohľad nad zdravotnou bezpečnosťou sa uvádza, že „**Kultúra bezpečnosti** je vytvorenie takého prostredia v ústavnom zdravotníckom zariadení, v ktorom správanie sa jednotlivca a kolektívu je založené na neustálom úsilí **minimalizovať poškodenie pacienta**, ku ktorému by mohlo prísť v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti. V takomto prostredí sú zdravotnícki pracovníci a personál otvorení a poctiví vo vzťahu k nahlasovaniu chýb, omylov a nežiaducich udalostí, ktorých sú samí účastní, poučia sa z nich a zodpovedajú za svoje skutky. Základom kultúry bezpečnosti je kultúra spravodlivosti” (Metodické usmernenie č. 03/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2004). Na hodnotenie zaužívanej kultúry bezpečnosti výskumníci využívajú hodnotenie spôsobu komunikácie, spätnej väzby, frekvencie hlásenia nežiaducich udalostí, tímovej spolupráce, manažérskej podpory, personálneho zabezpečenia, inštitucionálneho vzdelávania a prekladov pacientov z jedného oddelenia na iné (Lee a Quinn 2019, Reis a kol. 2018). V roku 2018 výskumníci (Lee a kol. 2021) oslovili viac ako 13 000 registrovaných sestier zo 443 nemocníc v USA a požiadali ich, aby zhodnotili bezpečnosť pacientov na ich oddelení a tiež, aby zhodnotili nasledujúcich sedem aspektov kultúry bezpečnosti:

- (1) očakávania a opatrenia nadriadeného podporujúce bezpečnosť (napr. vedúca sestra ma pochváli, keď si všimne, že som dodržala všetko, čo treba pre bezpečnosť pacienta),
- (2) podpora manažmentu nemocnice pre bezpečnosť pacientov (napr. vedenie nemocnice vytvára atmosféru podporujúcu bezpečnosť pacientov),
- (3) poučenie organizácie z chýb, neustále zlepšovanie,
- (4) otvorenosť komunikácie (napr. nakoľko sa cítia bezpečne vyjadriť svoj názor či opýtať sa svojho nadriadeného, ak ide o bezpečnosť pacienta),
- (5) spätná väzba a spôsob komunikácie o chybách (napr. ako sestry vnímajú spätnú väzbu, keď urobia chybu alebo o nej diskutujú s inými),
- (6) Netrestajúca odpoveď na chybu a
- (7) dostatok personálu.

K bezpečnosti pacienta prispievalo najvýznamnejšie, ak manažment nemocnice podporoval bezpečnosť pacienta, zabezpečil dostatok personálu a v danej inštitúcii sa snažili neustále zlepšovať vďaka analýze príčin chýb a následným preventívnym opatreniam. Nasledovali očakávania a podpora nadriadeného, otvorenosť komunikácie a spôsob komunikácie o chybách. Najmenej významnou sa ukázala netrestajúca reakcia na chybu (Lee a kol. 2021).

1.2 Kultúra spravodlivosti

Kultúra spravodlivosti sa snaží sklbiť dôveru pri hlásení bezpečnostných incidentov a zodpovednosť za nežiaduce udalosti, vytvoriť prostredie, v ktorom sa zodpovednosť spája s dôverou a vzdelávaním (Marx 2001). Snaží sa vytvoriť systém, v ktorom sa v prípade nežiaducej udalosti minimalizuje negatívny dopad a maximalizuje poučenie. Úrad na dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

vo svojom metodickom usmernení uvádza, že kultúra bezpečnosti má spájať profesionálnu zodpovednosť s vytvorením takeého prostredia, v ktorom je možné nahlasovať chyby, omyly a nežiaduce udalosti vzniknuté pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom cieľom je dosiahnuť rovnováhu medzi potrebou učiť sa z vlastných chýb a potrebou disciplinárnych opatrení (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2004).

OBRÁZOK 1 Kultúra spravodlivosti a kultúra bezpečnosti



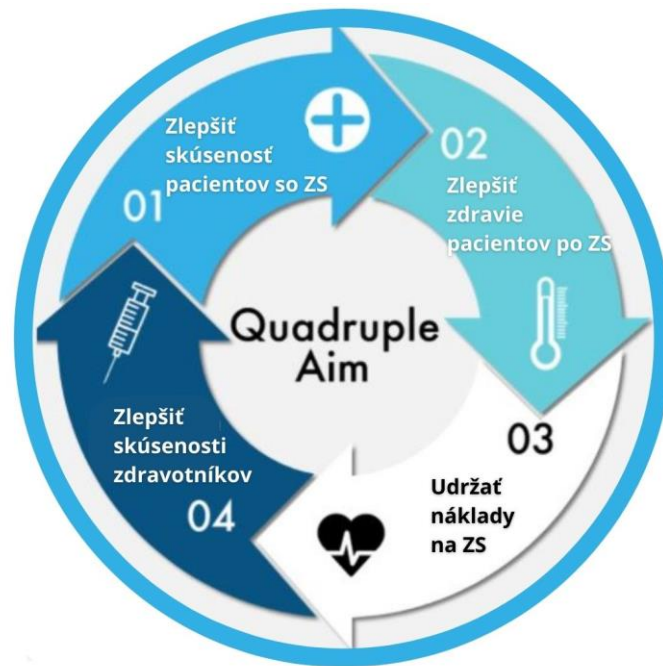
1.3 Subjektívna pohoda zdravotníkov a psychologicky bezpečné prostredie

Za psychologicky bezpečné prostredie považujeme také, kde panuje vzájomná dôvera, kde sa všetci zúčastnení môžu jeden na druhého spoľahnúť, kde panuje presvedčenie, že pracujeme na spoločnom ciele, máme dobré úmysly, kde sa človek môže sústrediť na výkon svojej práce, ktorá môže byť aj riskantná a nemusí sa obávať, že niekto sleduje každé jeho slovo, alebo krok so zlým úmyslom, s dôsledkami, ktoré ho môžu ohroziť.

Vladimír Čermák (2020) ale uvádza, že spravodlivosť je v našom zdravotníctve a spoločnosti vnímaná hlavne ako zodpovednosť a pozornosť sa sústreďuje na to, ktoré pravidlo (protokol) sa porušilo a kto je zodpovedný, s cieľom potrestať „vinníkov“. Je ale zodpovedná iba osoba, ktorá urobila chybu? Náchylnosť sestier k chybe je oveľa vyššia na konci 12-hodinovej služby než na jej začiatku, počas služby musia vykonať približne 100 rozličných úkonov s častými prerušeniami a rušivými vplyvmi a únava po 24 hodinách bez spánku sa rovná intoxikácii alkoholom, pričom počas 8-hodinovej služby musia vykonať približne 100 rozličných úkonov s častými prerušeniami a rušivými vplyvmi (Čermák 2020); pritom práve prerušovanie a vyrušovanie pri plnení úkonov prispieva k výskytu chýb (Elfering a kol. 2014).

Jedným z významných predpokladov pre pacienta bezpečnej zdravotnej starostlivosti je to, ako sa zdravotníci cítia a v akom prostredí pracujú. Spôsobilosť starať sa o duševné zdravie a pohodu seba a svojich kolegov, udržiavať rovnováhu medzi súkromným a pracovným životom a vytvárať psychologicky bezpečné prostredie pre prácu je jednou z kľúčových kompetencií zdravotníka (Frank a kol. 2015). Je to aj súčasťou stratégie Globálneho akčného plánu bezpečnosti Svetovej zdravotníckej organizácie pre obdobie 2021-2030 (WHO 2021) a jeden zo štyroch pilierov rámca pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti (Bodenheimer a kol. 2014).

OBRÁZOK 2 Quadruple aim – štyri piliere rámca pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti



ÚLOHA 1

Prezrite si nasledujúci komiks a skúste vyzobrať príbeh zdravotnej sestry Lucie.



Autor ilustrácií:
René Říha

RIEŠENIE ÚLOHY

Iste je mnoho príbehov, ktoré sa mohli udiť a v nasledujúcej časti skúsime vyrozprávať jeden z nich. Lucia pracovala na kovidovom oddelení v čase pandémie, kde bolo vždy rušno. Sanitky čakali pri vchode, lekári pobehovali hore-dole, príliš veľa pacientov, dokonca aj veľmi ťažké prípady a málo personálu.

Našťastie mali k dispozícii liek na liečbu najhorších prípadov, nazvime ho Calmium. Keď sa minul a objednali ho, spoločnosť poslala väčšie balenie ako zvyčajne. Aby bola distribúcia jednoduchšia, niekto z personálu musel liečivo rozdeliť na menšie dávky.

Lucia bola zodpovedná za podávanie liekov pacientom. Všimla si však, že po jeho podaní pacienti zaspali. Jej podozrenie rástlo, keď sa stretávala s ďalšími prípadmi a rozhodla sa ísť skontrolovať možné vedľajšie účinky popísané v príbalovom letáku.

Keď našla originálny obal, preľakla sa, lebo zistila, že označenie nie je rovnaké. Namiesto lieku Calmium, ktorý im mal pomôcť zotaviť sa z ochorenia, dostali pacienti Cadmium – liek s podobným názvom, ktorý sa zvyčajne používa na upokojenie pacientov. Cadmium síce nespôsobilo žiadnu škodu, ale pri užívaní správneho lieku by sa možno uzdravili.

Lucia sa rozhodla oznámiť túto chybu hlavnej sestry.

Ako na to hlavná sestra reagovala? Čo sa dialo po ohlásení chyby? Aký bol osud Lucie? Bola hlavná sestra a jej kolegovia radi, že to ohlásila a vďaka nej mohla nemocnica napraviť chybu a predísť ďalším chybám? Alebo to spôsobilo napätie a konflikty, za ktoré vinili Luciu? Vyšetřilo vedenie kliniky tento incident a urobilo opatrenia, aby sa takýmto chybám predišlo?

Oznámili túto chybu pacientom a ich blízkym? Ako reagovali pacienti a ich rodiny na túto správu?

Príbeh Lucie nás bude sprevádzať celou kapitolou. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa stala chyba, ktorá mohla viesť aj k nežiaducej udalosti, ktorá by okrem primárnej obeť, teda pacienta a jeho blízkych, mohla mať i ďalšie tiché obeť. Chyby či skoro chyby sa nedajú úplne eliminovať, ale v prostredí, ktoré nie je psychologicky bezpečné sa stávajú častejšie, pretože ľudia nemajú odvahu upozorňovať na nich, ani sa k nim priznávať.

2. NEŽIADUCA UDALOSŤ PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa môže udiať niečo nesprávne, pričom pod chybou môžeme mať na mysli zámenu lieku, nesprávne rozhodnutie pri terapeutickom postupe, ale aj nezapnutie bezpečnostného pásu pri transporte pacienta na vozíku alebo vynechanie nejakého kroku protokolu. V rôznych kontextoch môžeme nájsť rôzne termíny označujúce takúto udalosť, napríklad medical error, adverse event, patient safety incident, harmful patient safety incident. V slovenčine sú na rozlíšenie incidentov ohrozenia bezpečnosti pacienta zaužívané termíny skoro chyba, chyba a nežiaduca udalosť, pričom nie každá chyba nevyhnutne vyústi do nežiaducej udalosti a zároveň nie každá nežiaduca udalosť je dôsledkom chyby. Pacientovi môže byť omylom podaný nesprávny liek, čo ale nemusí nevyhnutne viesť k poškodeniu zdravia pacienta. Na druhej strane, operačný zákrok sa nemusí podariť a pacientov zdravotný stav sa môže výrazne zhoršiť aj keď sa žiadna chyba nestala. Incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta nemusí mať žiaden dopad na zdravie pacienta, môže viesť k dočasnému zhoršeniu zdravia alebo môže viesť k trvalému poškodeniu zdravia pacienta. Nie je možné docieľať, aby nikdy ku žiadnej chybe nedošlo a najmä nie v náročných, komplexných situáciách, a to ani v prípade, že sú zdravotníci vysoko trénovaní. Zároveň ale vnímame, že nie je chyba ako chyba (viď. obr. 3).

Príčinou incidentu ohrozujúceho bezpečnosť pacienta môže byť (1) ľudská chyba, (2) rizikové správanie, (3) bezohľadné správanie, (4) správanie pod vplyvom vonkajších faktorov alebo (5) úmyselné poškodenie (Leonard, Franekl 2010). V nasledujúcej časti si skúsime popísať jednotlivé prípady a odporúčané odpovede na ne.

2.1 Ľudská chyba

V našom prípade s Luciou sa mohlo stať, že ten, kto vybaľoval nové lieky bol pri práci niekým vyrušený a urobil chybu pri označovaní a ukladaní. Mal konať inak, mal lieky riadne označiť a umiestniť na rôzne miesta, ale stala sa ľudská chyba. Takýto zamestnanec by nemal byť potrestaný, ale nemocnica by mala preskúmať okolnosti a prehodnotiť, či je možné predísť takýmto chybám zmenou procesu – napr. zaručiť, že osoba manipulujúca s liekmi nebude vyrušovaná – alebo zavedením dvojitej kontroly.

2.2 Rizikové správanie

V tomto prípade zdravotník vedome podstupuje riziko, lebo sa neoprávnene domnieva, že je akceptovateľné, podceňuje ho. Povie si: veď sa nič nestane, ak nedodržím nejaké otravné pravidlo (napr. neurobím dvojité kontrolu označenia a uloženia liekov) a obzvlášť teraz, keď máme toľko pacientov, o ktorých sa treba postarať. Je tiež možné, že sa zdravotník správa rizikovo, pretože nemá k dispozícii vypracovaný protokol, ako postupovať, alebo sa rozhoduje v časovej tiesni a posúdi riziko ako primerané vzhľadom k okolnostiam. V tomto prípade by už zdravotník mal byť braný na zodpovednosť a mal by podstúpiť tréning a supervíziu, aby sa zlepšil v dodržiavaní postupov, ale zároveň by mala byť zvážená zodpovednosť organizácie, ktorá možno v svojej praxi toleruje vedomé rizikové správanie, nemá dostatočne definované postupy alebo nedokáže zabezpečiť dostatok personálu a eliminovať kritické situácie.

2.3 Bezohľadné správanie

Za bezohľadné správanie považujeme vedomé ignorovanie dôležitých krokov a pravidiel bez ohľadu na možné ohrozenie pacientov. V takomto prípade je zamestnanec zodpovedný za svoje správanie

a mal by byť potrestaný. Čo ak na pracovisku Lucie už dávnejšie mali problém s nedbalosťou zamestnanca zodpovedného za preberanie a uskladnenie liekov, ale pre nedostatok personálu to tolerovali? Zámerna lieku teda bola len ďalším bezohľadným správaním tohto zamestnanca. V takomto prípade nesie nemocnica spoluvinu za ignorovanie signálov o problematickom správaní jednotlivca pred udalosťou.

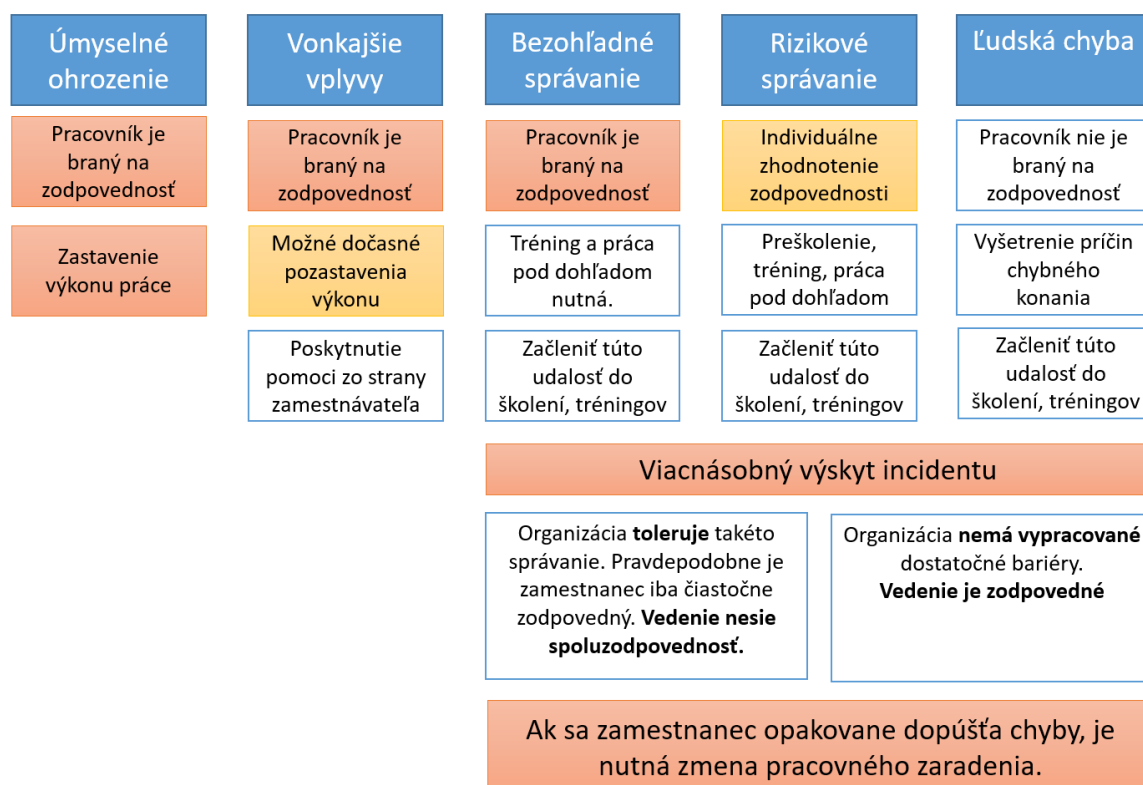
2.4 Správanie pod vplyvom vonkajších faktorov

Ak k incidentu, ktorý ohrozuje bezpečnosť pacienta dôjde preto, že bol zdravotník indisponovaný pre výkon svojho povolania z dôvodu vonkajších vplyvov ako napríklad intoxikácia, považujeme to za vedomé poškodenie a zamestnanec by mal byť braný na zodpovednosť. Podobne ako v predchádzajúcom prípade má organizácia, ktorá ignorovala signály o problematickom správaní zamestnanca pred incidentom, svoj podiel na zodpovednosti.

2.5 Úmyselné ohrozenie pacienta

V tomto prípade je zodpovednosť zdravotníka nespochybniteľná, ale stále platí, že organizácia, ktorá ignorovala signály je spoluzodpovedná. Pochybenie zdravotníka je často aj problémom organizácie, a to najmä v prípade, ak sa tieto incidenty vyskytujú častejšie (Čermák 2020). Indikuje to, že organizácia nemá vytvorené mechanizmy a bariéry na zabránenie ľudského zlyhania (tamtiež).

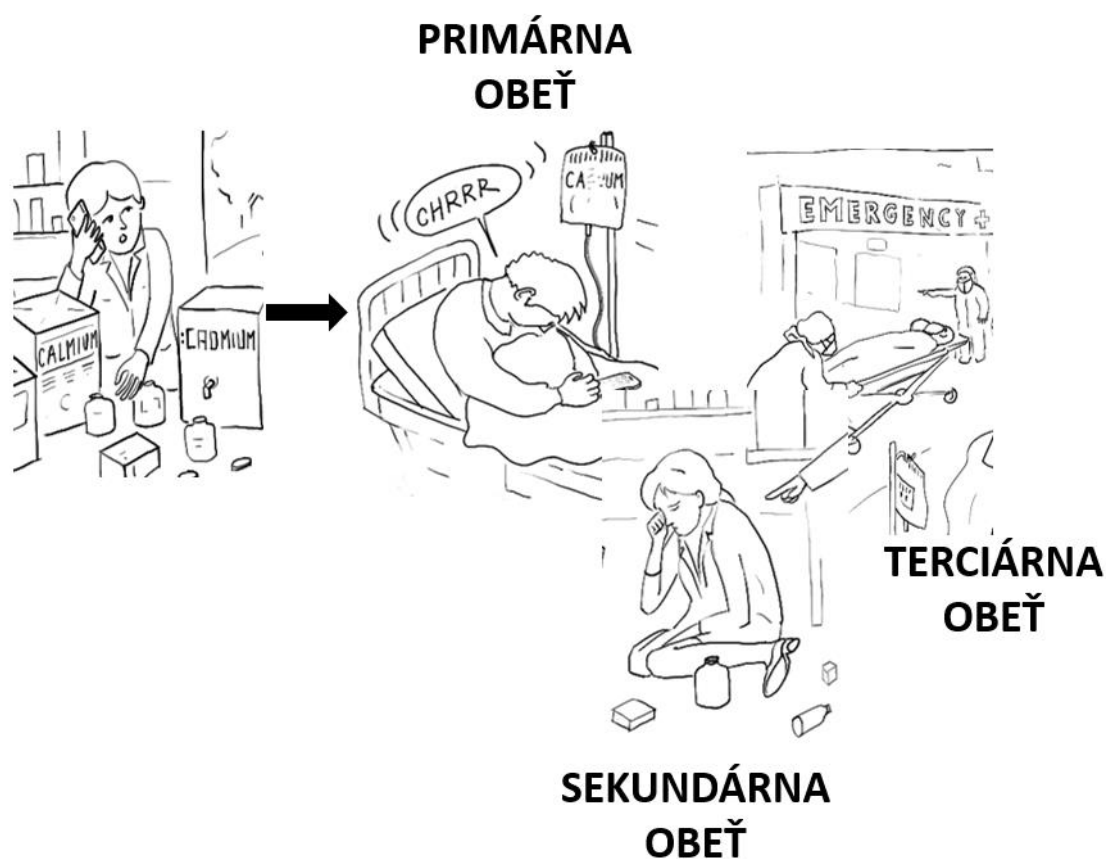
OBRÁZOK 3 Typy incidentov ohrozujúcich bezpečnosť pacienta (Leonard, Frankel, 2010)



3. OBETE NEŽIADUCEJ UDALOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta môže viesť k reverzibilnému alebo ireverzibilnému poškodeniu zdravia pacienta alebo k úmrtiu pacienta. Rozoznávame tri druhy obetí nežiaducich udalostí (Liukka a kol. 2020): **Primárnou obeťou** takéhoto incidentu je pacient a jeho blízke osoby. Takáto udalosť ale má dopad aj na zdravotníkov, ktorí boli účastní tejto udalosti a označujeme ich termínom **sekundárne obeť**. Utrpí aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, teda inštitúcia, kde k udalosti došlo; teda tento incident má aj **terciárnu obeť**. Ak sa nepodarí túto udalosť zvládnuť, ohrození sú aj ďalší pacienti ošetrovaní v danej inštitúcii zdravotníkmi, ktorí boli účastní tejto udalosti. To sa môže stať, ak inštitúcia prípad nevyšetrí a nezavedie dobré opatrenia, ktoré umožnia predchádzať týmto udalostiam, ak sa atmosféra v inštitúcii ešte zhorší a zdravotníci sa budú cítiť ohrození, takže sa budú vyhýbať zodpovednosti, budú uplatňovať defenzívnu medicínu alebo budú robiť častejšie chyby.

OBRÁZOK 4 Obete nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti



ÚLOHA 2

Vráťme sa k príbehu Lucie a zámeny liekov, ktoré namiesto liečby vírusového ochorenia poskytli pacientom spánok a niektorí pacienti sa vyliečili, ale niektorí vírusovému ochoreniu podľahli. Nevieme určiť, či by podanie správneho lieku zvrátilo nepriaznivý priebeh ochorenia. Vieme ale povedať, že im spánok vyvolaný tým nesprávnym liekom neublížil, keďže sa takýmto pacientom bežne podáva.

Skúste sa vžiť do roly (1) pacienta a jeho blízkych, (2) zdravotníkov, ktorí boli účastní tejto udalosti, (3) vedenia oddelenia a nemocnice.

A. Ako by ste reagovali, čo by ste prežívali, ak by ste boli v tejto role? Čo by ste urobili?

B. Čo by ste chceli, aby sa stalo? Kto by mal čo urobiť, aby sa táto situácia dobre zvládla?

	Reakcia na udalosť	Možné riešenie
pacient, osoba blízka pacientovi		
zdravotník		
hlavná sestra, primár, vedenie nemocnice		

3.1 PRIMÁRNA OBEŤ

Primárnou obeťou nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je pacient a jeho blízke osoby.

Ako často sa stávajú pacienti primárnymi obeťami?

René Schvendimann a kol. (2018) prehľadali výskumné zistenia publikované v období od roku 1991 do roku 2017 s cieľom zistiť, ako často sa hospitalizovaní pacienti stávajú obeťami nežiaducich udalostí, čo sa im obvykle prihodí a aké to má následky a tiež, či sa dalo týmto incidentom predísť. Našli 27 vedeckých štúdií z 25 krajín a zistili, že každý desiaty pacient je obeťou aspoň jednej nežiaducej udalosti počas hospitalizácie (výskyt sa v štúdiách pohyboval od 3 do 20%), pričom 7% týchto udalostí bolo fatálnych (0,6-30%) a polovici týchto udalostí sa dalo predísť (34-83%). Nežiaduce udalosti najčastejšie súviseli s chirurgickým výkonom, podávaním lieku a infekciou alebo alergickými reakciami súvisiacimi s poskytovanou zdravotníckou starostlivosťou (tamtiež).

Ako sa cíti primárna obeť?

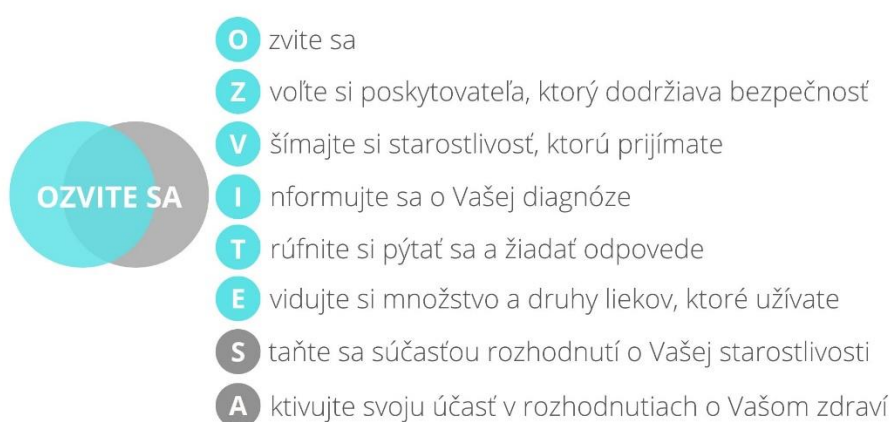
V štúdiu realizovanej na Slovensku v roku 2021 sa výskumníci pýtali lekárov a zdravotných sestier (n=193), ako podľa ich vlastnej skúsenosti alebo podľa toho, čo počuli od iných, pacienti reagovali na informovanie o nežiaducej udalosti (Pačutová a kol. 2023). Viac ako 18% oslovených zdravotníkov uviedlo, že pacienti prijali informovanie a ospravedlnenie, približne 10% zdravotníkov uviedlo, že sa

vzťah s pacientom alebo jeho rodinou narušil, 3% zdravotníkov uviedlo, že pacienti podali sťažnosť alebo žalobu a 7% uviedlo, že pacienti reagovali podráždene, aj keď k pochybeniu nedošlo.

Odporúčané postupy a programy na podporu primárnych obetí

Pod záštitou Spoločnej komisie pre akreditáciu zdravotníckych organizácií (JCAHO) v roku 2001 vznikla kampaň „Ozvite sa“ („Speak Up for Patient Safety“), ktorá podporuje zapojenie pacientov do diagnostického a liečebného procesu (WHO 2004), poskytuje im súbory materiálov zvyšujúce povedomie o ich právach a povinnostiach. Medzi témy tejto kampane patrí bezpečná chirurgia, zvládanie bolesti, bezpečnosť liekov a najnovšie aj zníženie diskriminácie. Od spustenia programu v marci 2002 touto kampaňou oslovili ľudí vo viac ako 70 krajinách.

OBRÁZOK 5 Kampaň „Ozvite sa“



3.2 SEKUNDÁRNA OBEŤ

Kto je sekundárnou obeťou?

Sekundárnou obeťou je zdravotník, ktorý je priamo alebo nepriamo účastný neočakávaného zhoršenia zdravotného stavu pacienta alebo pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, alebo zranenia pacienta a táto udalosť na neho má negatívny dopad a cíti sa touto udalosťou dotknutý (Vanhaecht a kol. 2022) teda cíti sa vinný, osobne zodpovedný za túto udalosť, má pocit, že zlyhal, alebo je obviňovaný inými.

OBRÁZOK 6 Sekundárna obeť



Koncept sekundárnej obeť sa líši od konceptu **sekundárneho traumatického stresu, zástupnej traumy** (vicarious trauma), pričom všetky tri javy môžu viesť k **súcitnej únave** (Ludick a kol. 2017). Sekundárny traumatický stres je nepríjemné prežívanie osoby (môže mať podobné prejavy ako traumatizácia), ktorá je svedkom traumatickej udalosti inej osoby; podnetom je teda blízka skúsenosť s traumatizáciou inej osoby. Empatické angažovanie pomáhajúceho pracovníka do prežívania traumatickej udalosti inej osoby môže viesť k zástupnej traume.

Koľko zdravotníkov už bolo sekundárnou obeťou?

Nemeckí výskumníci v roku 2019 oslovili všetkých mladých lekárov (do 35 rokov, n=555), ktorí po ukončení medicíny pokračovali v špecializačnom programe internej medicíny a požiadali ich o vyplnenie online dotazníka štúdie SeViD-I (Strametz a kol. 2021). Dve tretiny mladých lekárov uviedlo, že aspoň raz boli účastní incidentu ohrozujúceho bezpečnosť pacienta. V pokračovaní tejto štúdie (SeViD-II) v roku 2020 výskumníci oslovili zdravotné sestry (n=332), pričom 60% uviedlo, že aspoň raz v živote boli sekundárnymi obeťami a 49% malo túto skúsenosť v uplynulom roku. V oboch štúdiách v tretine prípadov došlo k neočakávanému úmrtiu pacienta, v ďalších 24-30% prípadov došlo k poškodeniu zdravia pacienta, respondenti reportovali tiež agresivitu pacientov alebo ich blízkych (15-25%) či skoro chyby (12-13%). Viac ako 70% zdravotných sestier (69%) a lekárov (77%) v španielskych nemocniciach uviedlo, že oni alebo ich blízki kolegovia boli v uplynulých piatich rokoch sekundárnymi obeťami (Mira a kol. 2015). Počas náročnejších období, ako je napríklad pandémie koronavírusu môže byť výskyt tohoto fenoménu ešte vyšší. Takúto štúdiu realizovali v roku 2021 na Slovensku; štúdie sa zúčastnilo 193 lekárov a zdravotných sestier a 33% z nich uviedlo, že za posledný rok boli priamymi svedkami alebo počuli o incidente ohrozujúcom bezpečnosť pacienta, ktorý bol takmer chybou (incidents, ktoré mohli spôsobiť ujmu pacientovi, ale boli nakoniec včas napravené) alebo nežiaducou udalosťou s vážnymi následkami pre jedného alebo viac pacientov (Pačutová a kol. 2023). Približne polovica z nich očakávala, že sa na ich oddelení (42%) alebo v nemocnici (56%) takáto udalosť udeje znovu v nasledujúcom roku (tamtiež). Odhaduje sa, že **každý druhý zdravotník** sa aspoň raz v živote stane sekundárnou obeťou (Seys a kol. 2013), pričom výskyt tohto fenoménu sa pohybuje od 10% v skupine amerických otolaryngológov (Lander a kol. 2006) až po viac než 70% v španielskych nemocniciach (Mira a kol. 2015).

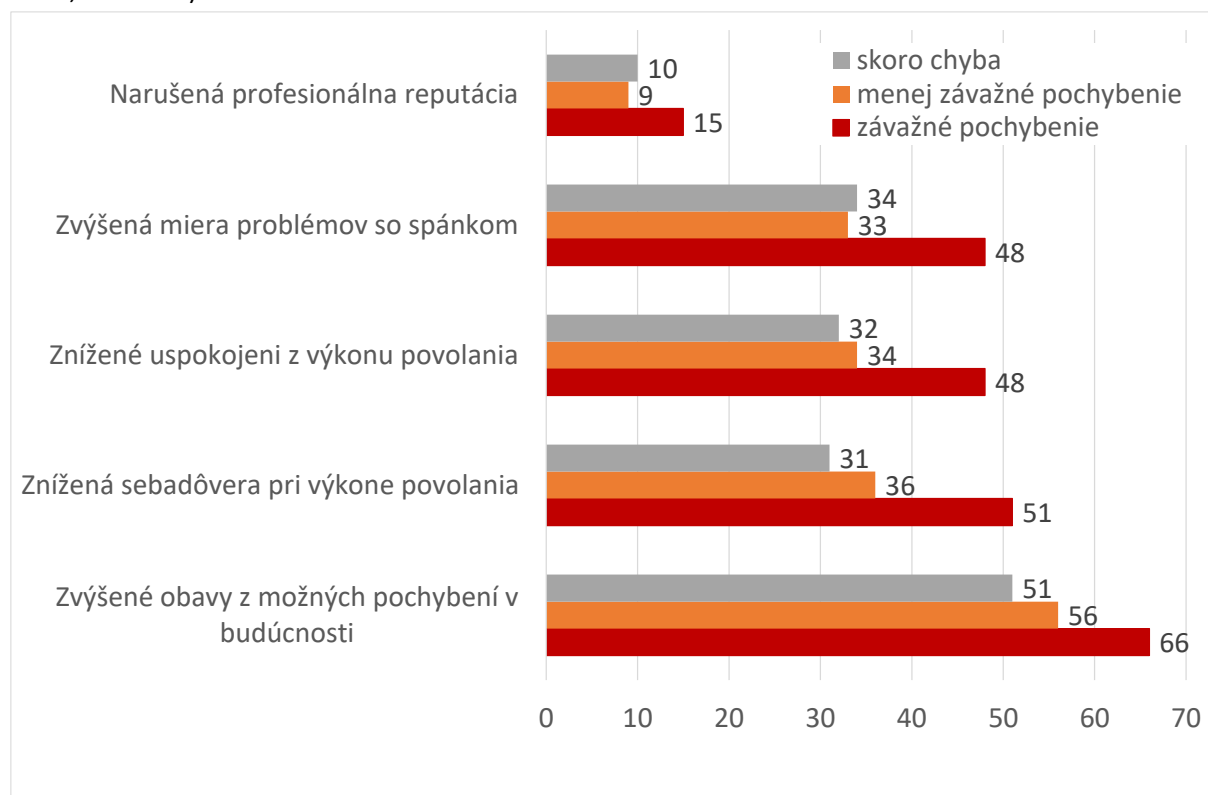
Aké to je "byť sekundárnou obeťou"?

Sekundárne obeť môžu prežívať vinu, hnev, frustráciu, distres a obavy a tieto emócie môžu narušiť ich vzťah s pacientom (Seyes a kol. 2012). Metaanalýza štúdií mapujúcich psychologické a psychosomatické odpovede sekundárnych obeť potvrdila, že títo zdravotníci veľmi často trpia širokou škálou symptómov (Busch a kol. 2020). Najčastejšie trpeli obťažujúcimi spomienkami (v niektorých štúdiách až 80% respondentov). Viac ako 60% zdravotníkov v týchto štúdiách reportovalo úzkosť, hnev, výčitky svedomia a distres. Polovica respondentov sa obávala ďalších možných pochybení v budúcnosti, cítila zahanbenie a vinu. Tretina mala problémy so spánkom (tamtiež).

Waterman a kol. (2007) skúmal emocionálnu reakciu zdravotníkov v USA a Kanade na nežiaducu udalosť. Lekári (n=3171) sa obávali možných pochybení v budúcnosti, menej si verili, mali problémy so spánkom, práca im prinášala menšie uspokojenie a ich profesionálna reputácia bola narušená. Zaujímavým zistením je, že nie strata reputácie, ale obavy z toho, že sa pochybenie zopakuje a strata sebadôvery sa vyskytovali častejšie. Čím vážnejšie boli dôsledky udalosti, tým výraznejšie boli dopady,

ale aj skoro chyby boli zdrojom distresu. Viac sa sužovali tí, ktorí neboli spokojní s tým, ako bola udalosť komunikovaná pacientovi (tamtiež).

OBRÁZOK 7 Dopad incidentu ohrozujúceho bezpečnosť pacienta na zdravotníka (Waterman a kol. 2007, str. 4714)



V štúdiu realizovanej na Slovensku v roku 2021 sa výskumníci pýtali lekárov a zdravotných sestier (n=193), čo sa na ich pracovisku udeje, ak dôjde k pochybeniu a nežiaducej zdravotnej udalosti (Pačutová a kol. 2023). Viac ako 18% z nich reportovalo, že takmer vždy alebo vždy dôjde k hláseniu a analýze pochybenia a tiež k informovaniu a ospravedlneniu sa pacientovi. Konflikty s kolegami predpokladalo 13% respondentov a stratu reputácie 6% respondentov. Poskytnutie podpory zúčastneným zdravotníckym pracovníkom (pracovné voľno, psychologické poradenstvo, tréning) očakávalo 6% respondentov a poskytnutie neformálnej podpory kolegami zúčastnených zdravotníckych pracovníkov (ohľadupnosť, porozumenie, možnosť porozprávať sa) očakávalo 29% respondentov (tamtiež).

Zdravotníci sa obávajú právnych následkov, potenciálnej straty reputácie, prešetrovania, informovania a ospravedlnenia sa pacientovi a vedeniu (Seys a kol., 2012, Mira a kol., 2015, Strametz a kol., 2021). Väčšina zdravotníckych pracovníkov nie je na komunikáciu v kritickej situácii trénovaná, nedôverujú podpore zo strany svojich kolegov a zamestnávateľa a majú oprávnené obavy z možných následkov pri stretnutí zoči-voči pacientovi. Môžu sa snažiť vyhýbať komunikácii s pacientom o udalosti alebo niektoré informácie zatajiť, pričom sa ukazuje, že poskytnutie dôveryhodných a pravých informácií je sprevádzané menej pravdepodobne právnymi následkami (Mira a kol., 2017).

Čím väčšie dôsledky má udalosť na zdravotný stav pacienta a čím viac zodpovednosti za túto udalosť zdravotník vníma, tým intenzívnejšie trápenie zdravotník prežíva (Engel a kol. 2006). K intenzite pocitu viny a zahanbenia prispieva aj reakcia kolegov, respektíve obavy z ich nepriaznivého hodnotenia. V

niektorých prípadoch môže negatívne emocionálne prežívanie prerásť do posttraumatickej stresovej poruchy (Scott a kol. 2008), vyhorenia (Fahrenkopf a kol. 2008) alebo depresie (West a kol. 2006). Zdravotným sestram trvalo približne rok, než sa zotavili a spracovali, čo sa im stalo (Strametz a kol. 2021). Päťtine sekundárnych obetí sa nepodarí zotaviť (Gazoni a kol. 2012, Strametz a kol. 2021).

Aké stratégie zvládania používajú sekundárne obeť?

Isolde M. Busch a kol. (2020) prehľadali štúdie publikované do roku 2018 s cieľom zmapovať, aké stratégie zvládania používajú sekundárne obeť v období po nežiaducej udalosti. Identifikovali 26 stratégií, ktoré rozdelili na **stratégie zamerané na riešenie problémov, zamerané na zvládnutie emócií a vyhýbanie**. Najčastejšie sa vyskytovala zmena postoja k práci, precíznejšie dodržiavania odporúčaní a pokynov, venovanie väčšej pozornosti detailom. Spomedzi stratégií zameraných na zvládanie emócií sa najčastejšie vyskytovala sebakritika/vyčítanie si a pozitívne prehodnotenie situácie a spomedzi vyhýbavých stratégií to bolo želanie, aby sa to už skončilo a užívanie psychoaktívnych látok (viď. tabuľka 1).

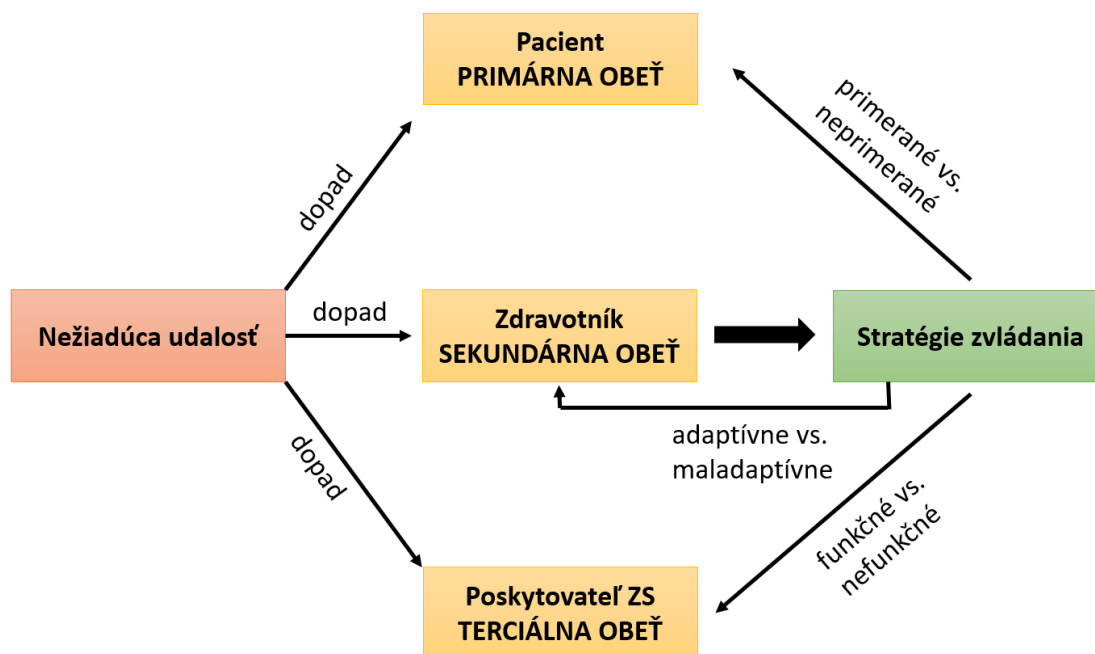
TABUĽKA 1 Stratégie zvládania využívané sekundárnymi obeťami (Busch a kol. 2020)

Stratégia zvládania	Typ stratégie	Výskyt	95% interval spoľahlivosti
Zmena postoja k práci	T	89%	80-94
Precíznejšie dodržiavania odporúčaní a pokynov	T	89%	54-98
Venovanie väčšej pozornosti detailom	T	89%	78-94
Riešenie problémov/Konkrétny akčný plán	T	77%	59-89
Sebakritika, vyčítanie si	E	74%	47-90
Oznámenie chyby zdravotníckemu personálu / rozhovor s / podpora od zdravotníckeho personálu	T/E	72%	58-83
Lepšie sledovanie pacienta/venovanie lepšej pozornosti pacientovi	T	69%	52-82
Ospravedlnenie sa, snaha vynahradiť škody	T/E	65%	43-82
Oznámenie chyby/ rozhovor s/ podpora od nešpecifikovanej osoby	E	63%	48-76
Potvrdenie údajov	T	62%	40-81
Požiadanie kolegov, vedúcich zamestnancov o radu	T	60%	46-72
Snaha mať pod kontrolou emócie	E	56%	30-79
Prianie, aby to skončilo	A	55%	29-78
Vykonávanie práce pomalšie a opatrnejšie	T	54%	34-73
Povedať o tom/ rozprávať sa s priateľom, partnerom, rodinou/ podpora od blízkych osôb	E	47%	29-66
Menej dôverovať iným	A	39%	32-46
Oznámenie chyby a rozhovor s pacientom a jeho rodinou	T/E	38%	25-53
Začať viac čítať	T	36%	20-56
Snaha o odstup od ľudí a diania, dištancovanie	A	28%	19-40
Zmena v spôsobe organizovania informácií	T	27%	4-77
Pozitívne prehodnotenie	E	21%	8-43
Objednávanie ďalších testov	T	20%	10-36
Snaha utajiť chybu/ odmietanie rozprávať o tom	A	18%	12-26
Vyhýbanie sa pacientom, procedúram, situácii	A	15%	8-28
Uvažovanie o ukončení pracovného úväzku	A	14%	9-22
Konzumácia alkoholu, užívanie liekov alebo psychoaktívnych látok	A	8%	3-23

Legenda: T stratégia zameraná na riešenie problémov (task oriented), E stratégia zameraná na zvládanie emocionálneho prežívania (emotion oriented), A vyhýbanie (avoidance)

To, aké stratégie zvládania zvolí sekundárna obeť môže mať priaznivý, ale aj nepriaznivý vplyv na poskytovateľa zdravotníckej starostlivosti (nemocnicu), zdravotníka, ale aj pacientov (Obrázok 8).

OBRÁZOK 8 Stratégie zvládania využívané sekundárnymi obeťami (Busch a kol. 2020, str. e54)



(1) Perspektíva zdravotníka: Z perspektívy zdravotníka, teda sekundárnej obeť, považujeme zvolené stratégie zvládania za **adaptívne**, ak vedú k lepšiemu psychologickému adjustovaniu a zmierňujú prežívanie stresu vyvolaného nežiaducou udalosťou, pomáhajú udržiavať emocionálne, kognitívne a behaviorálne fungovanie zdravotníka. **Maladaptívne** stratégie sú tie, ktoré vyvolávajú alebo udržiavajú prežívanie, premýšľanie a správanie, ktoré majú negatívny vplyv na fungovanie zdravotníka.

(2) Perspektíva pacientov: Berúc do úvahy bezpečnosť pacientov, stratégie zvládania, ktoré podporujú proaktívne profesionálne zručnosti, postoje a správanie a ktoré sú prospešné pre pohodu pacientov a pre vzťah s pacientom považujeme za **primerané** a tie, ktoré vedú k defenzívnej medicíne, agresívnemu správaniu k pacientom, emocionálnemu odstupu od pacientov, narúšajú vzťah s pacientom a zhoršujú spokojnosť pacienta považujeme za **neprimerané**.

(3) Perspektíva poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: Pre poskytovateľa zdravotníckej starostlivosti (napr. pre nemocnicu) sú **funkčnými** stratégiami tie, ktoré facilitujú spoľahlivý a efektívny výkon a zlepšujú odolnosť (resilienciu) systému, ale aj resilienciu zdravotníkov. Nefunkčné stratégie ohrozujú kvalitu a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti a narúšajú odolnosť systému i zdravotníkov (Busch a kol. 2020).

Dysfunkčné stratégie zvládania je možné pozorovať pri dvoch tretinách sekundárnych obeť (Waterman a kol. 2007, Scott a kol. 2009, Burlison a kol. 2016). Zdravotníci sa môžu izolovať, mať tendenciu vyhýbať sa kolegom, môžu prežívať depresiu alebo úzkosť, môžu zneužívať psychoaktívne látky, môžu sa pri výkone svojho povolania uchýľovať k defenzívnej medicíne (Strametz 2021). Môže

sa u nich vyvinúť postraumatická stresová porucha. Môžu dať výpoveď alebo úplne opustiť povolanie zdravotníka a môžu mať suicidálne myšlienky alebo sa pokúsiť o samovraždu.

OBRÁZOK 9 Dysfunkčné stratégie zvládania nežiaducej udalosti sekundárnymi obeťami (Strametz 2021)



Trajektórie vysporiadania sa so skúsenosťou sekundárnej obeť

Aj keď spôsob vysporiadania sa s účasťou na nežiaducej udalosti môže byť u rôznych ľudí rôzny, Susan D. Scott a kol. (2009) popísala **šeststupňovú trajektóriu**, ktorá pomáha zorientovať sa v tom, čo sa obvykle deje. Prvé tri fázy predstavujú obdobie, v ktorom si zdravotník uvedomuje, čo sa vlastne stalo a aké to má alebo môže mať dopady.

(1) Chaos, reakcia na nežiaducu udalosť: V prvej fáze to môžu byť veľmi chaotické reflexie toho, čo sa stalo, prečo sa stalo. Zdravotníci prežívajú vnútorné konflikty, ľahko sa rozrušia, ťažšie sa sústredia.

(2) Vtierať myšlienky: Neskôr sa môžu objaviť vtierať myšlienky a osoba nevie prestať myslieť na to, ako sa to mohlo stať a čo mohla či nemohla urobiť, aby tomu predišla. Snaží sa zrekonštruovať, čo sa stalo a môže mať pocit, že zlyhala, že nemá dostatočné kompetencie pre toto povolanie. Tiež sa môže trápiť obavami, že stratí prácu, reputáciu.

(3) Obnova integrity: V optimálnom prípade sa obeť podarí mobilizovať sociálnu oporu u osôb, ktorým dôveruje (ako sú kolegovia, rodinní príslušníci či priatelia). Možnosť vyrozprávať sa, uchopiť, aký dopad udalosť bude mať na ich súkromný i profesionálny život, mať niekoho, kto ich vypočuje a podporí je dôležitá preto, aby dokázali obnoviť osobnú integritu.

(4) Znášanie vyšetovania: Zdravotník musí zniesť vyšetovanie udalosti, a to môže vyvolať úvahy o potencionálnych dôsledkoch tejto udalosti na jeho profesionálnu kariéru, obavy z možného súdneho sporu, straty zamestnania alebo licencie, finančných dôsledkov. Môže znášať výčitky od kolegov, okolia, rodiny, že bol neopatrný, alebo že je neschopný vykonávať toto povolanie. Môže sa obávať, alebo mať zlú/dobrá skúsenosť s tým, ako sa k celej situácii a k nemu postaví zamestnávateľ.

(5) Poskytnutie psychologickej prvej pomoci. V tom lepšom prípade je zdravotníkovi poskytnutá psychologická prvá pomoc. Obete sa snažia vyhľadať emocionálnu podporu a zvažujú, komu sa môžu bezpečne zveriť, komu dôverovať.

(6) Posun. V istom momente sa jednoducho musia posunúť ďalej. S touto životnou skúsenosťou sa môže zdravotník vyrovnáť tak, že:

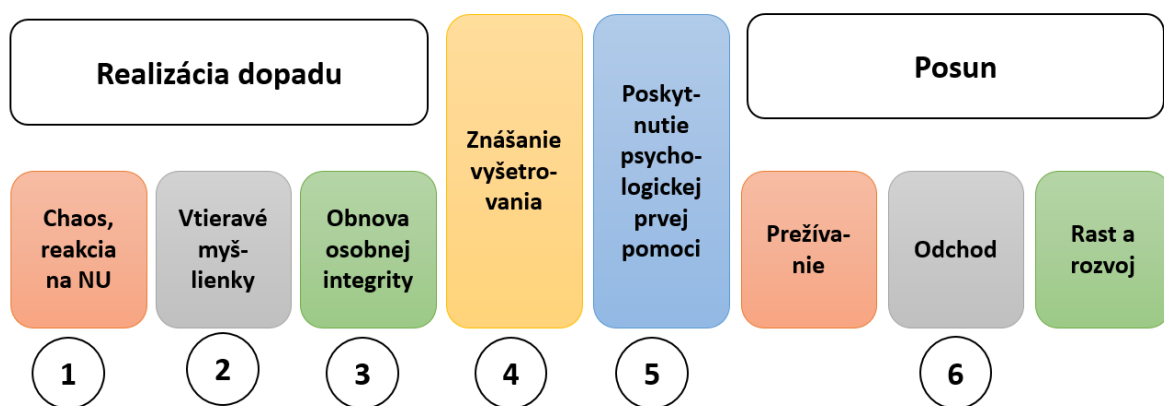
(a) odíde, teda presťahuje sa, dá výpoveď a zmení pracovisko, opustí povolanie a nájde si zamestnanie v inom sektore;

(b) prežíva, teda ostane v zamestnaní, pokúsi sa to prečkať, ale nesie si so sebou emocionálnu záťaž, trápí sa;

(c) túto skúsenosť využije pre rast a rozvoj, snaží sa udržať si rovnováhu medzi súkromným a pracovným životom, snaží sa získať vhlád a dívať sa na udalosť z väčšej perspektívy, neupínať sa na túto jednu udalosť, aktívne sa snaží presadiť iniciatívy zlepšujúce bezpečnosť pacientov (Scott a kol, 2009, Ozeke a kol. 2012).

Trajektória vyrovnávania sa so skúsenosťou sekundárnej obeť závisí od množstva podpory, ktorú dostane po udalosti (Strametz 2021)

OBRÁZOK 10 Trajektória sekundárnych obeť (Scott a kol. 2009)

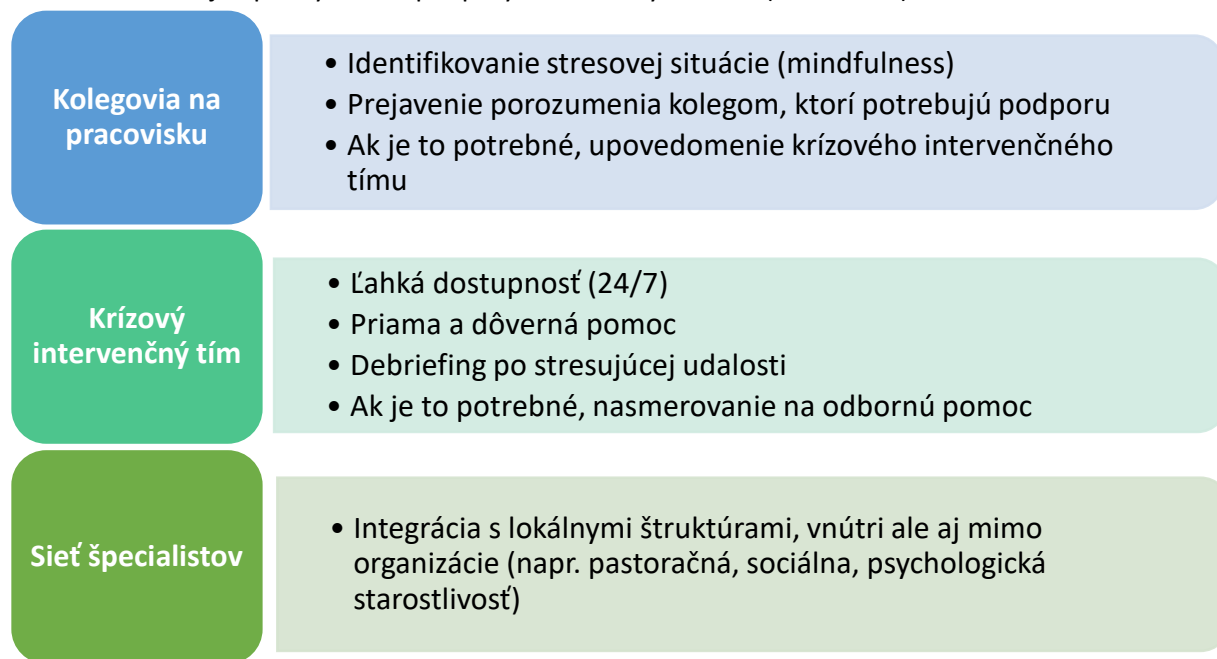


Odporúčané postupy a programy na podporu sekundárnych obeť

Susan D. Scott (2009) je autorkou odporúčaní pre podporu sekundárnych obeť, ktoré vychádzajú zo salutogénnej teórie Aaron Antonovského. Aaron Antonovsky skúmal, ako je možné, že niektorých ľudí skúsenosť z koncentračného tábora traumatizovala a pre iných bola stimulom k posttraumačnému rastu. Schopnosť pretaviť náročnú životnú situáciu na rast a nie na traumu pripisuje zmyslu pre koherenciu/ integritu, teda vnímaniu toho, čo sa nám deje ako niečo zrozumiteľné, zmysluplné a zvládnuteľné.

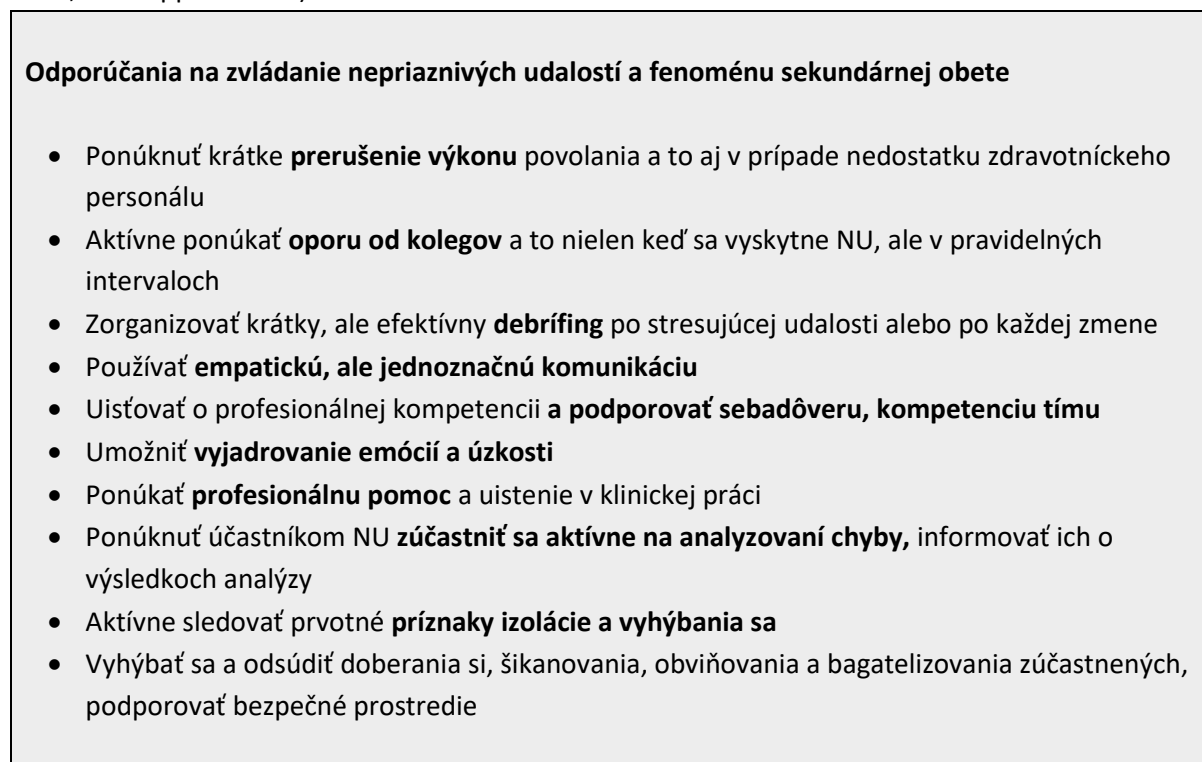
Autori odporúčajú trojstupňovú podporu zdravotníkov, pozostávajúcej z podpory kolegov na pracovisku, v prípade potreby podpory špeciálneho krízového intervenčného tímu dostupného 24 hodín a 7 dní v týždni, a v tom najvyššom stupni podpornej siete odborníkov v rámci či mimo organizácie (Obrázok 11).

OBRÁZOK 11 Trojstupňový model podpory sekundárnych obetí (Scott 2009)



Nasledujúci obrázok (Obrázok 12) je ukážkou konkrétnych krokov, ktoré odborníci odporúčajú uplatniť pri nepriaznivej udalosti na podporu sekundárnej obete, teda zdravotníka účastného danej udalosti s cieľom predísť nežiaducim dopadom na jeho duševné zdravie, ale aj jeho pracovnú kompetenciu a výkon.

OBRÁZOK 12 Odporúčania na zvládanie nepriaznivých udalostí a fenomén sekundárnej obete (Scott 2010, Schwappach 2015)



3.3 TERCIÁRNA OBEŤ

Neúspešné zvládnutie nežiaducej udalosti v organizácii môže mať za následok zhoršené prežívanie a zdravie účastných zdravotníkov, zhoršenie ich kvality života a uspokojenia z práce. Od budúcich pacientom si môžu udržiavať odstup a menej im prejavovať empatiu. Stúpa riziko ďalších pochybení alebo menej kvalitnej zdravotnej starostlivosti kvôli utiekaniu sa k defenzívnej medicíne. Niektorí zdravotníci môžu podať výpovede, čím sa môže ešte navýšiť nedostatok personálu a záťaž. Dôsledkom môže byť aj narušenie kultúry bezpečia a zhoršenie celkovej klímy (Strametz 2021).

Odporúčané postupy a programy na podporu terciárnych obetí

V nasledujúcej časti stručne popíšeme 5 intervencií zameraných na podporu terciárnych obetí na úrovni organizácie, teda nemocnice, pričom každá z týchto intervencií vznikla v inom regióne a inom kontexte a využíva iný prístup k problematike (Fernandes, 2022).

KoHi projekt

Názov: Kollegiale Hilfe/ Psychologická prvá pomoc poskytovaná kolegami

Región: Viedeň, Rakúsko

Typ intervencie: Lokálna intervencia

Organizácia: Klinika v Hietzingu. Táto klinika je verejnou nemocnicou operujúcou v rámci siete Vienna Healthcare Group. Je to jedna z najväčších nemocníc, ktorá sídli vo Viedni a má k dispozícii približne 1000 lôžok, zamestnáva približne 3000 zamestnancov.

Popis intervencie: Program bol uvedený v máji 2019 s cieľom vytvoriť sieť zabezpečujúcu psychologickú prvú pomoc, teda rýchlu asistenciu zdravotníkom konfrontovaným s traumatickou udalosťou. K tomu, aby zamestnanec mohol byť zaradený do siete ako KoHi, teda kolega poskytujúci psychologickú prvú pomoc, musí absolvovať špeciálny tréning. KoHi talks, teda rozhovory KoHi (Kollegiale Hilfe) organizácia rozpoznáva ako súčasť ich pracovnej náplne a striktno rešpektuje ich dôvernosť.

V období od mája 2019 do októbra 2020 bolo vyškolených 95 zamestnancov, aby mohli slúžiť ako KoHi, teda kolegiálna opora a už v tomto období reportovali 10 prípadov, keď poskytovali túto oporu. Okrem kolegiálnej pomoci má organizácia spoluprácu s rôznymi poskytovateľmi odbornej starostlivosti, ktoré KoHi môžu odporučiť zdravotníkovi, ak je to potrebné. Služby týchto poskytovateľov môže využiť zamestnanec aj individuálne, teda bez sprostredkovania skrze KoHi.

MISE program

Názov: Mitigating Impact in Second Victims/ Zmierňovanie dopadov u sekundárnych obetí

Región: Alicante, Španielsko

Typ intervencie: online intervencia, dostupná verejne

Organizácia: Výskumný tím zaoberajúci sa sekundárnymi a terciárnymi obeťami (Grupo de Investigacion en Secundary y Terceras Victimas) koordinovaný Katedrou zdravia v Alicante, ale združujúci výskumníkov z 8 autonómnych komunit v Španielsku

Popis intervencie: Online intervencia v podobe webovej platformy s cieľom prevencie nežiaducich dopadov nežiaducej udalosti na sekundárne obeť. Obsahuje informačnú a intervenčnú časť.

Informačná časť poskytuje základné informácie o koncepte bezpečnosti pacienta, sekundárnej a terciárnej obeť. Intervenčná časť poskytuje popis emocionálnych reakcií zdravotníkov účastných nežiaducej udalosti a odporúčania, ako postupovať v takýchto prípadoch. Nájdete tam aj 15 demonštračných videozáznamov, ako postupovať a ako nepostupovať v takýchto prípadoch v rozličných klinických kontextoch. Webová platforma je dostupná v španielskom a anglickom jazyku.

Odkaz: <https://www.segundasvictimas.es/index.php>

Odkaz: <https://secondvictimscovid19.umh.es/p/home.html>

RISE

Názov: Resilience in Stressful Events

Región: Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA

Typ intervencie: Lokálna intervencia, ktorá sa rozšírila do ďalších kontextov

Organizácia: Nemocnica Johna Hopkinsa v Baltimore má k dispozícii viac ako 1000 lôžok a je to univerzitná nemocnica. Po úspešnej implementácii programu v tejto nemocnici sa v rámci programu „Caring for Caregivers“ rozšírila do ďalších nemocníc v USA.

Popis: Poskytuje prvú psychologickú pomoc, emocionálnu oporu a zdieľa zdroje pre sekundárne obeť skrze interdisciplinárny tím dobrovoľníkov, kolegov-zdravotníkov, ktorí prešli tréningom. Členovia RISE tímu sa striedajú v službách a tým je zabezpečená dostupnosť opory 7/24. V období od roku 2011 do roku 2018 členovia RISE podporili viac ako 3000 zdravotníkov prežívajúcich náročnú situáciu.

Odkaz:

https://www.hopkinsmedicine.org/armstrong_institute/training_services/workshops/Caring_for_the_Caregiver/

Second victim support flow

Názov: Albert Einstein Hospital intervention for Second Victims

Región: Hospital Israelita Albert Einstein, Sao Paulo

Typ intervencie: Lokálna intervencia v skupine nemocníc

Organizácia: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Sao Paulo, Brazil bola v roku 1999 prvou nemocnicou mimo USA, ktorá bola certifikovaná spojenou medzinárodnou komisiou. Pracuje v nej 11 000 zdravotníkov.

Popis: Lokálni manažéri sú trénovaní v rozpoznávaní znakov sekundárnych obeť. Ak je to potrebné, poskytujú psychologickú prvú pomoc a ponúknu dotknutému zamestnancovi-zdravotníkovi aktivovanie plánu starostlivosti, ktorý môže zahŕňať psychologickú alebo psychiatrickú starostlivosť a iné druhy starostlivosti a opory. Manažéri majú k dispozícii aj checklist. Zdravotníci môžu požiadať o pomoc, aj keď sa žiadna nežiaduca udalosť neudeje a tá je k dispozícii 24/7.

forYOUteam

Názov: forYOUteam

Región: University of Missouri Health System (MUHC), USA

Typ intervencie: Lokálna intervencia, ktorá sa rozšírila do ďalších kontextov

Organizácia: MUHC zahŕňa 6 nemocníc a je súčasťou univerzity. Pracuje v nej 5000 zamestnancov.

Popis: forYoU tím poskytuje psychologickú prvú pomoc, podporu v kríze a intervencie zamerané na manažment stresu pre zdravotníkov konfrontovaných s náročnými situáciami. Využívajú trojstupňový model pomoci sekundárnym obetiam. V prvom stupni je poskytovaná psychologická prvá pomoc kolegami na pracovisku. Na druhom stupni je pomoc poskytovaná pod dohľadom zaškoleného „rovesníka“, teda kolegu, referenta pre bezpečnosť pacienta a manažéra kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (risk manager). V treťom stupni je poskytovaná profesionálna odborná pomoc (podpora zamestnancov, kaplán, sociálny pracovník, klinický psychológ). Zdravotníci môžu požiadať forYoU tím o pomoc 24/7 osobne alebo telefonicky.

Odkaz: <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>

4. VYJADROVANIE OBÁV O BEZPEČNOSŤ PACIENTA

Vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta (speaking up) je definované ako vyjadrenie obáv zo strany zdravotníckych pracovníkov v prospech bezpečnosti pacienta a kvality starostlivosti pri rozpoznaní alebo uvedomení si rizikových alebo iných nedostatočných činností v tímoch zdravotnej starostlivosti v nemocničnom prostredí (Okuyama a kol. 2014, Schwapach a kol. 2018, Nickson 2020). V našom prípade si Lucia všimla, že pacienti reagujú na podanie lieku nezvyčajným spôsobom a pri kontrole liečiva zistila, že liek bol nesprávne označený a uložený, čo je určite incident týkajúci sa bezpečnosti pacienta.

Obavy o bezpečnosť, o ktorých je potrebné hovoriť, zahŕňajú pochybenia ako napríklad:

- (1) neodhalenie diagnózy (nepodstúpi diagnostický proces, aj keď uvádza indikujúce symptómy, alebo podstúpi testy, ktoré neodhalia diagnózu) alebo nesprávny klinický záver,
- (2) porušenie pravidiel a nedodržiavanie štandardizovaných protokolov, ako je napríklad porušenie hygienického protokolu,
- (3) nevhodná medikácia alebo chyba pri podávaní lieku,
- (4) rozhodnutia týkajúce sa manažmentu pacienta, ako je oneskorený presun na jednotku intenzívnej starostlivosti alebo
- (5) zastarané bezpečnostné protokoly.

Vzťahuje sa na vyjadrenie obáv PRED konaním alebo opomenutím, a nie PO tom, čo k nemu došlo. Nejde teda o otvorené priznanie alebo ohlásenie pochybenia po nežiaducej udalosti.

4.1 Prečo je vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta tak dôležité pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti?

Ak o obavách, chybách alebo skoro chybách nehovoríme, nepriznávame ich, nemôžeme sa z nich ani poučiť. V literatúre sa spomínajú nasledujúce štyri skupiny dôvodov, prečo je vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta tak dôležité pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (Katz-Navon a kol. 2005, Okuyama a kol. 2014, Rainer 2015):

(1) Bezpečnosť pacienta: Je dôležité zachovať bezpečnosť pacienta. Keďže ochrana pacienta je kľúčovým etickým a morálnym mandátom zdravotníckych pracovníkov, očakáva sa, že budú hlásiť, ak spozorujú niečo, čo vyvolá ich obavy o bezpečnosť pacientov.

(2) Závazok inštitúcie: Zdravotnícke organizácie sú povinné povzbudzovať a umožňovať vyjadrovanie sa personálu na všetkých pozíciách a posilňovať ich záväzok adekvátnou reakciou na vyslovené obavy.

(3) Psychologicky bezpečná klíma: Nehlásenie obáv ohrozuje pocit psychologického bezpečia zdravotníkov, zhoršuje tímovú spoluprácu, zvyšuje riziko fluktuácie zamestnancov a organizácia prichádza o možnosť zlepšovať sa, využívať spätnú väzbu na učenie sa. Vytvorenie psychologicky bezpečného prostredia pre zdravotníkov, v ktorom sa neboja vyjadriť svoje obavy je kľúčovým aspektom bezpečnosti pacientov.

(4) Kvalita poskytovanej starostlivosti a náklady: Nevyužívanie spätnej väzby, či hlásenia obáv alebo návrhov na zlepšovanie procesov ohrozuje kvalitu zdravotnej starostlivosti a zvyšuje náklady organizácie.

Všímavosť a responzivnosť na ohlasovanie obáv je potrebné v organizácii kultivovať. Obavy môže vyjadrovať aj menej skúsený člen tímu alebo niekto v nižšom postavení (napr. sestra vzhľadom na konanie lekára). Reakciou na vyjadrenie obáv môžu byť tzv. rýchle odpovede, pri ktorých by mal tím spozornieť a neuspokojiť sa s nimi (Obrázok 13).

OBRÁZOK 13 Príklady nevhodných reakcií na vyjadrenie obáv o bezpečnosť pacienta



4.2 Je ohlasovanie chýb bežné pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti?

Napriek tomu, že zdravotnícki pracovníci sú povinní hlásiť obavy o bezpečnosť pacienta, napriek tomu, že to má jasnú súvislosť s bezpečnosťou pacienta a kvalitou starostlivosti, štúdie v zdravotníckych zariadeniach ukázali, že tí, ktorí si uvedomujú problém, často buď hovoria a sú ignorovaní, sú presvedčovaní, že ich obavy sú neopodstatnené alebo sa vôbec neozývajú (ISMP 2019).

David Schwapach a Aline Richard (Schwapach a kol. 2018) skúmali výskyt vnímaných obáv o bezpečnosť pacienta a mlčanie vs. hlásenie obáv o bezpečnosť pacientov v štyroch nemocniciach vo Švajčiarsku (979 lekárov a sestier). Obavy o bezpečnosť pacientov boli pomerne časté, 60 až 80 % lekárov a sestier uviedlo, že aspoň raz za posledný mesiac mali obavy o bezpečnosť pacientov. Nevyjadriť svoje obavy, teda mlčať sa rozhodla asi tretina z nich, no ak verili, že by to mohlo zabrániť ohrozeniu pacienta, boli náchylnejší prehovoriť. Svoje obavy o bezpečnosť nahlas vyjadrila viac ako polovica zdravotníckych pracovníkov (tamtiež).

TABUĽKA 2 Výskyt ohlasovania obáv o bezpečnosť pacientov (Schwapach a kol. 2018)

V každodennej práci sa občas stáva, že sa veci pokazia a pacientom vznikajú riziká. Môže to byť dôsledok chybnnej medikácie, zlej hygieny rúk alebo chýbajúcej dokumentácie. Ako často za posledné 4 týždne...	Spolu	Zdravotné sestry	Lekári
... mali ste konkrétne obavy o bezpečnosť pacienta?	80,0	80,4	78,5
... spozorovali ste chybu, ktorá by v prípade nezachytenia mohla byť pre pacientov nebezpečná?	61,9	61,7	62,4
... často ste si všimli, že vaši kolegovia na pracovisku úmyselne alebo neúmyselne nedodržiavajú dôležité pravidlá bezpečnosti pacientov?	65,8	68,5	55,6
... rozhodli ste sa nehovoriť o svojich konkrétnych obavách o bezpečnosť pacienta?	33,4	34,4	29,9
... rozhodli ste sa nehovoriť o svojich nápadoch na zlepšenie bezpečnosti pacientov na vašom oddelení?	39,0	41,1	31,2
... rozhodli ste sa nehovoriť, keď ste mali informácie, ktoré mohli zabrániť bezpečnostnému incidentu na vašom oddelení?	18,8	19,8	14,8
... neoslovili ste kolegu (lekárov a/alebo sestry), ak úmyselne alebo neúmyselne nedodržiaval dôležité pravidlá bezpečnosti pacienta?	39,4	42,7	27,3
... uviedli ste konkrétne obavy o bezpečnosť pacientov?	75,8	76,8	71,7
... riešili ste chybu, ktorá by v prípade nezachytenia mohla byť pre pacientov nebezpečná?	69,6	70,2	67,7
... oslovili ste kolegu (lekárov a/alebo sestry), keď úmyselne alebo neúmyselne nedodržiaval dôležité pravidlá bezpečnosti pacienta?	64,0	66,5	54,5
... zabránili ste incidentu tým, že ste ohlásili svoje konkrétne obavy o bezpečnosť pacienta?	54,5	56,4	47,3

ÚLOHA 2

Vráťte sa na chvíľku k Lucii z nášho príbehu. Ak by Lucia uvažovala o tom, či o svojom podozrení pôjde alebo nepôjde niekoho informovať, čo by jej mohlo zabrániť, aby prehovorila? Čo by ju mohlo presvedčiť, aby to ohlásila?

Dôvody a okolnosti, kvôli ktorým by Lucia mohla váhať informovať hlavnú sestru o svojom podozrení?	Dôvody a okolnosti, kvôli ktorým by sa Lucia mohla rozhodnúť informovať hlavnú sestru o svojom podozrení?

4.3 Prečo (ne)ohlasujeme chyby pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti?

Vyjadriť obavy o bezpečnosť pacienta si vyžaduje vybalansovať snahu o proaktívnosť a konštruktívnosť, ale tiež zohľadnenie možných nepríjemností súvisiacich s hlásením obáv. Je to vysokorizikové konanie, ktoré prináša len malý profit jednotlivcovi (Okuyama a kol. 2014). V ďalšej časti si popíšeme individuálne a situačné bariéry vyjadrovania obáv o bezpečnosť pacientov.

4.4 Individuálne bariéry

Lucia si nemusela byť istá, príznaky pacientov nemuseli súvisieť s podaním nesprávneho lieku, ona sama nebola pri označovaní a uskladňovaní lieku, takže mohla mať pochybnosti o svojom podozrení. Nemusela si byť istá, komu a ako by mala povedať o svojich obavách, či to je v jej kompetencii alebo jej nebudú vyčítať, že zasahovala do kompetencií niekoho iného a že sa miešala tam, kam nemá. Mohla zvažovať, či má zmysel toto svoje podozrenie vyjadriť nahlas, či to pomôže alebo to len vyvolá napätie a konflikty na pracovisku a budú jej to dávať za vinu, bude označená za problémovú. A čo ak sa mýli a vysmejú ju? Môže byť tak unavená zo zlých pracovných podmienok a toxickej atmosféry na pracovisku. Môže si spomenúť na svoju zlú skúsenosť alebo prípad niekoho iného, kto sa ozval a to ju môže odradiť podstúpiť to riziko. Môže sa cítiť príliš mladá, neskúsená a v podriadenej pozícii na to, aby nazbierala odvahu a prehovorila. A možno je jednoducho príliš hanblivá.

OBRÁZOK 14 Individuálne bariéry ohlasovania obáv o bezpečnosť pacientov (Nickson, 2020)

Je moje podozrenie správne, podložené?
Komu a ako to mám povedať?
Aj tak to nič nezmení ...
Netýka sa ma to.
Možno sa mýlim a vysmejú ma
Označia ma za problémovú
Aj tak tu nie som spokojná
Naposledy z toho bol cirkus
Som príliš neskúsená
Ja sa hanbím



Archana Manapragada a Valentine Bruk-Lee (2016) sa pýtali zdravotníkov na ich motívy neprehovoriť v situácii, keď mali obavy o bezpečnosť pacientov. Najprv ich požiadali, aby vybrali a popísali situáciu, v ktorej sa rozhodli mlčať o svojich obavách o bezpečnosť pacientov a následne, aby popísali dôvody, kvôli ktorým sa rozhodli problém neriešiť. Identifikovali šesť motívov takéhoto správania:

(1) Osobné dôvody: Lucia sa môže báť, že prehovorenie môže viesť k jej negatívnemu vnímaniu alebo si ostatní budú myslieť, že je otravná. Tieto motívy uvádzalo 20% respondentov.

(2) Ohľady voči iným: Mohla by sa báť, že kolega zodpovedný za nesúlad s liekmi bude prepustený alebo bude pod tlakom. Tieto motívy uvádzalo 15% respondentov.

(3) Vzťahy s kolegami: Vzťah s ostatnými môže byť ohrozený. Mohla by si predstaviť, že by sa na ňu iní mohli hnevať, a potom môže byť pre ňu ťažké pracovať v tíme. Tieto motívy uvádzalo 10% respondentov.

(4) Atmosféra na pracovisku: Ozývanie sa nemusí byť na jej pracovisku bežné, jej nadriadený to nemusí mať rád, bezpečnosť za cenu nepríjemností spojených s rozprávaním nemusí byť vítaná. Tieto motívy uvádzalo 20% respondentov.

(5) Obsah obáv: Pacienti len zaspávali a nová liečba je buď otázná, takže v skutočnosti nikto nebol skutočne ohrozený, nikto nebol zranený, nie je to život ohrozujúce, mali by teda ona a jej tím podstúpiť takéto nepríjemnosti? Tieto motívy uvádzalo 39% respondentov.

(6) Ohraničenie kompetencií: Napokon, Lucia je veľmi zaneprázdnená a vyčerpaná a kontrola liekov nie je v jej pracovnom predpise, jej úlohou nie je kontrolovať, čo bolo objednané a pripravené – mala by podať infúziu pacientovi a nie robiť súkromný prieskum v sklade liekov. Tieto motívy uvádzalo 20% respondentov.

4.5 Situačné bariéry

Na druhej strane existujú aj situačné bariéry, ktoré zdravotníkom bránia ozvať sa. Je pomerne bežné, že situácia je nejasná alebo nejednoznačná. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nemusí byť odpoveď na otázku, čo je čoho príčinou tak ľahká. Zároveň je to druh práce, pri ktorom sa vyžaduje sústredenie, isté tempo a prerušovanie, zdržovanie, spochybňovanie nie je vítané. Lucia mohla

zvažovať, či spôsobí rozruch, narušenie práce kvôli svojim obavám, ktoré sa mohli ukázať prehnane alebo chybné. Pacienti pokojne spali, takže nič nenaznačovalo riziko ublíženia na zdraví. Mohla byť zavalená povinnosťami a úlohami, preťažená a unavená, teda mohla nemať kapacitu rozmýšľať nad zaspávaním pacientov a pátrať po pôvodnom balení liekov. Na oddelení alebo v nemocnici možno nemajú odporúčania, čo v takom prípade robiť. Ona sama môže považovať za nevhodné pátrať na vlastnú päsť. Jej nadriadený nemusí podporovať hlásenie takýchto obáv, dokonca ho môže trestať. Na pracoviskách, ktoré podporovali otvorené vyjadrovanie obáv sa takéto správanie vyskytovalo častejšie a zdravotníci menej často zamlčovali svoje obavy (Swapach a kol. 2018). Naopak, ak sa zdravotníci obávali negatívnych reakcií, ak mali skúsenosť, že sa ohlásený problém neriešil, zvykli rezignovať a mali tendenciu zamlčať svoje obavy. Kultúra bezpečia je pre pacientov, zdravotníkov i poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vždy oveľa lepšou možnosťou ako kultúra strachu.

Ayoko Okuyama a jeho tím (Okuyama a kol. 2014) skúsili popísať, čo všetko a akým spôsobom ovplyvňuje, či zdravotník prehovorí o svojich obavách o bezpečnosť pacientov alebo ich zamlčí. Ako základ využili model Elisabeth Morrison (2014) popisujúci správanie zamestnancov.

(1) Motivácia pomôcť pacientovi: Dôvodom ozvať sa býva motivácia pomôcť pacientovi a tú uplatníme s väčšou pravdepodobnosťou, ak vnímame vyššie riziko pre pacienta a ak sme si istejší, teda klinická situácia je jednoznačnejšia.

(2) Kontext: Organizácia alebo pracovisko, ktoré podporuje svojich zamestnancov, kde je zvykom sa správať k zamestnancom láskavo a rešpektujúco týmto vytvára podmienky pre otvorenú komunikáciu a hlásenie obáv. Rovnako dôležitá je atmosféra a vzťahy v tíme a to, či vedúci zamestnanci podporujú proaktívne vyjadrovanie obáv.

(3) Zamestnanec: Tí, ktorí sú spokojní so svojou prácou, majú zmysel pre zodpovednosť voči pacientom, lepšie sa stotožňujú so svojou rolou profesionála, cítia sa sebavedomejšie na základe predchádzajúcich pozitívnych skúseností, majú dobré komunikačné schopnosti a vyššie vzdelanie, majú väčšiu tendenciu ozvať sa.

(4) Vnímaná bezpečnosť vs. ohrozenie: K tomu, aby sa zdravotníci rozhodli o svojich obavách otvorene rozprávať, sa potrebujú cítiť bezpečne. Obavy z možnej negatívnej reakcie nadriadeného alebo tímu, obavy z konfliktu alebo straty reputácie môžu zdravotníkom brániť vyjadriť svoje obavy otvorene.

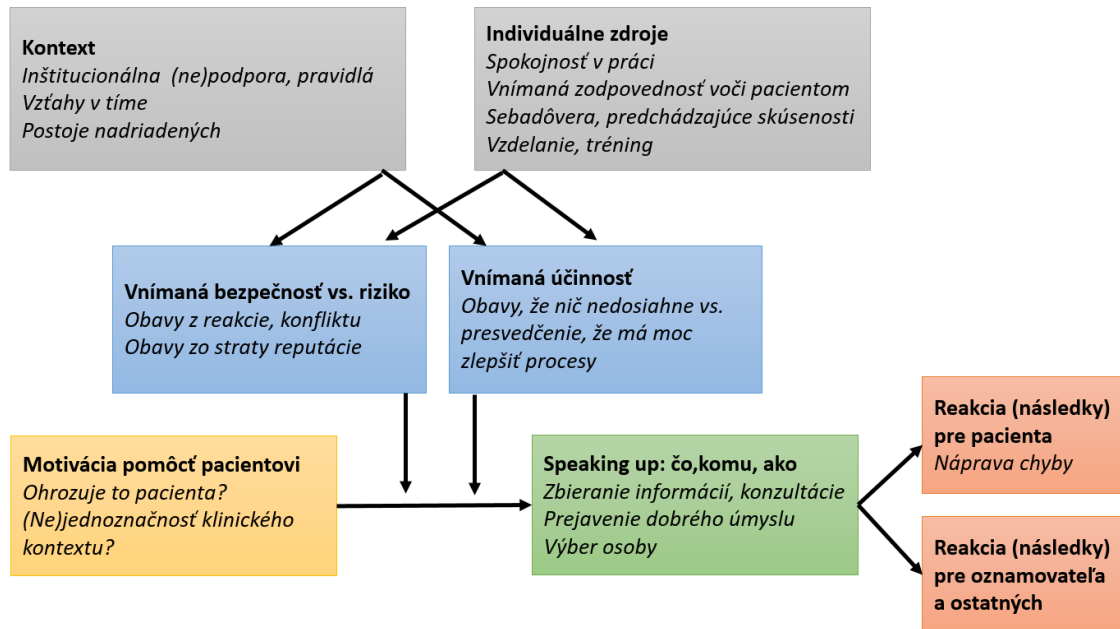
(5) Vnímaná účinnosť ohlásenia: Aby sa rozhodli riskovať možné negatívne dôsledky, musia zdravotníci veriť, že to má zmysel, že to bude mať efekt, musia veriť, že oznámenie má potenciál pomôcť pacientovi, zlepšiť procesy na pracovisku. Naopak presvedčenie, že aj tak sa nič nebude riešiť alebo nevyrieši ich vedie k váhaniu, či to riziko stojí za to.

(6) Vyjadrenie obáv o bezpečnosť pacientov: Samotný akt vyjadrenia obáv o bezpečnosť pacientov môže vyžadovať prípravu a plánovanie. V niektorých situáciách je potrebné konať hneď, napr. upozornenie, že má chirurg v ruke nesprávny nástroj, ale niekedy je problém zložitejší. Najmä ak je situácia nejednoznačná, môže samotnému oznámeniu predchádzať zhromažďovanie informácií, konzultácie, pozorovanie, snaha objasniť situáciu, ale tiež plánovanie, koho osloviť, akým spôsobom to urobiť a ako sformulovať obsah správy, pričom je dôležité zdôrazniť dobrý úmysel.

(7) Dopady na pacientov: V ideálnom prípade po ohlásení obáv sa predíde ohrozeniu bezpečia pacienta, dôjde k náprave, zlepšeniu procesov.

(8) Dopady pre oznamovateľa a ostatných: Vyjadrenie obáv o bezpečnosť pacienta aj v závislosti od toho v akom kontexte, kto, komu a akým spôsobom tieto obavy vyjadrí vedie k nejakej reakcii a má dopady na oznamovateľa i všetkých zúčastnených.

OBRÁZOK 15 Model ohlasovania obáv o bezpečnosť pacientov (Okuyama a kol. 2014)



4.6 Ako je možné facilitovať ohlasovanie chýb pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti?

Keďže nechceme, aby zdravotníci, ktorí sa ozvú, keď majú obavy o bezpečnosť pacienta skončili ostrakizovaní, rezignovaní, aby sa pochybenia kopili až by sme sa nakoniec báli dať hospitalizovať, čo by sme mohli urobiť na vytvorenie a podporu kultúry bezpečnosti? Ako by sme mohli podporiť otvorenú komunikáciu v zdravotníckom prostredí?

K úspešnému komunikovaniu obáv potrebujeme zručnosti a odvahu hovoriť. Tréning asertivity, najmä ak sa realizuje na začiatku vzdelávania môže zdravotníckym pracovníkom poskytnúť potrebné zručnosti. Potrebujeme však aj prostredie so zavedenou a podporovanou kultúrou bezpečnosti, ktoré facilituje používanie získaných zručností (Nickson 2020, Hanson a kol. 2020, Madarasová Gecková 2021). Nedávna štúdia tímu Julia Hanson (Hanson a kol. 2020) preukázala, že výučba asertívnych zručností a vytvorenie prípravného rámca pre „hovorenie o bezpečnosti“ v ranom štádiu študentov ošetrovateľstva môže mať dôležité psychologické dôsledky pre ich sebadôveru, posilnenie a úspech. Stupňovaná asertivita by mohla byť technikou, ktorá umožňuje osobe s nižším postavením (mladšia, menej skúsená, v subordinovanej pozícii) vyhnúť sa konfliktu alebo vyvolaniu defenzívnej reakcie na vyjadrenie obáv o bezpečnosť pacienta na začiatku (pričom umožňuje eskalovať komunikáciu) a zároveň dáva seniorovi šancu napraviť chyby či nedorozumenia a zachovať si tvár. V nasledujúcej časti si predstavíme tri **techniky stupňovanej asertivity**.

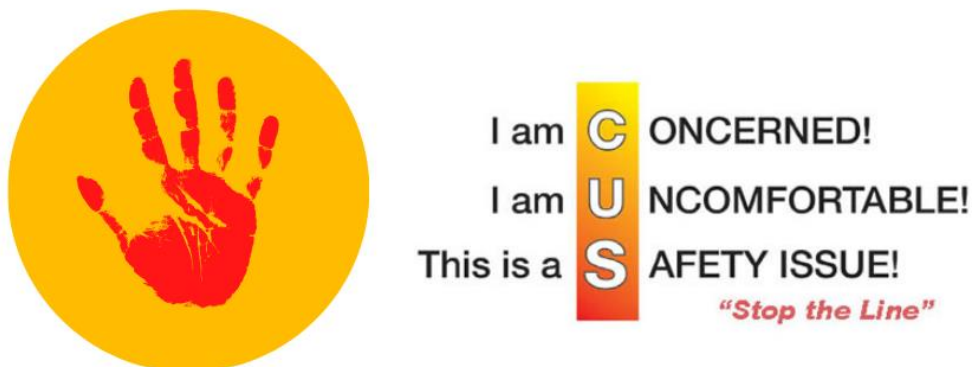
CUSS

Názov tejto techniky je zložením začiatočných písmen stupňov asertívnej komunikácie (Concern, Unsure, Safety, Stop). V prvom stupni osoba vyjadří obavy. Napríklad Lucia by mohla povedať: “Obávam sa, že pacient dostal nesprávny liek.” Ak nedôjde k riešeniu problému, v druhom stupni je

možné obsah správy eskalovať vyjadrením neistoty. Lucia by mohla povedať: “Nie som si istá, či by tieto lieky mali mať sedatívny účinok. Je to divné.” Ak by mala pocit, že jej správa je stále ignorovaná, mohla by použiť ďalší stupeň a pridať informáciu o možnom ohrození pacienta: “Nie je bezpečné podávať tento liek, kým neskontrolujeme s čím súvisí ich sedatívny účinok.”. Posledným stupňom je pokus o zastavenie potencionálne nebezpečného konania. Lucia by mohla v tomto kroku požadovať zastavenie podávania lieku a požiadať o kontrolu procesu. Mohla by povedať: “Nepodávajte pacientom tento liek. Idem zavolať hlavnú sestru (primára) a požiadam ho, aby to skontrolovala”.

OBRÁZOK 16 Technika stupňovanej asertivity CUSS

<https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html>



PACE

Aj v tomto prípade je názov techniky zložený zo začiatkových písmen stupňov asertívnej komunikácie (Probe, Alert, Challenge, Emergency action). V prvom stupni by sa Lucia snažila získať pozornosť a mohla by to skúsiť otázkou: „Viete, že pacienti zaspávajú po liekoch, ktoré by nemali mať sedatívny účinok?“. Ak by to nestačilo, v nasledujúcom stupni by sa snažila upozorniť na svoje obavy: “Ja si naozaj nie som istá, či pacientom podávame správny liek a zámena lieku by mohla ohroziť zdravie pacientov”. Ak by ani to nepomohlo, Lucia by mala formálne vyjadriť svoje obavy ešte raz a spochybniť konanie kolegu: „Váš prístup poškodí pacienta“. Poslednou možnosťou je uistiť sa, či ju kolega vníma (má očný kontakt) a iniciovať núdzové konanie, teda vyžiadať si zastavenie ohrozujúcej aktivity, prevziať úlohu.

OBRÁZOK 17 Technika stupňovanej asertivity PACE

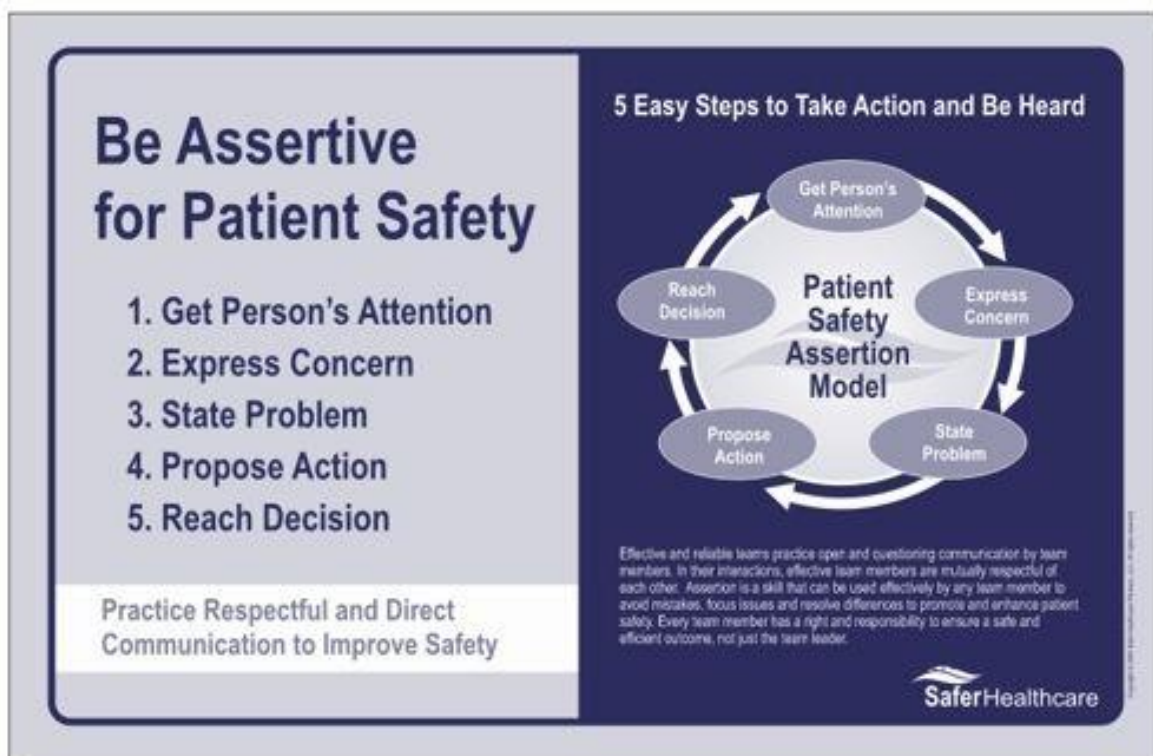
<https://www.pslhub.org/learn/improving-patient-safety/rcog-probe-alert-challenge-and-escalate-model-pace-r2953/>



5-kroková obhajoba

Podobný priebeh má aj 5-kroková obhajoba: začína získaním pozornosti, vyjadrením obáv, stanovením problému, návrhom riešenia a požiadanim o súhlas.

OBRÁZOK 18 Techniky stupňovanej asertivity: 5 kroková obhajoba saferhealthcare.com



Pravidlo dvoch výziev

Pravidlo dvoch výziev má korene v leteckom priemysle a je založené na predpoklade, že všetci členovia tímu, dokonca aj podriadení zdieľajú zodpovednosť za bezpečný výsledok a sú povinní ozvať sa, keď sa im konanie nezdá správne. Toto pravidlo umožňuje jednému členovi posádky automaticky prevziať povinnosti iného člena posádky, ktorý nereaguje na dve po sebe nasledujúce výzvy. Napríklad pilot, ktorý velí riadeniu prestane reagovať, pôsobí zmätene, alebo iným spôsobom dostáva lietadlo do nebezpečnej polohy. Kopilot v prvej výzve overuje, či si je hlavný pilot vedomý ohrozenia. Ak na túto výzvu pilot nezareaguje adekvátne, pokračuje druhou výzvou a ak aj na túto výzvu pilot nezareaguje adekvátne, kopilot prevezme riadenie lietadla.

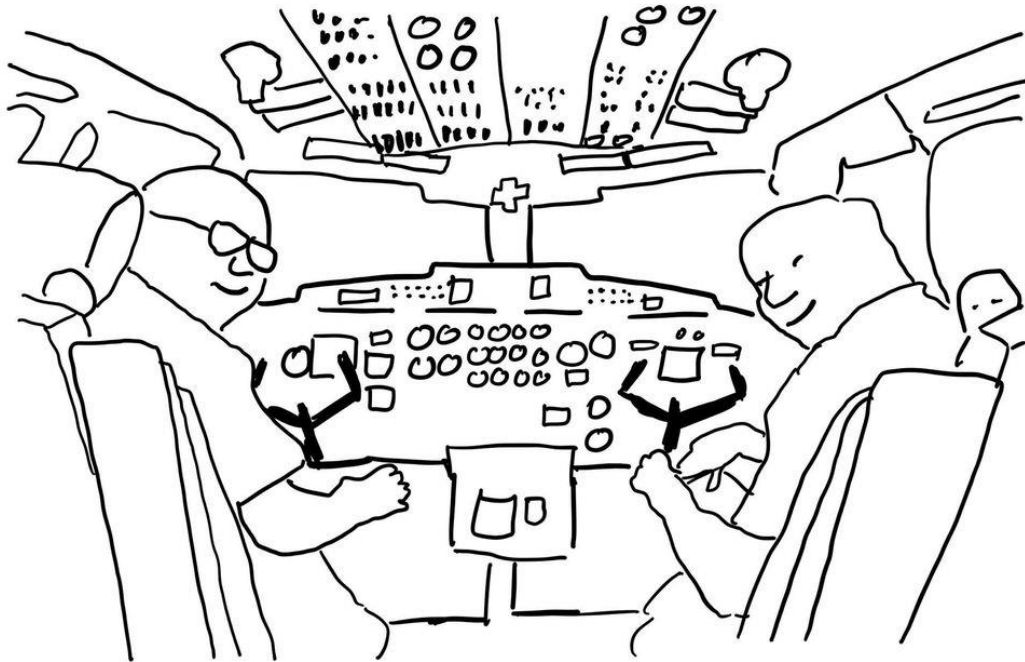
Skúsme tento prístup aplikovať na situáciu v zdravotníctve. Mladší lekár alebo sestra vyjadří obavy týkajúce sa konania staršieho lekára: „Plánujete urobiť spinálnu anestéziu pacientovi XY? V záznamoch má uvedený nízky počet krvných doštičiek. Podľa mojich informácií by sa táto procedúra nemala robiť pacientom, ktorí majú menej ako 100 000 krvných doštičiek a on ich má 80 000. Je to v poriadku?“

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa môže stať, že jedna osoba vyjadří znepokojenie a povie: „Vidím, že plánujete podať tomuto pacientovi spinálnu anestéziu. Má počet krvných doštičiek 80 000. Dozvedel som sa, že by sme nemali robiť spinal, pokiaľ počet nebol aspoň 100 000. Môžete objasniť svoj pohľad?“ Ak od ošetrojúceho anestéziológa nedostane žiadnu odpoveď alebo neprimeranú odpoveď (vid'. obr. 10 Príklady nevhodných reakcií na vyjadrenie obáv o bezpečnosť pacienta), mala

by nasledovať druhá výzva: „Vidím, že plánujete podať spinálne anestetikum, ale obávam sa, že počet krvných doštičiek je príliš nízky pre takýto zákrok. Myslím, že je to nebezpečné a mali by sme urobiť celkovú anestéziu. Aký je Váš názor?“. Ak ani táto výzva nevyvolá adekvátnu reakciu, osoba obávajúca sa o bezpečie pacienta by mala vyhľadať nadriadeného alebo inú osobu, ktorá by mohla ochrániť pacienta a vyriešiť problém.

Medzi prostredím, v ktorom sa riadia lietadlá a prostredím, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť je však veľký rozdiel. To čo funguje v letectve, nemusí fungovať v zdravotníctve. Vzťah medzi pilotom a kopolitom je síce hierarchický, ale kedykoľvek môže jeden druhého plne zastúpiť. Mladší lekár alebo zdravotná sestra majú svoje kompetencie v porovnaní so starším lekárom limitované a nemôžu ho plne zastúpiť. Hierarchická štruktúra zdravotníckych tímov je omnoho menej flexibilná. Podmienkou fungovania pravidla dvoch výziev v zdravotníckom prostredí je rešpektujúca reakcia staršieho lekára na výzvu, jeho ochota sa ňou zaoberať (Weller a kol. 2019).

OBRÁZOK 19 Technika stupňovanej asertivity: Pravidlo dvoch výziev



Autor ilustrácie: Tomáš Madaras

4.7 Rozvíjanie kultúry bezpečnosti a otvorenosti komunikácie

Kultúra bezpečnosti (snaha minimalizovať poškodenia pacienta) i kultúra spravodlivosti (profesionálna zodpovednosť za hlásenie chýb a spravodlivé pracovné prostredie) je dôležitá pre bezpečnosť pacientov. Ako ich však rozvíjať a podporovať?

Jennifer Rainer (2015) odporúča:

- (1) častejšie sa rozprávať s personálom o tom, ako sa ozvať,
- (2) vypracovať jasné postupy, odporúčania, aby personál poznal procesy a možnosti, ak vyjadrenie ich obáv o bezpečnosť pacienta nie je rešpektované,
- (3) tréning, napr. hranie rolí, ktoré môže byť príležitosťou vyskúšať, ako zvládnuť náročnú situáciu,
- (4) zdieľať príbehy o situáciách, v ktorých vyjadrenie obáv ochránilo pacientov alebo práve naopak, kde zamlčanie obáv viedlo k ohrozeniu pacienta,
- (5) podporiť žiaduce správanie personálu, podržať ho v ťažkých situáciách.

5. PRIZNANIE CHYBY

Priznanie chyby (open disclosure) možno definovať ako „otvorenú komunikáciu s pacientom (a/alebo jeho blízkou osobou či osobami) o incidente ohrozujúcom bezpečnosť pacienta, ktorý mohol mať za následok alebo mal za následok poškodenie zdravia pacienta, teda bol nežiaducou udalosťou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti“. Výmena informácií medzi zdravotníkom a pacientom môže prebiehať aj počas niekoľkých stretnutí (Clinical Excellence Commission, 2014).

Predstavte si, že hlavná sestra požiadala Luciu, aby informovala pacientov, u ktorých došlo k podaniu nesprávneho lieku. Ak vyjadrenie obáv o bezpečnosť pacienta pred kolegami je tak náročné, o čo náročnejšie bude informovať pacienta a jeho rodinu o pochybení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti? Aj keď je Lucia presvedčená o tom, že pacient by mal byť včas informovaný, môže sa obávať, ako to celé dopadne, ako bude reagovať, či sa nenahnevá, nepodá žalobu. Ako pacient využije informácie, ktoré mu dá? Nepoužije ich proti nej v prípadnej žalobe?

Štúdia Charlesa Vincenta a jeho tímu (Vincent a kol. 1994) identifikovala nasledujúce štyri dôvody pacientov podať žalobu v prípade pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

- (1) Pacient žaluje lekára, pretože chce, aby bol personál potrestaný, aby bola vyhovená **zodpovednosť**.
- (2) Pacient žaluje lekára, lebo chce **vysvetlenie**. Tento motív kombinuje potrebu porozumieť situácii (čo a prečo sa stalo), ale sýti ho aj pocit, že bol pacient ignorovaný, nerešpektovaný.
- (3) Pacient žaluje lekára, lebo chce zabezpečiť, aby sa podobný incident už nezopakoval, chce iniciovať zmeny, ktoré zaručia **bezpečnosť pacientov**.
- (4) Pacient žaluje lekára, lebo chce **náhradu za spôsobené škody**.

Nielen ujma spôsobená pochybením, ale hlavne necitlivé zaobchádzanie a zlá komunikácia sú palivom pre nechcené súdne spory. **Komunikácia s pacientom** je nástrojom, ktorý umožňuje zrealizovať očakávanie pacienta, dospieť k zdieľanému rozhodovaniu a dohode s pacientom o pláne starostlivosti, ale aj zvládnuť nespokojnosť pacienta a predísť sťažnostiam, teda vytvoriť psychologicky bezpečné prostredie pre lekára i pacienta. Hanganu Bianca a kol. (2020) analyzovala 153 sťažností pacientov

podaných v období 2006-2019 v jednom z rumunských regiónov a aj keď komplikácie v liečbe, pochybenie či nedbanlivosť boli častejšie (26-38%), nedostatočné informovanie (16%), pochybenia pri získaní informovaného súhlasu (9%) mali podobný výskyt ako diagnostické chyby či odložená starostlivosť (12%). William McSweeney s kolegami (McSweeney a kol. 2021) skúmal 219 sťažností pacientov z obdobia 2017-2020 na oddelení chirurgie jednej z austrálskych nemocníc. Tri najčastejšie dôvody sťažností boli starostlivosť (46%), komunikácia s lekárom (22%) a (ne)láskavosť starostlivosti (20%). Komunikácia lekára s pacientom má významný podiel na tom, či sa pacient bude sťažovať. Dobře osvojená **schéma medicínskej konzultácie** umožňuje viesť komunikáciu s pacientom tak, aby boli ošetrené kritické aspekty a aby bol vytvorený bezpečný rámec pre lekára, ale aj pre pacienta.

V nasledujúcej časti popíšme odporúčania, ako komunikovať priznanie chyby (NSW Health 2007):

(1) Pacientovi alebo príbuzným by sa mali **včas, otvorene a poctivo poskytnúť informácie** o tom, čo sa stalo.

(2) Lekár alebo zdravotná sestra by mali **incident uznať a vyjadriť ľútosť** nad akoukoľvek ujmom, ktorá v dôsledku incidentu vznikla. Mali by sa vyhnúť špekulatívnym vyhláseniam, priznaniu zodpovednosti alebo určovaniu viny. Prípad bude predmetom vyšetrovania.

(3) Pacient, prípadne jeho blízki by mali byť plne informovaní o skutočnostiach súvisiacich s incidentom a jeho dôsledkami, malo by sa s nimi zaobchádzať s **empatiou, rešpektom a ohľaduplnosťou** a mali by byť podporovaní spôsobom primeraným ich potrebám. Oprávnené požiadavky na **náhradu spôsobených škôd** by mali byť uznané s rešpektom.

(4) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (napr. vedenie nemocnice) by mal rozvíjať **prostredie podporujúce vyjadrovanie obáv a hlásenie incidentov** ohrozujúcich bezpečnosť pacientov, poskytovať školenia a tréningy.

(5) Bezodkladne by mal byť vypracovaný **postup, ako zvládnuť situáciu a ako predísť podobným situáciám** v budúcnosti, pričom primárna obeť by mala byť informovaná o týchto krokoch.

(6) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (napr. vedenie nemocnice) by malo **vypracovať opatrenia reagujúce na udalosť**.

(7) Právo primárnej i sekundárnej obeť na zachovanie dôvernosti by malo byť zabezpečené.

Priznanie chyby musí zahŕňať:

(1) ospravedlnenie alebo vyjadrenie ľúlosti,

(2) informovanie a vysvetlenie toho, čo sa stalo, vrátane skutočných následkov,

(3) príležitosť pre dotknutého pacienta porozprávať sa o svojej skúsenosti a

(4) informovanie o krokoch podniknutých s cieľom riešiť situáciu a zabrániť jej opakovaniu.

5.1 Verejnosť, verejný diskurz

Kultúru poskytovania zdravotnej starostlivosti (kultúru bezpečia, kultúru spravodlivosti), psychologicky bezpečnú atmosféru vedúcu k ochote zdravotníkov využívať svoj plný potenciál ovplyvňuje aj miera zdravotnej gramotnosti populácie a verejný diskurz, teda to, čo o poskytovaní zdravotnej starostlivosti verejnosť vie, čo si o tom myslí, nakoľko realistické sú ich očakávania, ako sa o tejto problematike diskutuje v médiách.

Môžu zdravotníci pri výkone svojho povolania robiť chyby? Každý predsa robí chyby a v bežnom živote sme pripravení to akceptovať. Akceptujeme to, aj keď ide o naše zdravie alebo život v nemocnici? Možno si poviete, že to, že niekto zabudne doma kľúče, alebo hoc aj zabudne vyzdvihnúť dieťa zo škôlky sa nedá porovnávať s liečbou pacienta. Pochybenie lekára nás môže stať život! Je to príliš nebezpečné, a preto chyby nemožno akceptovať.

Dovoľte mi, aby som vám porozprávala príbeh Tatiany Mosio Bongonga, ktorá pred niekoľkými rokmi v Prahe prešla ponad Vltavu na 350 metrov dlhom lane vo výške 35 metrov. Úžasná dáma, neuveriteľný výkon, zvládla to bez bezpečnostného lana, takže akákoľvek chyba ju mohla v každej sekunde stať život. To je presne ten prípad, keď nie sme náchylní akceptovať, že sa môžu vyskytnúť chyby.

Do Prahy pricestovala aj so svojím tímom niekoľko týždňov pred plánovaným vystúpením. Jedna časť tímu sa venovala analyzovaniu situácie, plánovaniu, stavaniu lanovej konštrukcie a keďže je táto úloha náročná, postupne si prizývali ďalších pomocníkov a verbovali i dobrovoľníkov. Druhá časť tímu mala na starosti administratívne a právne záležitosti. Postavenie lanovej konštrukcie nad riekou si vyžadovalo naštudovať predpisy, pripraviť dokumentáciu, získať povolenia, dohodnúť sa so všetkými dotknutými stranami.

Tatiana sa zatiaľ pripravuje, trénuje. Skúša si aj chôdzu ponad Vltavu, ale pri niektorých skúškach má vážne problémy, takže ich musí prerušiť, zapnúť si bezpečnostné lano a počkať na pomoc. Pre takéto situácie je stále pripravený pomocník, ktorý keď zbadá, že Tatiana signalizuje problém, okamžite jej po lane prinesie ďalšie lano, ktorým sa dopraví na zem. Počas príprav Tatianu prišiel navštíviť a podporiť jej bývalý tréner, s ktorým sa radí, ako túto náročnú úlohu zvládnuť. Hudba Tatiane pomáha sústrediť sa, a tak sa rozhodnú pozvať džezovú kapelu, ktorá bude hrať počas jej vystúpenia. Stabilita lanovej konštrukcie je pre Tatianu veľmi dôležitá, a preto najmú skupinu dobrovoľníkov, ktorí majú za úlohu strážiť, aby sa nikto nepriblížil ku kotveniu konštrukcie.

Nadišiel deň vystúpenia. Tatiana kráča po lane s riekou pod ňou, so siluetami stovežatého mesta za jej chrbtom. Hudba hrá iba pre ňu. Dav ľudí obdivujúci jej statočnosť a majstrovstvo ju sleduje a povzbudzuje, zmiera strachom pri každej nerovnováhe jej chôdze a nakoniec ju nadšene víta v cieli. Výnimočný výkon, to nedokáže hocikto a akákoľvek chyba ju mohla stať život!

V prípade Tatiany kráčajúcej po lane vnímame, že aj pri takých perfektných podmienkach a podpore sa chyba môže udiť, máme priestor pre pochopenie, uznanie, ocenenie. Tak prečo tak nevnímame poskytovanie zdravotnej starostlivosti? Zdravotníci sú každý deň nad Vltavou na lane. Nielen chirurgovia, ale aj praktickí lekári robia každý deň rozhodnutia, ktoré môžu spôsobiť ujmu alebo stať život a to aj pri takých na prvý pohľad banálnych úkonoch, ako je návšteva pacienta so soplíkom či preventívka, lebo stačí prehliadnuť symptóm, neopýtať sa, neoveriť, či si rozumieme s pacientom, neposlať ho na nejaké vyšetrenie, nepredpísať alebo naopak predpísať nejaký liek, a môže dôjsť k pochybeniu, ktoré môže mať závažné dôsledky.

Verejnosť im koľkokrát nefandí, nevyjadruje im obdiv a úctu, uvedomujúc si, ako zložité a náročné je poskytovať zdravotnú starostlivosť. Keď Tatiana na lane zneistela, alebo sa rozkývala, zatajili sme dych – ale koľkokrát pacienti hneď vyjadrujú nevôľu, píšú sťažnosti.

Zdravotníci pracujú v nejakom legislatívnom prostredí, majú nastavené pravidlá, ale nikto z nich nemá za chrbtom tím špecialistov, ktorý by sa staral o ich bezpečie a komfort pri práci, lámal si hlavu nad

všetkými nariadeniami a vyhláškami, strážil, aby im nikto nerozkýval systém lán, po ktorom kráčajú. Práve naopak – sú častokrát nútení pracovať v systéme, kde sa všetko neustále mení, sú nejasné pravidlá a nemajú sa na koho obrátiť, ak majú problém alebo potrebujú podporu.

Neustály pokrok v biomedicíne a s tým spojený diskurz o fantastických možnostiach súčasnej medicíny so sebou nesie vysoké očakávania verejnosti, čo všetko medicína dokáže až do miery, ktorá nie je realistická. Zároveň rastie povedomie o právach pacienta a s tým spojené vysoké očakávania verejnosti, ktoré tiež nie sú vždy realistické. No na druhej strane v zdravotníctve dlhodobo chýbajú investície do budov, technológií, pretrváva zúfalý nedostatok kvalitného personálu a financií, čo výrazne obmedzuje možnosti implementovať pokrok v medicíne do praxe. Zdravotnícky personál je často v situácii, keď z objektívnych dôvodov nedokáže fungovať optimálne, nieto naplňať nerealistické očakávania pacientov a, obávajúc sa nespokojnosti pacientov, sa uchýľuje k defenzívnej medicíne, ktorá ohrozuje kvalitu poskytovanej starostlivosti i bezpečnosť pacienta alebo v niektorých prípadoch opúšťa toto povolanie, čím systém prichádza o nedostatkovú vysoko-kvalifikovanú pracovnú silu.

V zdravotníctve neplatí, že kto nič nerobí, nič nepokazí, pretože neposkytnutie zdravotnej starostlivosti alebo poskytnutie defenzívnej medicíny ešte viac ohrozuje zdravie a život pacienta. Pacient je v bezpečnejších rukách v prostredí, kde sa s chybami počíta, kde sa zdravotník cíti dostatočne bezpečne na to, aby ich otvorene priznal a kde sa namiesto nerealistických očakávaní bezchybnosti hľadá spôsob, ako vytvárať bezpečné prostredie a redukovať ich výskyt. Tak ako Tatiana, aj zdravotníci potrebujú stabilnú lanovú konštrukciu, podporný tím a prajné publikum.

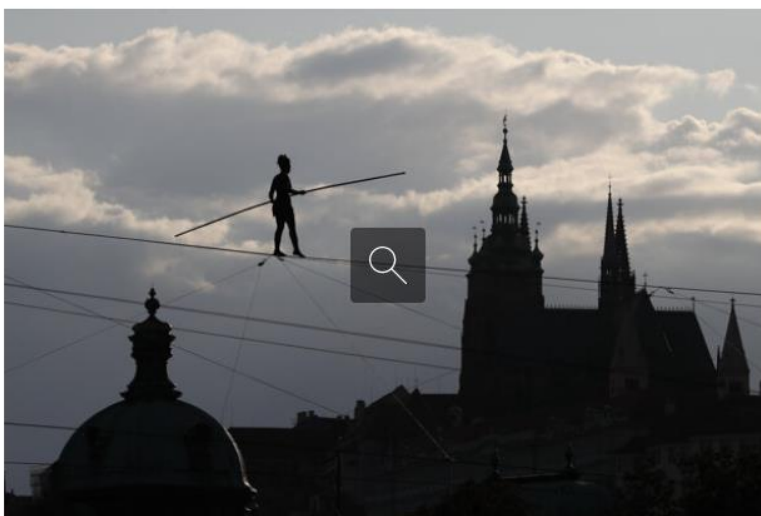
OBRÁZOK 20 Ilustračný obrázok

14. aug 2019 o 20:13

Známa povražolezkyňa prešla po napnutom lane ponad Vltavu

Tatiana-Mosio Bongonga sa venuje povražolezectvu u najväčších majstrov svojho remesla.

TASR
Tlačová agentúra



Tatiana-Mosio Bongonga sa venuje povražolezectvu od svojich deviatich rokov. (Zdroj: SITA/AP)

OTÁZKY

KULTÚRA BEZPEČNOSTI A KULTÚRA SPRAVODLIVOSTI

1.1. Kultúra bezpečnosti sa snaží

- A) o minimalizovanie poškodenia zdravia pacienta
- B) o profesionálnu zodpovednosť za hlásenie chýb a spravodlivé pracovné prostredie
- C) o určenie vinníka a jeho potrestanie

1.2. Kultúra spravodlivosti sa snaží

- A) o minimalizovanie poškodenia zdravia pacienta
- B) o profesionálnu zodpovednosť za hlásenie chýb a spravodlivé pracovné prostredie
- C) o určenie vinníka a jeho potrestanie

1.3. Čo podporuje kultúru bezpečnosti?

- A) zdravotníci, ktorí dodržujú protokoly sú oceňovaní
- B) manažment nemocnice podporuje bezpečnosť pacienta
- C) manažment nemocnice zabezpečí dostatok personálu
- D) určenie zodpovednej osoby a jej potrestanie
- E) zdravotníci sú adekvátne zaplatení za svoju prácu
- F) manažment nemocnice zabezpečí právnu ochranu zdravotníkov

1.4. Čo podporuje kultúru bezpečnosti?

- A) manažment nemocnice zabezpečí dostatok personálu
- B) otvorená komunikácia je pre personál bezpečná
- C) príčiny chýb sa analyzujú a vedú k preventívnym opatreniam
- D) určenie zodpovednej osoby a jej potrestanie
- E) zdravotníci sú adekvátne zaplatení za svoju prácu
- F) manažment nemocnice zabezpečí právnu ochranu zdravotníkov

INCIDENT OHROZUJÚCI BEZPEČNOSŤ PACIENTA

2.1. Ak je incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta ľudskou chybou

- A) zdravotník nemá byť braný na zodpovednosť
- B) príčiny incidentu by mali byť vyšetrené
- C) zdravotník je braný na zodpovednosť
- D) príčiny incidentu nie je nutné skúmať

2.2. Ak je incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta spôsobený riskantným správaním zdravotníka

- A) takéto správanie je v určitých situáciách ospravedlniteľné
- B) okolnosti incidentu by mali byť vyšetrené
- C) zdravotník by mal byť suspendovaný
- D) okolnosti incidentu nie je nutné skúmať

2.3. Ak je incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta spôsobený bezohľadným a nezodpovedným správaním zdravotníka

- A) zdravotník by mal podstúpiť tréning a prácu pod dohľadom
- B) zdravotník je braný na zodpovednosť
- C) zdravotník nemá byť braný na zodpovednosť
- D) zdravotník by mal byť pokarhaný, postupy však pozná, a preto nepotrebuje školenie a dohľad

2.4. Ak je incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta spôsobený preto, že zdravotník bol indisponovaný pre výkon svojho povolania z dôvodu vonkajších vplyvov, ako napríklad intoxikácia

- A) zdravotník je braný na zodpovednosť
- B) zdravotník nemá byť braný na zodpovednosť
- C) zdravotníkovi by mala byť poskytnutá pomoc pri riešení jeho problému zamestnávateľom
- D) zdravotník by mal povinne absolvovať tréning o bezpečnosti pacienta

2.5. Ak je incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta spôsobený úmyselným ohrozením pacienta zdravotníkom s cieľom poškodiť ho

- A) zdravotník by mal byť suspendovaný
- B) takéto správanie je neospravedliteľné
- C) takéto správanie je v určitých situáciách ospravedliteľné
- D) zdravotník by nemal byť suspendovaný

3.1. Primárnou obeťou nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je

- A) dotknutý pacient a jeho blízke osoby
- B) zdravotníci účastní tejto udalosti
- C) inštitúcia, kde k udalosti došlo
- D) budúci pacienti ošetrovaní zdravotníkom, ktorý pochybil

OBETE NEŽIADUCEJ UDALOSTI

3.2 Sekundárnou obeťou nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je

- A) dotknutý pacient a jeho blízke osoby
- B) zdravotníci účastní tejto udalosti
- C) inštitúcia, kde k udalosti došlo
- D) budúci pacienti ošetrovaní zdravotníkom, ktorý pochybil

3.3 Terciárnou obeťou nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je

- A) dotknutý pacient a jeho blízke osoby
- B) zdravotníci účastní tejto udalosti
- C) inštitúcia, kde k udalosti došlo
- D) budúci pacienti ošetrovaní zdravotníkom, ktorý pochybil

3.4. Sekundárnou obeťou je

- A) osoba poskytujúca zdravotnícku starostlivosť, ktorá je priamo alebo nepriamo účastná neočakávaného zhoršenia zdravotného stavu pacienta alebo pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, alebo zranenia pacienta a táto udalosť má na ňu negatívny dopad, cíti sa touto udalosťou dotknutá
- B) osoba, ktorá je svedkom traumatickej udalosti inej osoby a táto skúsenosť traumatizáciou inej osoby v nej vyvoláva nepríjemné prežívanie
- C) osoba vykonávajúca pomáhajúcu profesiu, ktorá sa empaticky angažuje do prežívania traumatickej udalosti inej osoby do tej miery, že sa u nej rozvinie traumatické prežívanie

SEKUNDÁRNA OBEŤ

4.2. Zdravotníci účastní nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti často prežívali

- A) obavy z možných pochybení v budúcnosti
- B) zahanbenie a vinu
- C) úzkosť a hnev
- D) úľavu
- E) prekvapenie
- F) somnolenciu

4.2. Zdravotníci účastní nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti prežívali

- A) obťažujúce spomienky
- B) výčitky svedomia
- C) distres a problémy so spánkom
- D) úľavu
- E) prekvapenie
- F) somnolenciu

4.3. Zdravotníci účastní nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti často využívali tieto stratégie:

- A) zmenili postoj k práci
- B) siahli po alkohole, liekoch alebo psychoaktívnych látkach
- C) venovali viac pozornosti detailom
- D) rozhodli sa cestovať, aby spoznali kultúru v iných krajinách
- E) siahli po vitamínoch a výživových doplnkoch, aby lepšie zvládli záťaž

4.4. Zdravotníci účastní nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti často využívali tieto stratégie:

- A) presnejšie dodržiavali odporúčania a pokyny
- B) prali si, aby to už skončilo
- C) boli k sebe kritickí, vyčítali si svoje nedostatky
- D) rozhodli sa cestovať, aby spoznali kultúru v iných krajinách
- E) siahli po vitamínoch a výživových doplnkoch, aby lepšie zvládli záťaž

4.5. Zdravotníci účastní nežiaducej udalosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti často využívali tieto stratégie:

- A) boli k sebe kritickí, vyčítali si svoje nedostatky
- B) venovali viac pozornosti detailom
- C) pozitívne prehodnotili situáciu
- D) rozhodli sa cestovať, aby spoznali kultúru v iných krajinách
- E) siahli po vitamínoch a výživových doplnkoch, aby lepšie zvládli záťaž

STRATÉGIE ZVLÁDANIA NEŽIADUCEJ UDALOSTI

5.1. Z perspektívy zdravotníka, teda sekundárnej obeť, považujeme zvolené stratégie zvládania za **adaptívne**

- A) ak vedú k lepšiemu psychologickému adjustovaniu a zmierňujú prežívanie stresu vyvolaného nežiaducou udalosťou, pomáhajú udržiavať emocionálne, kognitívne a behaviorálne fungovanie zdravotníka
- B) ak podporujú proaktívne profesionálne zručnosti, postoje a správanie zdravotníka, ktoré sú prospešné pre pohodu pacientov a pre vzťah s pacientom
- C) ak vyvolávajú alebo udržiavajú prežívanie, premýšľanie a správanie, ktoré majú negatívny vplyv na fungovanie zdravotníka

5.2. Z perspektívy zdravotníka, teda sekundárnej obeť, považujeme zvolené stratégie zvládania za **maladaptívne**

- A) ak vyvolávajú alebo udržiavajú prežívanie, premýšľanie a správanie, ktoré majú negatívny vplyv na fungovanie zdravotníka
- B) ak vedú k lepšiemu psychologickému adjustovaniu a zmierňujú prežívanie stresu vyvolaného nežiaducou udalosťou, pomáhajú udržiavať emocionálne, kognitívne a behaviorálne fungovanie zdravotníka
- C) ak vedú k defenzívnej medicíne, agresívnemu správaniu k pacientom, emocionálnemu odstupu od pacientov, narúšajú vzťah s pacientom a zhoršujú spokojnosť pacienta

5.3. Z perspektívy pacientov považujeme zvolené stratégie zvládania za **primerané**

- A) ak podporujú proaktívne profesionálne zručnosti, postoje a správanie zdravotníka, ktoré sú prospešné pre pohodu pacientov a pre vzťah s pacientom
- B) ak vedú k lepšiemu psychologickému adjustovaniu a zmierňujú prežívanie stresu vyvolaného nežiaducou udalosťou, pomáhajú udržiavať emocionálne, kognitívne a behaviorálne fungovanie zdravotníka
- C) ak vedú k defenzívnej medicíne, agresívnemu správaniu k pacientom, emocionálnemu odstupu od pacientov, narúšajú vzťah s pacientom a zhoršujú spokojnosť pacienta

5.4. Z perspektívy pacientov považujeme zvolené stratégie zvládania za **neprimerané**

- A) ak vedú k defenzívnej medicíne, agresívnemu správaniu k pacientom, emocionálnemu odstupu od pacientov, narúšajú vzťah s pacientom a zhoršujú spokojnosť pacienta
- B) ak vyvolávajú alebo udržiavajú prežívanie, premýšľanie a správanie, ktoré majú negatívny vplyv na fungovanie zdravotníka
- C) ak podporujú proaktívne profesionálne zručnosti, postoje a správanie zdravotníka, ktoré sú prospešné pre pohodu pacientov a pre vzťah s pacientom

5.5. Z perspektívy poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (nemocnice) považujeme zvolené stratégie zvládania za **funkčné**, ak

A) facilitujú spoľahlivý a efektívny výkon a zlepšujú odolnosť (resilienciu) systému, ale aj resilienciu zdravotníkov

B) ohrozujú kvalitu a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti a narúšajú odolnosť systému i zdravotníkov

C) podporujú proaktívne profesionálne zručnosti, postoje a správanie zdravotníka, ktoré sú prospešné pre pohodu pacientov a pre vzťah s pacientom

5.5. Z perspektívy poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (nemocnice) považujeme zvolené stratégie zvládania za **nefunkčné**, ak

A) ohrozujú kvalitu a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti a narúšajú odolnosť systému i zdravotníkov

B) facilitujú spoľahlivý a efektívny výkon a zlepšujú odolnosť (resilienciu) systému, ale aj resilienciu zdravotníkov

C) vedú k defenzívnej medicíne, agresívnemu správaniu k pacientom, emocionálnemu odstupu od pacientov, narúšajú vzťah s pacientom a zhoršujú spokojnosť pacienta

TRAJEKTÓRIA SEKUNDÁRNEJ OBETE

6.1. Zaškrtnite odpoveď, ktorá označuje fázy šesťstupňovej trajektórie sekundárnej obete v správnom poradí (Susan D. Scott):

A) chaos, vtieravé myšlienky, obnova integrity, znášanie vyšetrovania, poskytnutie psychologickej prvej pomoci, posun

B) znášanie vyšetrovania, chaos, vtieravé myšlienky, poskytnutie psychologickej prvej pomoci, posun, obnova integrity

C) znášanie vyšetrovania, poskytnutie psychologickej prvej pomoci, chaos, vtieravé myšlienky, obnova integrity, posun

6.2. Pri poskytovaní podpory sekundárnym obetiam sa odporúča

A) ponúknuť im krátke **prerušenie výkonu** povolania a to aj v prípade nedostatku zdravotníckeho personálu

B) zorganizovať krátke, ale efektívny **debríng** po stresujúcej udalosti alebo po každej zmene

C) vyhýbať sa a odsúdiť doberania si, šikanovania, obviňovania a bagatelizovania zúčastnených, podporovať bezpečné prostredie

D) nepodporovať vyjadrovanie emócií a úzkosti, zdôrazňovať potrebu ovládať emócie

E) odporúčať im minimalizovať účasť na vyšetrovaní a vyhýbať sa informáciám o prípade

6.3. Pri poskytovaní podpory sekundárnym obetiam sa odporúča

A) umožniť **vyjadrovanie emócií a úzkosti**

B) uisťovať o profesionálnej kompetencii a **podporovať sebadôveru, kompetenciu tímu**

C) ponúknuť im **zúčastniť sa aktívne na analyzovaní chyby**, informovať ich o výsledkoch analýzy

D) odporúčať im neprerušovať výkon povolania, aby čo najskôr prekonali obavy

E) odporúčať im izolovať sa a vyhýbať sa kolegom z práce

6.4. Pri poskytovaní podpory sekundárnym obetiam sa odporúča

- A) aktívne ponúkať **oporu od kolegov** a to nielen keď sa vyskytne nežiaduca udalosť, ale v pravidelných intervaloch
- B) používať **empatickú, ale jednoznačnú komunikáciu**
- C) ponúkať **profesionálnu pomoc** a uistenie v klinickej práci
- D) aktívne sledovať prvotné **príznaky izolácie a vyhýbania sa**
- E) odporúčať im neprerušovať výkon povolania, aby čo najskôr prekonali obavy

VYJADROVANIE OBÁV O BEZPEČNOSŤ PACIENTA

7.1. Vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta (speaking up) je

- A) vyjadrenie obáv zdravotníkom v prospech bezpečnosti pacienta a kvality starostlivosti pri rozpoznaní alebo uvedomení si rizikových alebo nedostatočných činností v iných tímoch zdravotnej starostlivosti v nemocničnom prostredí
- B) ohlásenie nežiaducej udalosti (poškodenia zdravia pacienta)
- C) podanie sťažnosti vedeniu nemocnice
- D) otvorená komunikácia s pacientom o incidente ohrozujúcom bezpečnosť pacienta, ktorý mohol mať za následok alebo mal za následok poškodenie zdravia pacienta, teda bol nežiaducou udalosťou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

7.2. Prečo je vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta tak dôležité pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti?

- A) zabezpečenie bezpečnosti pacienta
- B) je to záväzok inštitúcie
- C) zlepšuje to reputáciu nemocnice
- D) umožňuje to vyhnúť sa súdnym sporom

7.3. Prečo je vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta tak dôležité pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti?

- A) zachovanie psychologicky bezpečnej atmosféry na pracovisku
- B) zabezpečenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a nižších nákladov
- C) zlepšuje to reputáciu nemocnice
- D) umožňuje to vyhnúť sa súdnym sporom

PRIZNANIE CHYBY 1

8.1. Priznanie chyby (open disclosure) je

- A) vyjadrenie obáv zdravotníkom v prospech bezpečnosti pacienta a kvality starostlivosti pri rozpoznaní alebo uvedomení si rizikových alebo nedostatočných činností v iných tímoch zdravotnej starostlivosti v nemocničnom prostredí
- B) ohlásenie nežiaducej udalosti (poškodenia zdravia pacienta)
- C) podanie sťažnosti vedeniu nemocnice
- D) otvorená komunikácia s pacientom o incidente ohrozujúcom bezpečnosť pacienta, ktorý mohol mať za následok alebo mal za následok poškodenie zdravia pacienta, teda bol nežiaducou udalosťou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

8.2. Pacient často žaluje lekára, pretože

- A) chce, aby bol personál potrestaný, aby bola vyodená zodpovednosť.
- B) chce zabezpečiť, aby sa podobný incident už nezopakoval, chce iniciovať zmeny, ktoré zaručia bezpečnosť pacientov
- C) chce zarobiť a súdny spor je príležitosť
- D) chce dokázať, že má pravdu povzbudený surfovaním na internete

8.3. Pacient často žaluje lekára, pretože

- A) chce vysvetlenie. Tento motív kombinuje potrebu porozumieť situácii (čo a prečo sa stalo) ale sýti ho aj pocit, že bol pacient ignorovaný, nerešpektovaný.
- B) chce náhradu za spôsobené škody.
- C) sa chce pomstiť
- D) chce zničiť reputáciu nemocnice

PRIZNANIE CHYBY 2

9.1. Priznanie chyby (open disclosure) musí zahŕňať

- A) informovanie a vysvetlenie toho, čo sa stalo, vrátane skutočných následkov
- B) príležitosť pre dotknutého pacienta porozprávať sa o svojej skúsenosti
- C) informovanie o právnom zástupcovi zdravotníka
- D) priznanie zodpovednosti a určenie viny

9.2. Priznanie chyby (open disclosure) musí zahŕňať

- A) ospravedlnenie alebo vyjadrenie ľútosti
- B) informovanie o krokoch podniknutých s cieľom riešiť situáciu a zabrániť jej opakovaniu
- C) informovanie o právnom zastúpení nemocnice
- D) príležitosť pre zdravotníka porozprávať o svojej skúsenosti a trápení

LITERATÚRA

1. Bodenheimer T., Sinsky C.: From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):573–576.
2. Burlison J.D., Quillivan R.R., Scott S.D., Johnson S., Hoffman J.M.: The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism. *Journal of Patient Safety,* 2016,17:195-199.
3. Busch I., Moretti F., Purgato M., Barbui C., Wu A., Rimondini M.: Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety.* 2020;16(2): e61-e74.
4. Busch I., Moretti F., Purgato M., Barbui C., Wu A., Rimondini M.: Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *Journal of Patient Safety.* 2020;16(2):e51-e60.
5. Čermák V.: Kultúra spravodlivosti – utópia slovenského zdravotníctva? Právo a manažment v zdravotníctve. 30.9.2020
6. Clinical Excellence Commission. Open disclosure Handbook. Prevention is Better than Cure. Sidney: Clinical Excellence Commission; 2014.
7. de Vries E.N., Ramrattan M.A., Smorenburg S.M., Gouma D.J., Boermeester M.A.: The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(3):216–23.
8. Elfering A., Grebner S., Ebener C.: Workflow interruptions, cognitive failure and near-accidents in health care. *Psychology, Health & Medicine.* 2015;20(2):139-147.
9. Engel K.G., Rosenthal M., Sutcliffe K.M.: Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med.* 2006;81:86-93
10. Fahrenkopf A.M., Sectish T.C., Barger L.K., Sharek P.J., Lewin D., Chiang V.W., Edwards S., Wiedermann B.L., Landrigan C.P.: Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008 Mar 1;336(7642):488-91.
11. Fernandes J. eds.: Trainer Notebook. ERNST Training School. Zagreb 2022, <https://www.cost.eu/>.
12. Frank J. R., et al., eds.: CanMeds Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
13. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anesth Analg.* 2012 Mar;114(3):596-603.
14. Hanganu B., Iorga M., Muraru I., Ioan B.G.: Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them? *Medicina* 2020, 56, 259; doi:10.3390/medicina56060259
15. Hanson J, Walsh S, Mason M, Wadsworth D, Framp A, Watson K. 'Speaking up for safety': A graded assertiveness intervention for first year nursing students in preparation for clinical placement: Thematic analysis. *Nurse Educ Today.* 2020 Jan;84:104252.
16. ISMP: Speaking Up About Patient Safety Requires an Observant Questioner and a High Index of Suspicion. 2019, <https://www.ismp.org/resources/speaking-about-patient-safety-requires-observant-questioner-and-high-index-suspicion>.

17. Katz-Navon T., Naveh E., Sternh Z: Safety Climate in Health Care Organizations: A Multidimensional Approach. *The Academy of Management Journal*. 2002;48:6.
18. Lander L.I., Connor J.A., Shah R.K. a kol.: Otolaryngologists' responses to errors and adverse events. *Laryngoscope* 2006;116:1114–1120.
19. Lee S.E., Dahinten V.S.: Using Dominance Analysis to Identify the Most Important Dimensions of Safety Culture for Predicting Patient Safety. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 21;18(15):7746.
20. Lee S.E., Scott L.D., Dahinten V.S., Vincent C., Lopez K.D., Park C.G.: Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*. 2019;41(2):279-304.
21. Lee SE, Quinn BL. Safety Culture and Patient Safety Outcomes in East Asia: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*. 2020;42(3):220-230.
22. Leonared, M.W., Frankel, A.: The path to safe and reliable healthcare. *Patient Education and Counselling*. 2010;80(3):288-292.
23. Liukka M., Steven A., Vizcaya Moreno M.F., Sara-aho A.M., Khakurel J., Pearson P., Turunen H., Tella S.: Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17,4717.
24. Ludick M., Figley C.R.: Toward a Mechanism for Secondary Trauma Induction and Reduction: Reimagining a Theory of Secondary Traumatic Stress. *Traumatology*. 2017;23:112–123.
25. Ludick, M., & Figley, C. R.: Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 2017, 23(1), 112–123
26. Madarasová Gecková A.: Training of health care professionals to handle difficult situations. Building An European Network for Improving the Resilience of the Healthcare Professionals In Stresful Situations. II. International Forum of the ERNST Consortium, October 2021
27. Manapragada A., Bruk-Lee V.: Staying silent about safety issues: Conceptualizing and measuring safety silence motives. *Accid Anal Prev*. 2016 Jun;91:144-56.
28. Marx D. A.: Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives. New York, NY: Trustees of Columbia University; 2001.
29. McSweeney W., Leaning M., Dastouri D., Parkinson D., Hendahewa R.: It's not you, it's me: a descriptive study of patient complaints and surgeon understanding. *ANZ Journal of Surgery* 2021,91(10):1991-1995
30. Mira J.J., Carrillo I., Lorenzo S, et al.: The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:151–160.
31. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, Ferrús L; Spanish Second Victim Research Team. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *J Med Internet Res*. 2017 Jun 8;19(6):e203. doi: 10.2196/jmir.7840.
32. Morrison E.W.: Employee Voice and Silence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2014 1:1, 173-197

33. Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 376/2014 z 3. apríla 2014 o ohlasovaní udalostí, ich analýze a na ne nadväzujúcich opatreniach v civilnom letectve, PDF/?uri=CELEX:32014R0376&from=EN dostupné na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT>
34. Nickson Chris: Speaking Up, Home Administration Bullying Nov 3, 2020
35. NSW Health, Quality and Safety Branch, Open Disclosure Guidelines 3 May 2007 http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf
36. Okuyama A., Wagner C., Bijnen B.: Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014 Feb 8;14:61.
37. Ozeke O., Ozeke V., Coskun O., Budakoglu I.I.: Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2019 Aug 12;10:593-603.
38. Pacutova V., Madarasova Geckova A., de Winter A., Reijneveld S.A.: Missed opportunity to strengthen resilience of HCWs 2023
38. Pian-Smith MC, Simon R, Minehart RD, Podraza M, Rudolph J, Walzer T, Raemer D. Teaching residents the two-challenge rule: a simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simul Healthc.* 2009 Summer;4(2):84-91.PMID: 19444045.
40. Rainer J.: Speaking up: factors and issues in nurses advocating for patients when patients are in jeopardy. *Journal of Nursing Care Quality.* 2015;1:53-62.
41. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018 Nov 1;30(9):660-677.
42. Schwapach D., Richard A.: Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ Qual Saf* 2018, 27:827-835
43. Schwappach DL, Gehring K. Frequency of and predictors for withholding patient safety concerns among oncology staff: a survey study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2015 May;24(3):395-403.
44. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2018 Jul 4;18(1):521.
45. Scott S.D., Hirschinger L.E., Cox K.R., McCoig M., Brandt J., Hall L.W.: The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009 Oct;18(5):325-30.
46. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Communication of Critical Test Results.* 2010
47. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Sharing the load. Rescuing the healer after trauma. *Rn Dec.* 2008;71(12):38-40. 42-33.
48. Seys D., Scott S.D., Wu A. et al.: Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:678-687.

49. Slawomirski L., Aaraaen A., Klazinga N.: The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, accessed 26 July 2019).
50. Strametz R., Koch P., Vogelgesang A. et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol.* 2021;16:11.
51. Strametz R.: The second victims' phenomenon. Definition, scope and implications. Webinar for younger researchers from European countries. ERNST Training School, 22.9.2021
52. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: Metodické usmernenie č.03/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti. 10.09.2014.
53. Vanhaecht K., Seys D., Russotto, S., Strametz R., Mira J., Sigurgeirsdóttir S.; Wu A.W., Pölluste K., Popovici D.G., Sfetcu R., Kurt S., Panella M., on behalf of European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST): An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19:16869.
54. Vincent C. et al.: Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *LANCET* 1994;343(8913):1609-1613
55. Waterman A.D., Garbutt J., Hazel E., Dunagan W.C., Levinson W., Fraser V.J., Gallagher T.H.: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007 Aug;33(8):467-76.
56. Weller J.M., Long J.A.: Creating a climate for speaking up. *British Journal of Anaesthesia*, 122 (6): 710e713 (2019)
57. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006 Sep 6;296(9):1071–1078.
58. World Health Organization: Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. 2021, Geneva, Switzerland, ISBN: 9789240032705.
59. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety : forward programme 2005. World Health Organization, 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>

Psychológia zdravia

Vysokoškolský učebný text

Autorky: doc. Mgr. Zuzana Dankulincová, PhD.
Mgr. Daniela Husárová, PhD. et PhD.
prof. Mgr. Andrea Madarasová Gecková, PhD.
Mgr. Jaroslava Kopčáková, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Počet strán: 342
Rozsah: 1 9 AH
Vydanie: prvé

ISBN 978-80-574-0241-1 (e-publikácia)

