



Názov:

**Štandardný preventívny postup so zameraním  
na intervencie rizikových faktorov  
neprenosných ochorení a nadhmotnosť/  
obezitu u znevýhodnených skupín dospelých**

Autori:

**RNDr. JUDr. Hana Vrabcová  
Mgr. MUDr. Viktor Kosmovský, MPH, MHA  
Mgr. Iveta Gondášová, Dipl. a.h.e.**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

## Štandardný preventívny postup so zameraním na intervencie rizikových faktorov neprenosných ochorení a nadhmotnosť/ obezitu u znevýhodnených skupín dospelých

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisii MZ SR pre PpVP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
053	24. október 2023	schválené	15. november 2023

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív:

RNDr. JUDr. Hana Vrabcová; Mgr. MUDr. Viktor Kosmovský, MPH, MHA; Mgr. Iveta Gondášová, Dipl. a.h.e.

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných postupov pre výkon prevencie a odporúčaných postupov pre výkon prevencie MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre PpVP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

#### Recenzenti

**členovia Komisie MZ SR pre PpVP:** Rastislav Bilík, MSc.; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH; MUDr. Darina Haščiková, MPH; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; Mgr. Eva Klimová; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; PhDr. Mária Lévyová; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. František Podivinský, PhD.; Mgr. Iveta Rajničová Nagyová, PhD.; MUDr. Eva Sabolová; Mgr. Henrieta Savinová; Mgr. Soňa Senderáková, Mgr. Robert Ševčík; MUDr. Adriana Šimková, PhD.; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; MUDr. Valéria Vasiľová; doc. MUDr. Viliam Žilínek, CSc.

#### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Ing. Veronika Halmová; Mgr. Michaela Čavojská; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; PhDr. Dominik Procházka, Mgr. Alžbeta Thirerová, Mgr. Anton Moisés

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe“ (kód NFP312041R239)

## Kľúčové slová

preobezita, nadhmotnosť, obezita, komplexná diagnostika, fyzická aktivita, všeobecní lekári, výživa, sedavé správanie, motivácia, stravovacie návyky, prevencia, stratégia, smernice, intervencie, poradenstvo, rizikové faktory, neprenosné ochorenia, zdravotnícki pracovníci, znevýhodnené skupiny, integrované krátke intervencie, model krátkej intervencie 5 P

## Zoznam najbežnejších skratiek

<b>5 P (As)</b>	Pýtať sa, Posúdiť, Poradiť, Pripraviť plán a Pomáhať (Ask, Assess, Advise, Arrange, Assist)
<b>ANAES</b>	Agence française d'accréditation d'évaluation de santé
<b>ANSES</b>	Agence nationale de sécurité sanitaire d'alimentation, de l'environnement et du travail
<b>BMI</b>	Body Mass index (Index telesnej hmotnosti)
<b>BRIEF</b>	Brief intervention for noncommunicable disease risk factors (Krátke intervencie rizikových faktorov neprenosných ochorení)
<b>CBT-OB</b>	Cognitive-behavioural therapy for obesity
<b>CCOHS</b>	Canadian Centre for Occupation Health and Safety
<b>CMAJ</b>	Canadian Medical Association Journal
<b>EAL</b>	Výskum lipidovej abnormality
<b>EASO</b>	European Association for the Study of Obesity
<b>EC</b>	European Commission
<b>ECPO</b>	European Coalition for People living with Obesity
<b>EOSS</b>	Edmonton Obesity Staging System
<b>FA</b>	Fyzická aktivita
<b>GRADE - ADOLOPMENT</b>	Transparentný rámec odvodený od adopcie na vytváranie odporúčaní smerníc WHO
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IOM</b>	Institute of Medicine
<b>IPI</b>	Inštitút pre prevenciu a intervenciu
<b>KVO</b>	Kardiovaskulárne ochorenia
<b>MBS</b>	Metabolický syndróm
<b>MKCH</b>	Medzinárodná klasifikácia chorôb
<b>MRK</b>	Marginalizovaná rómska komunita
<b>MZ SR</b>	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
<b>NAFDL</b>	Nealkoholová tuková choroba pečene
<b>NCD</b>	Neprenosné ochorenia
<b>NICE</b>	The National Institute for Health and Care Excellence
<b>OECD</b>	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
<b>OZ</b>	Občianske združenia pacientov
<b>PAGAC</b>	Physical Activity Guidelines Advisory Committee
<b>PS</b>	Pracovná skupina
<b>SFN</b>	Société française de nutrition
<b>SIGN</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>SKLON</b>	Slovenská koalícia ľudí s obezitou
<b>SOA</b>	Slovenská obezitologická asociácia

<b>SSMG</b>	Société scientifique de médecine générale
<b>TCA</b>	Troubles des comportement alimentaire
<b>TTM</b>	Transtheoretical Model of Behavior Change
<b>ÚVZ SR</b>	Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
<b>WHO</b>	World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
<b>WHR</b>	Waist to Hip Ratio (Pomer medzi obvodom pásu a obvodom bokov)
<b>WOF</b>	World Obesity Federation
<b>ZP</b>	Zdravotnícki pracovníci

## Kompetencie

Odborná spôsobilosť a kompetencie pre zdravotníckych pracovníkov sú vymedzené Nariadením vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností (v zmysle § 33 ods. 8 a § 39 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, Vyhláška MZ SR 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach).

Všeobecný lekár pre dospelých – preventívna, diagnostická a terapeutická činnosť, poradenstvo, edukácia, odoslanie k špecializovanému odborníkovi.

Lekár so vzdelaním (špecializáciou) v odbore obezitológia – odborné vyšetrenie pacienta, rozhodnutie o liečbe, dlhodobé sledovanie pacienta s kontrolou zdravotného stavu, edukácia podrobne: Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku – 2. revízia.

Špecializované ambulancie (endokrinologická, diabetologická, kardiologická, gastroenterologická, angiologická, gynekologická, onkologická, psychiatrická, psychologická) – diagnostická a terapeutická činnosť, edukácia, dlhodobé sledovanie pacienta s kontrolou zdravotného stavu.

Farmaceut – vykonávanie fyzikálnych a biochemických vyšetrení zameraných na primárnu prevenciu a sledovanie účinnosti a bezpečnosti farmakoterapie, ktoré si nevyžadujú ďalšie laboratórne spracovanie, ciele a individuálne poradenstvo podľa výsledkov meraní (zákon č. 362/2011 Z. z. § 20 ods. 2 písm. h). Dispenzácia liekov a dietetických potravín ako informačná a poradenská činnosť (vyhláška č. 129/2012 Z. z. o správnej lekárenskej praxi § 33 ods. 1, 2). Poskytovanie informácií a rád o liekoch a zdravotníckych pomôckach vrátane ich správneho používania. Zapája sa do miestnych a celoštátnych podujatí zameraných na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia (Nariadenie vlády č. 296/2010 § 10 ods. 1 písm. g), i), j).

Sestra – vykonávanie ošetrovateľskej starostlivosti, poradenstvo, edukácia (individuálna alebo skupinová). Podieľa sa na edukácii a motivácii pacienta ku zmene, zabezpečuje aj časť diagnostiky (napr. meranie telesného zloženia).

Nutričný terapeut, asistent výživy – odborné činnosti oblasti fyziologickej a liečebnej výživy, ktoré zodpovedajú rozsahu a obsahu získaného vzdelania.

Rehabilitačný pracovník, fyzioterapeut – rehabilitácia, poradenstvo a edukácia v súvislosti s pohybovou aktivitou.

Verejný zdravotník – prevencia a preventívne stratégie v oblasti verejného zdravia, vzdelávanie populácie, zvyšovanie zdravotnej gramotnosti, individuálne a skupinové poradenstvo a práca

v Poradniach zdravia, ambulantne, alebo v rámci výjazdových poradní s cieľom u každého klienta dosiahnuť pozitívne zmeny rizikového správania prostredníctvom poradenstva a monitorovania vyskytujúcich sa rizikových faktorov v zmysle vyššie citovanej platnej legislatívy (Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. § 21 a zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene niektorých zákonov).

### **Právna úprava obezity ako chronického ochorenia na Slovensku:**

1. Diagnostika a liečba obezity detí je upravená vo Vestníku MZ SR č. 7 z 31. marca 2012 vo forme odborného usmernenia MZ SR o diagnostike a liečbe obezity u detí.
2. Obezita má svoj kód v MKCH-10, ktorá je uvedená v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (§ 3 ods. 1).
3. Obezita ako chronické ochorenie nie je súčasťou prílohy zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotníckej starostlivosti, ktorá upravuje zoznam Prioritných ochorení, hradených zo zdravotného poistenia.
4. V Nariadení vlády č. 777/2004 Z. z. (v znení č. 247/2018 Z. z.), ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia a v jej Prílohe č. 2 sú uvedené ochorenia Tučnota - obezita s kódom MKCH10: E.66.0, E.66.1, E.66.2, E.66.8, E66.9 so 100% úhradou zdravotnej poisťovne, bez spoluúčasti pacienta.
5. Vo vyhláške č. 127/2014 Z. z. čiastka 42 Ministerstva zdravotníctva SR je uvedený Zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poistencom verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia a frekvencia vyšetrení poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti pri vybranej chorobe „nutričné problémy“ s uvedením kódu podľa zoznamu chorôb. Obezita ako ochorenie nie je uvedená.
6. Slovenská republika má od roku 2008 vypracovaný Národný program prevencie obezity, neskôr upravený na Národný akčný plán na prevenciu obezity na roky 2015 – 2025.
7. Ministerstvo zdravotníctva SR schválilo Štandardné klinické a preventívne postupy v zdravotníctve:
  - Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku - 2. revízia (Fábryová a kol., 2023).
  - Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre psychologický manažment dospelých s nadváhou a obezitou (Málková a kol., 2021).
  - Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre chirurgickú liečbu obezity v dospelom veku – 1. revízia (Marko a kol., 2023).
  - Komplexný manažment detského a adolescentného pacienta s obezitou a nadváhou - štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup (Petrocová a kol., 2022).

Pre výkon prevencie:

- Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadhmotnosťou a obezitou s dôrazom na psychologický prístup – 1. revízia (Málková a kol., 2022).
- Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadhmotnosťou a obezitou so zameraním na poradenskú starostlivosť (Vrabcová a kol., 2022).

## Úvod

Preobezita (nadhmotnosť) a obezita sú **zdravotné stavy** vyznačujúce sa abnormálnym a/alebo nadmerným hromadením telesného tuku, ktorý predstavuje riziko pre zdravie (WHO 2019). Obezita je chronické recidivujúce ochorenie (WHO 2022), ktoré slúži ako vstupná brána k celému radu ďalších neprenosných ochorení (NCD) ako je diabetes mellitus 2. stupňa, kardiovaskulárne a onkologické ochorenia. Sú dlhodobým procesom a výsledkom kombinácie genetických, fyziologických, environmentálnych a behaviorálnych faktorov (Príloha č. 1: Čo spôsobuje obezitu, Príloha č. 2: Viete, že sa ľudské telo bráni znižovaniu hmotnosti).

Medzi najdôležitejšie NCD patria kardiovaskulárne ochorenia (ako je srdcový infarkt a mozgová príhoda), rakovina, chronické ochorenia dýchacích ciest (ako je chronická obštrukčná choroba pľúc a astma) a diabetes. Neprenosné choroby postihujú veľké množstvo ľudí v krajinách s nízkymi a strednými príjmami, kde dochádza k viac ako trom štvrtinám celosvetových úmrtí na neprenosné choroby (31,4 milióna).

## Rizikové faktory NCD

WHO identifikovala 5 dôležitých rizikových faktorov neprenosných ochorení ako hlavné riziká pre zdravie. Patrí medzi nich zvýšený krvný tlak, cholesterol, fajčenie, konzumácia alkoholu a nadhmotnosť. Medzi faktory spojené s vyšším rizikom NCD patria aj ekonomické a sociálne podmienky, označované ako sociálne determinanty zdravia.

Štandard je určený všetkým odborníkom, ktorí v praxi riešia otázky zdravia ľudí (štátna správa, samospráva, dobrovoľnícke organizácie, podporné skupiny a pod.), jeho ochrany a podpory. Vychádza z pravidiel a adopcie vo svete osvedčenej edukačnej praxe založenej na dôkazoch a jej implementácie v špecifických podmienkach znevýhodnených skupín obyvateľstva s akcentom na rovnosť v zdraví.

**Nenahrádza špecifický edukačný prístup k osobám, ktorých komunikačné schopnosti sú oslabené a ktoré trpia poruchami mentálneho a sociálneho rozvoja, majú výrazne oslabené pracovné zručnosti. V tomto prípade cieľová edukovaná populácia má spĺňať štandardy osobnej nezávislosti a spoločenskej zodpovednosti bez známok sociálnej a emočnej deprivácie.**

Dôležitou súčasťou teórie a praxe verejného zdravotníctva je aj rovnosť v zdraví. Každý človek má mať rovnakú príležitosť chrániť a podporovať svoje zdravie a povinnosť chrániť a podporovať zdravie svojich spoluobčanov (Šulcová M., Hegyi L. a kol., 2006).

## Znevýhodnené skupiny

Medzi znevýhodnené skupiny obyvateľov zaradíme napr. zdravotne postihnutých, nezamestnaných, ľudí bez domova, deti a mládež zo sociálne slabých a neúplných rodín, seniorov a rómsku komunitu žijúcu v separovaných a segregovaných osídleniach (Moricová, Bartošovič, Hegyi, 2013). Vo viacerých prácach bolo dokázané, že znevýhodnené skupiny majú horšie predpoklady dožitia ako ostatná časť populácie. Majú ťažšie formy chorôb, chronické choroby a invalidita sa vyskytujú v mladšom veku. Boli opísané aj rozdiely v dostupnosti zdravotníckych služieb a ich kvalite a v poskytovaní preventívnej starostlivosti. Nerovnosti

v zdraví sa prejavujú najmä v niektorých skupinách chorôb, a to: onkologické ochorenia, diabetes, choroby dýchacích ciest, úrazy (Šulcová, Hegyi a kol., 2006).

### **Prevenicia a podpora zdravia WHO (Podpora zdravia a prevenicia chorôb, WHO, 2023)**

Ako preveniciu ochorení označujeme špecifické, populačné a individuálne zásahy v primárnej a sekundárnej prevenicii, ktorej cieľom je minimálna záťaž chorôb a rizikových faktorov.

**Primárna prevenicia** sa zameriava na predchádzanie prejavov choroby (môže zahŕňať aj opatrenia na zlepšenie zdravia prostredníctvom zmeny vplyvu sociálnych a ekonomických determinantov na zdravie; poskytovanie informácií o behaviorálnych a zdravotných rizikách spolu s konzultáciami a opatreniami na osobnej a komunitnej úrovni, výživové doplnky a doplnky stravy, vzdelávanie v oblasti ústnej a zubnej hygieny a klinické preventívne služby, ako je imunizácia a očkovanie detí, dospelých a starších ľudí, ako aj očkovanie alebo post expozičná profylaxia ľudí vystavených prenosnej chorobe).

**Sekundárna prevenicia** včasným odhalením zlepšuje šance na pozitívne zdravotné výsledky (zahŕňajú činnosti ako sú skriningové programy založené na dôkazoch, na včasné zistenie chorôb alebo na preveniciu infekčných malformácií; preventívne liekové terapie so zvýšenou účinnosťou, keď sa podávajú pri ochorení).

Aktivity primárnej prevenicie možno zabezpečiť nezávisle od budovania kapacít v zdravotníckych službách, v prípade sekundárnej prevenicie to tak nie je. Skrining a včasná detekcia má obmedzenú hodnotu (a môže byť dokonca pre pacienta škodlivá), ak abnormalitu nemožno rýchlo napraviť alebo poskytnúť služby iných častí systému zdravotnej starostlivosti.

### **Podpora zdravia**

Podpora zdravia umožňuje ľuďom zvýšiť kontrolu nad svojim zdravím a jeho determinantmi zvyšovaním zdravotnej gramotnosti a multisektorových opatrení na zvýšenie zdravého správania. Tento proces zahŕňa aktivity pre širokú komunitu alebo pre populáciu so zvýšeným rizikom niektorých zdravotných následkov. **Podpora zdravia sa zvyčajne zameriava na rizikové faktory správania**, ako je užívanie tabaku, obezita, strava a fyzická nečinnosť, ako aj v oblasti duševného zdravia, prevenicie zranení, kontroly užívania drog, kontroly užívania alkoholu, zdravotného správania súvisiaceho s HIV a sexuálneho zdravia.

**Prevenicia chorôb a podpora zdravia majú mnoho spoločných cieľov a funkcií.** Na koncepcnej úrovni je užitočné charakterizovať **preveniciu** chorôb ako služby primárne sústredené v sektore zdravotnej starostlivosti a **podporu zdravia** ako služby, ktoré závisia od medzisektorových činností a/alebo sa týkajú sociálnych determinantov zdravia.

### **Definovanie zdravotnej gramotnosti (Zdravotná gramotnosť, WHO, 2023)**

Zdravotná gramotnosť sa vo všeobecnosti týka schopnosti jednotlivcov „**získať prístup k informáciám, porozumieť im a využívať ich výhody, ktoré podporujú udržiavanie dobrého zdravia**“ pre seba, svoje rodiny a komunity. Aj keď sa používajú rôzne definície a zdravotná gramotnosť je vyvíjajúci sa koncept, existuje zhoda, že zdravotná gramotnosť **znamená viac ako len schopnosť „čítať brožúry“, „dohodnúť si stretnutia“, „porozumieť etiketám na potravinách“ alebo „dodržiavať predpísané činnosti“ od lekára** (Deklarácia k implementácii, 2009).

Zdravotná gramotnosť tiež nie je len osobným zdrojom; vyššia úroveň zdravotnej gramotnosti v rámci populácie prináša aj sociálne výhody, napríklad mobilizáciu komunit na riešenie sociálnych, ekonomických a environmentálnych determinantov zdravia. Toto porozumenie čiastočne podnecuje rastúce požiadavky na zabezpečenie toho, aby zdravotná gramotnosť nebola koncipovaná ako zdravotná gramotnosť jednotlivcov, ale aby bola osobitná pozornosť venovaná zabezpečeniu toho, aby vlády a zdravotnícke systémy poskytovali jasné, presné, vhodné a dostupné informácie pre rôzne cieľové skupiny (Rudd, 2015).

## **WHO Odporúčanie na prevenciu a manažment obezity**

V minulom roku prijali účastníci 75. zasadania WHO nové odporúčania na prevenciu a manažment obezity a schválili WHO Akceleračný plán na zastavenie obezity. Súčasný modely poskytovania starostlivosti, ktoré zasahujú len vtedy, keď sa objavia komorbidity súvisiace s obezitou, musia byť nahradené modelmi, ktoré **uznávajú obezitu ako chronické ochorenie** a dokážu sa primerane postarať o tých, ktorí už s obezitou žijú a súčasne prispieť k prevencii nových alebo progresívnych prípadov.

**Nový Rámec poskytovania zdravotníckych služieb pre prevenciu a manažment obezity, vydaný v roku 2023** (Health service delivery framework for prevention and management of obesity, 2023), podporuje rozšírený prístup k prevencii a manažmentu obezity pre všetky vekové kategórie v priebehu života. Usmerňuje integráciu a organizáciu prostredníctvom zdravotného systému a komunity a je založený na princípoch komplexnej zdravotnej starostlivosti. Uvedená koncepcia je **všeobecná a je potrebné ju prispôbiť krajinám alebo regiónom** s prihliadnutím na príjem, vzdelanostnú úroveň, etniká, kultúru, špecifické zdravie a prostredie sociálnej starostlivosti, vysoko rizikové a zraniteľné skupiny a populácie vyžadujúce dodatočné zásahy a podporu. **Musí byť začlenený do národných programov a služieb** a využívať zavedené klinické služby, cesty, politiky, stratégie a prístupy na zlepšenie zdravotných výsledkov v týchto prostrediach. Rámec navrhuje celý rad služieb, ktorými treba predchádzať a **zvládať obezitu organizovanú podľa úrovne starostlivosti** (seba starostlivosť, komunitná starostlivosť, primárna starostlivosť, sekundárna starostlivosť, terciárna starostlivosť a multisektorové intervencie) počas života.

### **Koncept starostlivosti je rozdelený na 5 stupňov:**

- pred počatím a prenatálna starostlivosť,
- deti do 5 rokov veku,
- deti vo veku 5 – 9 rokov,
- dospievajúci vo veku 10 – 19 rokov, a
- dospelí.

Nadhmotnosť a obezita u dospelaj populácie sú väčšinou diagnostikované pri prejavocho komplikácií alebo komorbíd. To signalizuje, že platforma zdravotného systému nie je pripravená na včasný prístup k službám prevencie a manažmentu obezity v priebehu života pacienta. Zvyšuje tiež chorobnosť a úmrtnosť súvisiacu s komplikáciami, pretože tieto budú pravdepodobne diagnostikované až v pokročilom štádiu.



Na úrovni primárnej starostlivosti je vo väčšine zariadení k dispozícii poradenstvo a oportunistický skrining na zistenie včasných odchýlok od normálu (t. j. zmeny BMI a obvodu pása, hladina glukózy v krvi a hladiny lipidov a krvný tlak). Nepoužíva sa však ako populačná intervencia, ale väčšinou sa používa na individuálnej úrovni a často len vtedy, keď sa objavia komorbidity.

Na úrovni sekundárnej starostlivosti je diagnostika obezity, liečba, rehabilitácia a dlhodobá liečba niekedy dostupná ako súčasť starostlivosti o akútne a chronické komorbidity. Na úrovni terciárnej starostlivosti je komplexná liečba obezity a manažment komplikácií alebo komorbidít k dispozícii v niektorých zariadeniach zdravotného systému, ale nie je všeobecne dostupný pre populáciu v núdzi. Preto sa musí vyvinúť kolektívne úsilie, aby boli služby na prevenciu a manažment obezity prístupné, dostupné a cenovo prijateľné, aby sa znížila epidemiologická záťaž obezity v tejto skupine, najmä u zraniteľných skupín obyvateľstva.

### **Neprenosné ochorenia a ich rizikové faktory**

NCD usmrťa každý rok 41 miliónov ľudí, čo zodpovedá 74 % všetkých úmrtí na svete. Každý rok zomrie 17 miliónov ľudí na NCD pred dosiahnutím veku 70 rokov; 86 % týchto predčasných úmrtí sa vyskytuje v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Zo všetkých úmrtí na NCD je **77 % v krajinách s nízkym a stredným príjmom**. Srdcovocievne ochorenia sú príčinou väčšiny úmrtí na neprenosné ochorenia, čiže 17,9 milióna ľudí ročne, po ktorých nasledujú onkologické ochorenia (9,3 milióna), chronické ochorenia dýchacích ciest (4,1 milióna) a diabetes (2,0 milióna vrátane úmrtí na ochorenia obličiek spôsobené diabetom) (Neprenosné ochorenia, WHO, 2023). **Tieto štyri skupiny chorôb predstavujú viac ako 80 % všetkých predčasných úmrtí na NCD.** Užívanie tabaku, fyzická nečinnosť, škodlivé užívanie alkoholu a nezdravá strava zvyšujú riziko úmrtia na neprenosné choroby. Detekcia, skrining a liečba NCD, ako aj paliatívna starostlivosť sú kľúčovými zložkami reakcie.

**Neprenosné choroby (NCD) sú výsledkom kombinácie genetických, fyziologických, environmentálnych a behaviorálnych faktorov.**

**Hlavnými druhmi NCD sú kardiovaskulárne ochorenia** (ako je srdcový infarkt a mozgová príhoda), **onkologické choroby, chronické respiračné ochorenia** (ako je chronická obštrukčná choroba pľúc a astma) **diabetes 2. stupňa a obezita**. Neprenosné choroby **postihujú neúmerne ľudí v krajinách s nízkymi a strednými príjmami**, kde dochádza k viac ako trom štvrtinám celosvetových úmrtí na neprenosné choroby (31,4 milióna).

Deti, dospelí a starší ľudia sú zraniteľní voči rizikovým faktorom, ktoré prispievajú k neprenosným ochoreniam, či už ide o nezdravú stravu, fyzickú nečinnosť, vystavenie tabakovému dymu alebo škodlivé požívanie alkoholu. Tieto choroby sú ovplyvnené faktormi, medzi ktoré patrí rýchla neplánovaná urbanizácia, globalizácia nezdravého životného štýlu a starnutie populácie. Nezdravá strava a nedostatok fyzickej aktivity sa môžu u ľudí prejaviť zvýšeným krvným tlakom, zvýšenou hladinou glukózy v krvi, zvýšenými krvnými lipidmi a obezitou. Tieto metabolické rizikové faktory môžu viesť ku kardiovaskulárnym ochoreniam, ktoré sú hlavnou NCD z hľadiska predčasných úmrtí.

**Ovplyvniteľné správanie**, ako je fajčenie, fyzická nečinnosť, nezdravá strava a škodlivé požívanie alkoholu zvyšujú riziko vzniku neprenosných chorôb. Tabak spôsobuje každoročne viac ako 8 miliónov úmrtí (vrátane následkov pasívneho fajčenia), 1,8 milióna úmrtí ročne sa pripisuje nadmernému príjmu soli/sodíka. Viac ako polovica z 3 miliónov ročných úmrtí, ktoré možno pripísať konzumácii alkoholu, pochádza z neprenosných chorôb, vrátane rakoviny (Globálna záťaž z chorôb, 2019).

**Metabolické rizikové faktory** prispievajú k štyrom kľúčovým metabolickým zmenám, ktoré zvyšujú riziko NCD:

- zvýšený krvný tlak,
- nadhmotnosť/obezita,
- hyperglykémia (vysoká hladina glukózy v krvi), a
- hyperlipidémia (vysoká hladina tuku v krvi).

Pokiaľ ide o úmrtia, ktoré možno pripísať NCD, je hlavným metabolickým rizikovým faktorom zvýšený krvný tlak (ktorému sa pripisuje 19 % celosvetových úmrtí), po ktorom nasleduje zvýšená hladina glukózy v krvi, nadhmotnosť a obezita. Dôležitým spôsobom kontroly NCD je zamerať sa **na zníženie rizikových faktorov spojených s týmito ochoreniami**. **Na zníženie vplyvu neprenosných chorôb na jednotlivcov a spoločnosť je potrebný komplexný prístup**, ktorý vyžaduje, aby všetky sektory vrátane zdravotníctva, financií, dopravy, vzdelávania, poľnohospodárstva, plánovania a iných spolupracovali pri znižovaní rizík spojených s neprenosnými chorobami a podporovali intervencie predchádzať im a kontrolovať ich (Príloha č. 6: Vplyv rizikových faktorov na NCD 2017).

Investovanie do lepšieho manažmentu neprenosných chorôb je rozhodujúce. Manažment neprenosných chorôb zahŕňa detekciu, skrining a liečbu týchto chorôb a poskytovanie prístupu k paliatívnej starostlivosti pre ľudí v núdzi. Zásadné intervencie NCD s vysokým dopadom možno poskytnúť prostredníctvom **prístupu primárnej zdravotnej starostlivosti na posilnenie včasnej detekcie a včasnej liečby**. Dôkazy ukazujú, že takéto intervencie sú vynikajúcou ekonomickou investíciou, pretože ak sa pacientom poskytnú včas, môžu znížiť potrebu drahšej liečby. Agenda 2030 WHO pre trvalo udržateľný rozvoj uznáva neprenosné choroby ako hlavnú výzvu pre trvalo udržateľný rozvoj. V rámci agendy sa hlavy štátov a vlád zaviazali vypracovať do roku 2030 ambiciózne národné reakcie na zníženie predčasnej úmrtnosti na neprenosné choroby o jednu tretinu prostredníctvom prevencie a liečby. WHO zohráva kľúčovú vedúcu úlohu v koordinácii a podpore globálneho boja proti neprenosným chorobám a pri dosahovaní cieľov trvalo udržateľného rozvoja. V roku 2019 Svetové zdravotnícke zhromaždenie **predĺžilo globálny akčný plán WHO na prevenciu a kontrolu neprenosných chorôb na roky 2013 – 2020 do roku 2030** a vyzvalo na vypracovanie plánu implementácie na roky 2023 až 2030 s cieľom **urýchliť pokrok v prevencii a kontrole neprenosných chorôb**. Plán podporuje opatrenia na dosiahnutie súboru **deviatich globálnych cieľov s najväčším vplyvom na prevenciu a manažment neprenosných chorôb**.

## **Správa OECD Zdravotný profil krajiny Slovensko 2021**

Zdravotný stav populácie na Slovensku je ovplyvnený **rizikovými faktormi správania a environmentálnymi rizikovými faktormi** (fajčenie, užívanie alkoholu, nesprávne stravovacie návyky, nízka úroveň fyzickej aktivity). Napriek tomu, že sa **spotreba tabaku** u dospelých v minulom desaťročí vo väčšine krajín znížila, u nás zostala stabilná a v súčasnosti je **v porovnaní s priemerom EÚ vyššia**. Spotreba alkoholu je porovnateľná s priemerom EÚ. **Miery obezity u dospelých a mladistvých** sú na vzostupe a **sú vyššie v porovnaní s priemerom EÚ**, a to sčasti pre nesprávne stravovacie návyky a nízku úroveň fyzickej aktivity. Približne **polovicu všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2019 možno spojiť s rizikovými faktormi správania** vrátane rizík súvisiacich so stravovaním, fajčením tabaku, konzumáciou alkoholu a nízkou fyzickou aktivitou, čo je väčší podiel v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni približne dve z piatich úmrtí. **Environmentálne faktory**, ako znečistenie ovzdušia, prispievajú k výraznému počtu úmrtí, pričom len vystavenie jemným tuhým časticiam (PM2.5) a ozónu súvisí so 7 % všetkých úmrtí. Úmrtia spôsobené znečistením ovzdušia sú spájané hlavne s ochoreniami obehovej sústavy, respiračnými ochoreniami a niektorými druhmi rakoviny.

**Riziká spojené so stravovaním vrátane** nízkeho príjmu ovocia a zeleniny a vysokej spotreby soli prispeli v roku 2019 k 26 % všetkých úmrtí na Slovensku, čo je vysoko nad priemerom EÚ, ktorý je 17 %. Podiely súvisiace so spotrebou tabaku (17 %), spotrebou alkoholu (6 %) a nedostatkom fyzickej aktivity (2 %) sa rovnali priemerom EÚ. Stravovanie na Slovensku by sa mohlo zlepšiť znížením spotreby soli a tukov, a to najmä trans-mastných kyselín a zvýšením príjmu ovocia a zeleniny. Takmer polovica dospelého obyvateľstva (47 %) uviedla, že konzumovala menej ako jeden kus ovocia denne, a podobný podiel (53 %) nekonzumoval zeleninu denne, čo je viac ako vo väčšine krajín EÚ. Len dvaja z troch dospelých splnili odporúčanie WHO týkajúce sa miernej telesnej aktivity v trvaní aspoň 2,5 hodiny týždenne, čo je podobné ako priemer EÚ.

**Miera obezity dospelých** na Slovensku bola v roku 2019 **vyššia ako vo väčšine krajín EÚ** (19 % v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 16 %), čo predstavuje nárast o 3 % od roku 2014. Obezita neúmerne postihuje ľudí s nižším vzdelaním alebo nižším príjmom: 22 % dospelých bez stredoškolského vzdelania bolo v roku 2019 obéznych v porovnaní s 12 % spomedzi najviac vzdelaných osôb. Nadhmotnosť a obezita sa takisto zvyšujú u mladistvých: 18 % 15-ročných trpelo v roku 2018 nadhmotnosťou alebo obezitou (15 % v roku 2014), čo je podobné priemeru EÚ. V rokoch 2016 a 2018 boli zavedené niektoré opatrenia, napríklad kontrola uvádzania nezdravých potravín a nápojov na trh pre deti, ale ich vplyv ešte nebol hodnotený. Historicky Slovensko zaostávalo za ostatnými krajinami EÚ v investovaní do podpory zdravia a prevencie chorôb.

Napriek prijatiu Národného programu podpory zdravia v roku 2014 sú konkrétne **opatrenia na riešenie rizikových faktorov, ako je spotreba tabaku a alkoholu a na prevenciu obezity nad'alej obmedzené**. V roku 2018 vláda otvorila diskusiu o možnosti zavedenia nových daní na sladené nápoje a elektronické cigarety, od čoho sa však v roku 2019 upustilo. Dane na tabakové výrobky sa vo februári 2021 zvýšili, pričom sa v nasledujúcich rokoch očakáva ďalšie zvýšenie.

Zaočkovanosť proti chrípke je u starších ľudí nízka. Hoci je pokrytie očkovaním u detí veľmi dobré, Slovensko má jednu z najnižších mier očkovania proti chrípke u ľudí nad 65 rokov v rámci EÚ, a to napriek štátnemu poisťovnému krytiu vakcíny, ako aj jej podania starším obyvateľom. Môže to sčasti odrážať skutočnosť, že očkovanie proti chrípke sa odporúča, ale je dobrovoľné, zatiaľ čo v prípade iných chorôb je povinné. Len 11,5 % ľudí nad 65 rokov bolo v roku 2019 očkovaných proti chrípke, čo je menej ako tretina priemeru EÚ (42,4 %) a výrazne pod odporúčaním WHO na úrovni 75 %.

**Výdavky na preventívnu starostlivosť sú najnižšie v EÚ** a v roku 2019 predstavovali menej ako 1 % všetkých výdavkov na zdravotníctvo v **porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 2,9 %**. Ak by sa venoval prioritný záujem preventívnej starostlivosti, mohli by nastať výrazné zlepšenia v oblasti zdravia. Krátke edukačné intervencie v špecifickom prostredí znevýhodnených skupín obyvateľstva môžu pomôcť k rovnosti v prístupe k prevencii vzniku mnohých chronických neinfekčných ochorení podmienených nadhmotnosťou a obezitou s dosahom na zdravie jednotlivca i verejnosti. OECD a WHO považujú za prioritu podporu, ochranu a rozvoj zdravia znevýhodnených ľudí, aby sa zabránilo pokračovaniu špirály od choroby k chudobe. Skúsenosti švédskych odborníkov vo verejnom zdravotníctve poukazujú na správnosť podpory zdravia všetkých sociálnych skupín, prioritne tých nižších (Šulcová, Hegyi a kol., 2006).

Zapojenie populácie do aktivít posilňujúcich ich mentálne a fyzické kapacity predstavuje individuálny a spoločenský prínos (vytváranie lepších podmienok pre zdravý spôsob života, zlepšenie zdravotnej gramotnosti, podpora samostatnosti a pod.). Zaistenie dostatku a finančnej dostupnosti zdravých potravín a výživy v priebehu života je jedným z nástrojov v boji s epidémiou obezity, rastom kardiovaskulárnych ochorení a diabetu (Strategický rámec starostlivosti o zdravie 2013 – 2030).

**Rizikové faktory zraniteľnosti môžeme rozdeliť na neovplyviteľné (etnická príslušnosť, vek, pohlavie) a ovplyviteľné (chudoba, zdravie, vzdelanie)**. Nepriaznivé rizikové faktory sa navzájom potencujú a prehlbujú zraniteľnosť nositeľa. **Znevýhodnené, vulnerabilné, marginalizované alebo zraniteľné komunity** sú skupiny obyvateľstva, ktoré z rôznych objektívnych a subjektívnych príčin nemajú rovnaký prístup k vzdelaniu, zdravotnej starostlivosti, zamestnanosti a k ďalším oblastiam spoločenského života (Hegyi, Rizikové faktory zraniteľnosti SZU, 2013).

Byť súčasťou znevýhodnenej skupiny obyvateľstva znamená predovšetkým žiť v chudobe. Z pohľadu Verejného zdravotníctva je významný nielen súčasný stav, ale aj odhadovaný vývoj. Kým u ľudí bez domova sa očakáva len mierny nárast ich počtu, Vaňo odhadol počet Rómov v roku 2020 na 515 000, t. j. 9,5 % slovenskej populácie. S tým súvisí aj vývoj počtu nezamestnaných, pretože s nárastom počtu Rómov sa zvýši aj počet dlhodobo nezamestnaných. Zvlášť významný je ale očakávaný nárast podielu seniorov na celej populácii. Podľa údajov MZ SR (2011) bude podiel seniorov (vek 65+) v roku 2020 16,7 % celej populácie. Segregovaná rómska osada je priestorovo izolované miesto nažívania rómskeho obyvateľstva v chatrčiach, so zdevastovaným prostredím, bez základnej infraštruktúry a v niektorých osadách na Slovensku dokonca bez osvetlenia, vodovodu, kanalizácie, i pumpy. Ešte v 50. rokoch to

boli väčšinou primitívne obydlia zapustené do zeme, dnes sú to jednopriestorové domčeky z dreva alebo nepálených tehál so skromným vybavením, kde často býva aj 15-členná rodina. Rómovia nevlastnia ani pôdu, na ktorej žijú, čiže veľká časť rómskych príbytkov sú nelegálne stavby. Osady sa nachádzajú na okrajoch miest a obcí, najviac v oblasti východného Slovenska. Bytová situácia je v niektorých osadách nevyhovujúca a pod štandardom. Nie v každej osade sú podmienky rovnaké. Významné rozdiely medzi osadami pozorujeme v sociálnoekonomickej a psycho-sociálnej úrovni a úrovni správania jednotlivých rodičov (Gulášová et kol., 2021).

### **Stav zdravia rómskej komunity**

Zdravie je ovplyvňované kultúrou, jej normami a životným štýlom jedincov, z toho vychádzajú riziká pre zdravie. Samozrejme, že s kultúrou, hodnotami a normami rómskej komunity, ktoré sú pre ňu špecifické a z toho vyplývajúci životný štýl Rómov narážame v zdravotníctve na rôzne problémy. Stav zdravia u Rómov je podstatne horší ako u majority, pričom je ovplyvnený sociálnymi problémami. Podľa dostupných zdrojov má približne 95 % Rómov jeden až štyri rizikové faktory ohrozenia zdravia z nesprávneho životného štýlu, fajčenia už v skorom veku, zvýšenou hmotnosťou a nedostatkom pohybu. Rómska populácia v porovnaní s majoritou je postihnutá zvýšeným výskytom kardiovaskulárnych ochorení a hypertenzie s následkom náhlych mozgových príhod a infarktu myokardu, onkologických ochorení (karcinóm pľúc) a diabetes mellitus (15 – 20 % prevalencia v dospelosti). Obezitou trpí 34,2 % Rómov, metabolickým syndrómom až 50 % Rómov s nadhmotnosťou a tabak fajčí 70 % mužov a 60 % žien. Rómovia zomierajú pomerne mladí, nad 65 rokov sa ich dožíva veľmi málo. Stredná dĺžka života je u nich pomerne krátka, len okolo 40 rokov.

Nízka úroveň prevencie a chýbajúca komunikácia s rómskym etnikom formou komunitných sestier patrí k základným faktorom, ktoré ovplyvňujú zlú informovanosť komunity o zdravom životnom štýle. **K rizikovým faktorom, ktoré ovplyvňujú zdravie rómskej komunity môžeme zaradiť všetky negatívne vplyvy na zdravie súvisiace s nesprávnym životným štýlom Rómov,** z čoho vyplývajú ďalšie problémy týkajúce sa zdravotníctva:

- **Sociálna situácia** je u rómskej etnickej skupiny závažná. Nízky štandard bývania, nevyhovujúce environmentálne podmienky, zdevastované a znečistené životné prostredie, nezamestnanosť a nízky príjem, z čoho vyplýva chudoba sú závažnými nepriaznivými problémami populácie, ktoré ovplyvňujú jej zdravotný stav.
- **Nezdravé stravovacie návyky a výživa** – nákup lacných potravín s vysokým obsahom tukov a jednostranná strava s nízkym obsahom vitamínov a vlákniny, strava takmer bez ovocia a zeleniny spôsobuje u rómskeho etnika oveľa častejšie kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus, obezitu, metabolické poruchy a onkologické ochorenia ako u nerómskeho obyvateľstva. Takto kombinovaná strava je pre túto populáciu charakteristická a je závažným faktorom, ktorý prispieva ku vzniku ochorení.
- **Nedostatok pohybu** – v segregovaných rómskych osadách sa u obyvateľov vyskytuje väčšinou 96 % nezamestnanosť, čo je spôsobované nedostatkom vzdelania a izoláciou od nerómskeho obyvateľstva. Nedostatok životných úloh a pracovných aktivít vyvoláva u Rómov nezáujem, flegmatizmus a pohodlnosť, z čoho stúpa obezita komunity. Pohybujú sa len obmedzene, medzi sebou po príbytkoch v osade na úzkom priestranstve, v ktorom žijú. Len zriedka je vidieť Róma pohybovať sa v meste alebo dedine, väčšinou len ak si potrebujú nakúpiť alebo musia navštíviť lekára.

- **Obezita** – vzniká nedostatkom pohybu a prejedaním sa alebo požívaním tučných jedál. Následkom sú kardiovaskulárne ochorenia, hyperinzulinémia, náhle cievne mozgové príhody, hypertriacylglycerolémia, infarkt myokardu, hypertenzia, diabetes mellitus a i.
- **Fajčenie a alkohol** – miera užívania alkoholu a fajčenia sa zvyšuje. Závažným problémom je užívanie týchto látok v gravidite, kedy dochádza k zvýšeniu chorobnosti, rôznym poškodeniam a úmrtiam novorodencov a k predčasným pôrodom plodu. Stúpa výskyt onkologických ochorení, najmä karcinómu pľúc a kardiovaskulárnych ochorení v súvislosti s fajčením. Alkohol je častokrát následok chudoby a spôsobuje poškodenie organizmu, agresivitu a zmeny osobnosti, ktoré sa u rómskeho obyvateľstva prejavujú zvýšenou emocionálnosťou a temperamentom, čo môže vyústiť do rôznych problémov vo vzťahu k okoliu.
- **Závislosť na drogách a liekoch** – sa rozrastá a s ňou stúpa riziko šíriacich sa infekcií HIV a hepatitídy C. V niektorých komunitách sa užívajú drogy na báze organických rozpúšťadiel, hlavne v sociálne slabších vrstvách.
- **Nízka vzdelanostná úroveň** – spôsobuje nedostatočnú úroveň zdravotného uvedomenia, nedostatok vedomostí o správnom životnom štýle a hlavne vysokú mieru nezamestnanosti (Rosinský, 2013) u rómskej etnickej skupiny, čo so sebou prináša taktiež zdravotné problémy komunity.
- **Nevytrvalosť v činnostiach** – je typickou črtou rómskej kultúry. Nevytrvalosť v učení spôsobuje nevzdelanosť, a s tým spojenú nevedomosť jedincov, nevytrvalosť napríklad v liečebnom režime zapríčiňuje zvýšený výskyt chronických ochorení a rezistentných ochorení na lieky, napr. multirezistentnej tuberkulózy. Málokto má činnosť alebo povinnosť, ktorú má rómsky etnik vykonať, dokáže dotiahnuť do konca, čo vyplýva ako sme už spomenuli z hodnôt a noriem jeho kultúry a úrovne jeho myslenia.

**Problém rómskej populácie by sa mal začať riešiť zlepšením ich zlej environmentálnej a sociálnej situácie z pohľadu verejnosti.** Rómske segregované osady sa postupne vylepšujú z pohľadu infraštruktúry a štát poskytuje aj nové príbytky pre obyvateľov osád. Finančne podporované sú aj rodiny so školopovinnými deťmi, aby sa dosiahla vysoká návštevnosť detí na základných školách, a tým sa zabránilo analfabetizmu detí (Shusterová, Uramová, 2006). Edukácia Rómov je potrebná v oblasti: zdravej a správnej výživy a nakupovania potravín, zdravého životného štýlu, prevencie obezity, prevencie ochorení, dodržiavania liečby, rizikového sexuálneho správania, prevencie skorého rodičovstva, ochrany pred pohlavne prenosnými ochoreniami, správnych hygienických návykov, ochrany pred prenosnými infekčnými ochoreniami, ochrany detí vo vonkajšom prostredí a i. (Draganová a kol., 2006).

### **Rómovia v Európe a na Slovensku – opis situácie**

Rómovia sú najviac znevýhodnenou etnickou menšinou v Európe aj na Slovensku. V Európe žije približne 10 až 12 miliónov Rómov (odhad. 6 miliónov sú občania alebo obyvatelia EÚ) a najvyšší podiel rómskej populácie možno nájsť v krajinách strednej a východnej Európy ako Bulharsko (10,3 %), Slovensko (9,1 %), Rumunsko (8,3 %) a Maďarsko (7 %). Významnú rómsku populáciu možno nájsť aj v Španielsku. Podľa prieskumu z roku 2016, ktorý sa uskutočnil v rôznych členských štátoch EÚ vrátane Slovenska, približne 80 % Rómov žije pod hranicou chudoby, 30 % Rómov žije v domácnosti bez vody z vodovodu vo vnútri obydlika alebo žije v obydliach s pretekajúcou strechou, vlhkými stenami, alebo iných obydliach so štruktúrou krytu (Fiľakovská

Bobáková, 2022). Z približne 440 000 Rómov žijúcich na Slovensku viac ako polovica žije v tzv. marginalizovaných rómskych komunitách (MRK), ktoré sa nachádzajú najčastejšie na perifériách alebo mimo obcí. Podľa Atlasu rómskych komunit existuje viac ako 1000 MRK, ktoré sa nachádzajú v určitej priestorovej a sociálnej vzdialenosti od väčšiny populácie. Rómovia žijúci v MRK často zažívajú generačnú chudobu, obmedzený prístup k vzdelávaniu (vrátane predškolského vzdelávania), zamestnaniu, bývaniu a rôznym typom služieb vrátane starostlivosti, programov vzdelávania a starostlivosti v ranom detstve. Podľa zistení EU SILCK MRK realizovaných na Slovensku 2020 je 87 % domácností v MRK ohrozených chudobou, 52 % čelí vážnej materiálnej deprivácii, 58 % nevyhovuje bývanie a 88 % Rómov žijúcich v MRK žije v preľudnených domácnostiach.

### **Všeobecné a odborné poradenstvo pre zdravotníkov**

Roma Support Group vyvinula príručku, ktorá pomôže zdravotníckym pracovníkom lepšie porozumieť nerovnostiam v oblasti zdravia a prekážkam prístupu k zdravotnej starostlivosti pre rómsku komunitu v Spojenom kráľovstve a prijať opatrenia na zlepšenie služieb a vybudovanie vzťahu s komunitou. Poskytuje praktické návrhy osvedčených postupov, ktoré boli vyvinuté s partnermi v Aliancii pre zdravie a pohodu a zameriava sa na praktické opatrenia pre lekárov v prvej línii, vedúcich tímov a komisárov pracujúcich s rómskymi komunitami (Rómsky zdravotný sprievodca, 2022).

Príručka pre Rómov pozostáva z dvoch častí, ktoré sa navzájom dopĺňajú a odporúča činnosti pre špecializovaných lekárov alebo zdravotníckych pracovníkov, ktorí pracujú s členmi rómskej komunity s osobitnými potrebami zdravotnej starostlivosti. Odporúča súbor široko aplikovateľných opatrení pre lekárov, vedúcich miestnych tímov, komisárov, ktorí sa snažia odstrániť bariéry v starostlivosti o rómsku komunitu ako celok. Príručka tiež poskytuje relevantný kontext o rómskej kultúre, jazyku, histórii a o tom, ako môže sociálne vylúčenie ovplyvniť zdravie a načrtáva bežné prekážky prístupu k starostlivosti, s ktorými sa stretávajú rómski pacienti.

### **Znevýhodnené / marginalizované skupiny – vyžadujúce si z hľadiska zdravia osobitý prístup:**

**Rómska populácia** – odhadovaná očakávaná dĺžka života u mužov sa pohybuje v rozpätí 55,3 – 64,4 rokov (celá populácia mužov na Slovensku 71,6) a u žien 59,5 – 71,6 rokov (celá populácia žien na Slovensku 78,8). Determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú v súčasnosti najmä nižšia vzdelanostná úroveň, nedostatočná informovanosť o zdraví a motivácia starať sa o svoje zdravie, nízky štandard osobnej hygieny, nízky štandard komunálnej hygieny, absencia zdrojov pitnej vody, kanalizácie, chýbajúci odvoz smetí, absencia sociálnych zariadení, nízky štandard bývania, nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa, nízka fyzická aktivita, zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov už vo veľmi mladom veku a rozrastajúca sa závislosť na nelegálnych drogách (Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách, 2007).

**Väzenská populácia** – cieľom je zachovať zdravie a dôstojnosť väzňov počas výkonu trestu a rozvíjať ich zmysel pre zodpovednosť. Vybaviť ich schopnosťami, ktoré im neskôr umožnia

úspešnú reintegráciu do spoločnosti a života. Počas trvania výkonu trestu odňatia slobody pôsobí na odsúdeného veľa negatívnych javov, výkon trestu vedie k inštitucionalizácii a má taktiež desocializačný charakter (Mařadek, 2003). Fischer a Škoda (2009) tvrdia, že klient po nástupe do väzenia stojí aj pred viacerými psychosociálnymi problémami. Jeho život začína byť determinovaný materiálnou a psychickou izoláciou. Komunitné ošetrovatel'stvo vo väzenských zariadeniach vyžaduje znalosť problematiky multikultúrneho ošetrovatel'stva. Pri poskytovaní ošetrovatel'skej starostlivosti vo väzenskej komunite sme často konfrontovaní s potrebou uspokojenia potrieb vo všetkých jeho dimenziách a na strane druhej so zákonnými obmedzeniami. Zdravotná starostlivosť (ZS) vo väzniciach sa poskytuje v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, so svojimi špecifikami danými pre väzenské prostredie, podľa zákona NR SR č. 475/2005 Z. z., vyhlášky MS SR č. 368/2008 Z. z., o výkone trestu, zákona NR SR č. 221/2006 Z. z., vyhlášky MS SR č. 437/2006 Z. z., o výkone väzby, interných predpisov a **podľa odporúčaní Rady Európy o Európskych väzenských pravidlách**. ZS je realizovaná prostredníctvom primárnej a komunitnej ZS vo väzenských ambulanciách, lôžkovom oddelení alebo cele, kde je klient väzenskej komunity umiestnený.

V tomto kontexte je **potrebné pripomenúť, že zdravá väzenská populácia je tiež v záujme verejného zdravia. Odsúdení, ktorí opúšťajú väzenia v dobrom zdravotnom stave, sa zaradia do spoločnosti v dobrom zdravotnom stave**. Ak je však prístup k zdravotnej starostlivosti obmedzený tým, že sa väzni musia podieľať na nákladoch na jej poskytovanie, zdravotná starostlivosť vo väzeniach nebude schopná plniť svoju úlohu ochrany spoločnosti.

**Ľudia bez domova** – bez strechy nad hlavou, žijúci v inštitúciách, alebo v neistom ubytovaní s prihliadnutím na dĺžku trvania krízy (absolútni alebo relatívni ľudia bez domova). Presný počet nie je známy, ale zvyšuje sa. Potenciálni ľudia bez domova – sem radíme aj osoby, ktoré čakajú

na prepustenie z rôznych ústavov, väzenia, a takých, ktorí tvoria veľkú skupinu migrantov. Medzi časté choroby patrí epilepsia, choroby kĺbov, hypertenzia, DM2, anémia, často nedostatočne kontrolované, alebo nezistené. Fenomén bezdomovectva je verejno-zdravotnícky a sociálny problém, riešiteľný komplexným prístupom spoločnosti s možnosťou poskytovania starostlivosti priamo v ich komunite.

**Nezamestnaní** – postupujúca sociálna deprivácia marginalizuje dlhodobo nezamestnaných aj vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

**Etnické menšiny, migranti, utečenci, starší ľudia nad 65 rokov** – sú reálne ohrození chudobou, ktorá je spojená so zlým zdravotným stavom, predčasným úmrtím. Ottawská charta podpory zdravia z roku 1986: Predpoklady zdravia sú mier, prístrešie, vzdelanie, potrava, príjem, stály ekonomický systém, trvalo udržateľné zdroje, sociálna spravodlivosť, rovnosť (Šulcová a kol., 2006).



## **Krátke intervencie rizikových faktorov neprenosných ochorení**

**Krátke intervencie sú krátke, štruktúrované, nekonfliktné zásahy na motiváciu a podporu jednotlivcov, aby zväžili a naplánovali zmeny v nezdravom správaní.** NCD sú obrovskou globálnou záťažou, ktorá je zodpovedná za veľký počet predčasných úmrtí a iných ekonomických a sociálnych problémov. **Správa WHO „Best Buys“ (Najlepšia voľba, 2020)** zdôrazňuje krátke intervencie ako **účinný nástroj** na riešenie rizikových faktorov NCD v bežnej populácii. Krátke intervencie nie sú rýchle riešenia, ale **súčasť dlhodobej stratégie zmeny správania** (Neprenosné ochorenia/kľúčové fakty WHO, 2020).

Môžu byť aplikované v širokom spektre prostredí, vrátane primárnej starostlivosti v bežnej populácii, väzniciach a iných prostrediach pre zraniteľné skupiny a prinášajú okamžité zdravotné, ekonomické a sociálne výhody. Napríklad krátke intervencie pre odvykanie môžu jednotlivcom nahradiť ich očakávanú dĺžku života až o 10 rokov, aj znížiť riziko NCD vrátane náhlejšej cievnej mozgovej príhody, onkologických ochorení, chorôb pľúc a ICHS.

WHO zverejnila správy a školiace balíčky zamerané na **model krátkych intervencií 5 As a 5Rs v štyroch hlavných rizikových faktoroch NCD**: fajčenie, alkohol, nezdravá výživa a fyzická nečinnosť. Ich implementácia však zostáva nízka. Na vyriešenie tohto problému WHO vypracovala **manuál pre integrované krátke intervencie pre rizikové faktory NCD** na podporu krajín pri implementácii, zavádzaní a propagácii intervencií v prostredí primárnej zdravotnej starostlivosti. Obsahujú informácie o organizácii zdravotníckych systémov, poskytovaní intervencií, školení a budovaní kapacít pre zdravotníckych pracovníkov, odporúčaniach a následných opatreniach, zdravotnej gramotnosti a stratégiách monitorovania a hodnotenia (Breda, 2020).

**Nové globálne usmernenia na prevenciu a zníženie neprenosných ochorení (NCD)** (Najlepšia voľba WHO, 2023)

**Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) poskytla tvorcom politík stručný a komplexný zoznam odporúčaných intervencií**, známych ako „Najlepšia voľba NCD“ na riešenie neprenosných chorôb (NCD). Tento zoznam sa zameriava na **štyri kľúčové rizikové faktory** (užívanie tabaku, škodlivá konzumácia alkoholu, nezdravá strava a fyzická nečinnosť) a **štyri oblasti chorôb** (kardiovaskulárne ochorenia, cukrovka, rakovina a chronické ochorenia dýchacích ciest).

**Najnovšia revízia zoznamu odráža aktuálne odporúčania, usmernenia a najnovšie vedecké dôkazy WHO týkajúce sa vplyvu intervencií.** Je neoddeliteľnou súčasťou globálneho akčného plánu neprenosných chorôb na roky 2023 – 2030 a zohráva ústrednú úlohu v pláne implementácie NCD. Každá revízia zohľadňuje nové normatívne a štandardné produkty WHO, ako aj vznikajúce dôkazy a údaje, aby sa intervencie rozšírili a aktualizovali v súlade s vyvíjajúcimi sa globálnymi prioritami v oblasti zdravia.

**Podpora fyzickej aktivity v primárnej starostlivosti**

**Svetová zdravotnícka organizácia vydala v roku 2021 príručku s názvom Podpora fyzickej aktivity prostredníctvom primárnej starostlivosti: súbor nástrojov** (Promoting physical activity through primary health care: a toolkit, 2021). Jej cieľom je podporovať všetky

krajiny (najmä krajiny s nízkymi a strednými príjmami) pri posilňovaní a hodnotení fyzickej aktivity a v poradenstve, ako súčasť primárnej zdravotnej starostlivosti.

**Hodnotenie fyzickej aktivity a poradenstvo** v zdravotníckych zariadeniach sa odporúča ako cenovo výhodná intervencia pri riešení neprenosných chorôb. Manuál má 5 častí: v prvej sú uvedené možnosti v zdravotníctve na podporu fyzickej aktivity a dôležitá úloha poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Druhá časť uvádza postup pri Krátkej intervencii a komplexné dôkazy k podpore fyzickej aktivity spolu s **modelom 5As/5P zmeny správania**. V tretej je šesť kľúčových krokov a stručný prehľad fyzickej aktivity na jej implementáciu do systému. Štvrtá časť popisuje sedem kľúčových faktorov na podporu integrácie fyzickej činnosti do primárnej zdravotnej starostlivosti. A v šiestej záverečnej časti sú uvedené úspešné integrácie fyzickej aktivity a jej hodnotenie a poradenstvo v národných systémoch zdravotnej starostlivosti v niektorých krajinách. Príručka je určená pre tvorcov politik a programových manažérov na rôznych úrovniach v rámci systému zdravotnej starostlivosti na implementáciu Krátkej intervencie vo fyzickej aktivite do primárnej zdravotnej starostlivosti. Metodiku možno tiež rozšíriť na použitie v komunite a sociálnych zariadeniach zdravotnej starostlivosti. Táto súprava nástrojov vyžaduje komplexné prístupy a odporúča zapojenie všetkých príslušných zainteresovaných strán napláňovať, začleniť a koordinovať fyzickú aktivitu.

Fyzická aktivita hrá kľúčovú úlohu v starostlivosti o vysokorizikových pacientov, ktorí trpia chronickými ochoreniami a môže pomôcť zlepšiť niektoré škodlivé účinky alebo zvrátiť progresiu ochorenia a zlepšiť kvalitu života pacienta. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú dôležitú úlohu a zodpovednosť umožniť všetkým pacientom žiť zdravo a majú ideálnu možnosť podporovať komplexný životný štýl, prevenciu a manažment chronických ochorení. Vo všeobecnosti môže krátka intervencia zahŕňať diskusiu, vyjednávanie alebo povzbudzovanie s písomnou alebo inou podporou, alebo bez nej, alebo sledovanie. **Krátky zásah nemusí trvať dlhšie ako niekoľko minút na poskytnutie základnej rady.** Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú vhodné možnosti podporovať fyzickú aktivitu **neaktívnym dospelých**, s ktorými sa pravidelne stretávajú a ktorí najviac potrebujú hodnotenie fyzickej činnosti a poradenstvo. **Stretnutia s pacientmi ponúkajú príležitosti pre zdravotníkov poskytnúť krátke intervencie a podporovať zmenu správania.** Hodnotenie fyzickej činnosti a poradenstvo prostredníctvom krátkych intervencií v primárnej starostlivosti alebo komunitnom prostredí preukázalo, že **zvyšuje telesnú činnosť v porovnaní s bežnou starostlivosťou.**

**Intervenčný protokol – prehľad o fyzickej aktivite** je postup založený na **modeli 5As/P – podpora zmeny správania** (Príloha č. 3 Model krátkej intervencie pohybovej aktivity).

**Model „5As/5P“** je osvedčený prístup založený na dôkazoch a v celom svete sa úspešne používa v intervenciách v preventívnej starostlivosti. Pôvodne bol vyvinutý pre poradenstvo pri odvykaní fajčenia a úspešne prispôbený pre rôzne zásahy do životného štýlu (napríklad fyzická aktivita, výživa a alkohol) a je odporúčaný WHO na použitie v zdravotníckych zariadeniach. Protokol je **založený na dôkazoch** a poskytuje jednoduchý spôsob, ako môžu poskytovatelia zdravotnej starostlivosti komunikovať s pacientmi o zmene správania.

## 1. POSÚDIŤ SÚČASNÚ AKTUÁLNU ÚROVEŇ FYZICKEJ AKTIVITY PACIENTA/KLIENTA A AKÉKOL'VEK RIZIKÁ ALEBO KONTRAINDIKÁCIE

### Hlavným účelom tohto kroku je:

- posúdiť, či pacient disponuje odporúčanými fyzickými činnosťami, a
- posúdiť prípadné riziká, resp. kontraindikácie.

### Hodnotenie úrovne fyzickej aktivity:

- Všetci dospelí pacienti by mali mať hodnotenú svoju úroveň fyzickej aktivity a pravidelne a systematicky monitorovanú.
- Dodatočné hodnotenie sedavého správania môže pomôcť vytvoriť obraz o aktivite pacienta a môže byť poskytnutá rada.
- Metódy hodnotenia úrovne fyzickej aktivity pacienta zahŕňajú self-report odpovede na súbor otázok. Niektoré zariadenia (napríklad nositeľné monitory, krokomery, alebo telefóny) môžu ponúknuť doplnkové, resp. alternatívne metódy hodnotenia.
- Hodnotenie by sa malo zamerať na určenie, či pacient spĺňa národné odporúčania; viac hĺbkové hodnotenia dokážu zachytiť podrobnosti o type, intenzite, frekvencii a trvaní fyzickej aktivity počas dňa (vrátane práce, doma, pri športe, voľnom čase a v doprave).
- Úrovnne fyzickej aktivity by mali byť u pacientov zaznamenané pomocou štandardných metód.
- Záznamy (elektronické/papierové) by mali podporovať konzistentné sledovanie a porovnanie v čase.

### Zvážte riziká alebo kontraindikácie:

- Posúdenie rizika, resp. kontraindikácie, identifikuje pacientov, pre ktorých telesná aktivita môže byť nevhodná a pacientov, ktorí by mali byť odoslaní k ďalšiemu špecialistovi. Zároveň dať rady o druhu fyzickej aktivity, ktorá je pre nich najvhodnejšia.
- Odporúčať možno fyzioterapeuta, prípadne iného zdravotníckeho pracovníka pre viac podrobné hodnotenie a cvičenie na predpis alebo programovanie.
- Pripravenosť na fyzickú aktivitu.

Dotazník (PAR-Q) je medzinárodne uznávaný príklad hodnotenia rizika a nástroj, ktorý môžu používať pacienti, zdravotníci a fitness tréneri a určiť tak bezpečnosť alebo možné riziká cvičenia na základe zdravotnej anamnézy pacienta, súčasné príznaky a rizikové faktory.

## 2. PORADIŤ PRI POHYBOVEJ ČINNOSTI A ZNÍŽENÍ SEDAVÉHO SPRÁVANIA

Tento krok zahŕňa poskytovanie relevantných informácií pacientom o tom, ako fyzická aktivita prospeje ich zdraviu a pomôže zvýšiť pochopenie a význam fyzickej aktivity pre ich zdravie a pohodu a zvýšiť ich motiváciu a zámer byť aktívnejší.

Pre pacientov v prípade nesplnenia odporúčanej úrovne fyzickej aktivity môže poradenstvo zahŕňať **nasledujúce informácie:**

- **Obmedziť čas na sedenie a byť fyzicky aktívny je vhodné pre zdravie.**

- Pravidelná **fyzická aktivita môže predchádzať kardiovaskulárnym ochoreniam**, znižovať riziko diabetu 2. stupňa a hladiny cholesterolu v krvi a predchádzať mnohým onkologickým ochoreniam.
- Pre pacientov s chronickým ochorením, byť fyzicky aktívny môže tiež pomáhať **zvládnuť diabetes** 2. stupňa a arteriálnu hypertenziu.
- Pravidelná fyzická aktivita môže pomôcť **znižit' príznaky depresie** a úzkosti a zlepšiť celkovú pohodu.
- Pravidelná fyzická aktivita môže **zlepšiť zdravie mozgu**, zlepšiť pamäť, zvýšiť fungovanie a znížiť kognitívny pokles a riziko demencie.
- Pre starších dospelých (vo veku 65 rokov a najmä starších) fyzická aktivita môže pomôcť udržať **rovnováhu a koordináciu a pomáhať predchádzať pádom**.

**Akékoľvek množstvo fyzickej aktivity je lepšia ako žiadne.** Pre zdravie a pohodu, WHO odporúča aspoň od 150 do 300 minút miernej aeróbnej aktivity za týždeň (resp. ekvivalentnú intenzívnu aktivitu) pre všetkých dospelých (Príloha č. 4 : Odporúčanie pre pohybové správanie dospelých založené na integrácii fyzickej aktivity, sedavého správania a spánku).

Táto rada by mala tiež **poskytnúť návod**, ako začať zvyšovať úroveň fyzickej aktivity:

- Začnite tým, že budete robiť **malé množstvá fyzickej aktivity** a postupne zvýšite frekvenciu, intenzitu a dĺžku trvania. Napríklad navrhnite, aby pacienti hľadali príležitosť pridať len 5 minút chôdze počas dňa a vstávali ako často môžu.
- Všetky druhy fyzickej aktivity môžu zmeniť zdravie a môžu byť vykonané **ako súčasť práce**, športu, rekreácie alebo dopravy (chôdza, bicyklovanie), ako aj počas každodenného života pri domácich prácach.
- **Znížte čas pri sedení**, ako je sledovanie televízie alebo obrazoviek, pohybom a fyzickou aktivitou a/alebo stáťim na určitý čas pri vykonávaní týchto činností.

Pre ďalšie podrobné informácie o všetkých odporúčaníach fyzickej aktivity pozrite **Smernice WHO** o fyzickej aktivite a sedavom správaní. Pacienti, ktorí ich nespĺňajú, by mali byť **pozvudzovaní k podpore vo fyzickej aktivite** (WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour, 2020).

### 3. POMOCŤ NÁJSŤ REALISTICKÝ CIEL FYZICKEJ AKTIVITY A ZISTENIE VHODNÝCH AKTIVÍT PRE PACIENTA/KLIENTA

Účelom tohto kroku je, aby zdravotnícky pracovník použil zdieľané stratégie rozhodovania a spoločne stanovil a dohodol ciele fyzickej aktivity s pacientom. Tieto ciele by mali byť na základe záujmov pacienta a s dôverou v jeho schopnosť zmeniť svoje správanie.

**Dá sa to dosiahnuť:**

- **Pomôcť pacientovi vybrať** konkrétne, realizovateľné ciele na zmenu správania a identifikovať oblasti ich každodenného života, kde môže začať zvyšovať úroveň svojej aktivity, napríklad keď dochádza do práce.
- **Pomoc pacientovi identifikovať** činnosti, ktoré by rád robil a chcel by skúsiť, alebo ich robiť častejšie. Kultúrne vhodné a obľúbené aktivity by mali byť poskytnuté

na výzvu a povzbudiť pacientov, aby zvážili a identifikovali svoje preferencie voľby. Oblíbené aktivity môžu zahŕňať prechádzky, záhradníctvo, art terapiu, tanec a iné. Preferencie pacienta treba podporovať v snahe posilniť jeho motiváciu k dosiahnutiu stanoveného cieľa. Ak je to možné, informujte pacienta, aby zvážil aktivity, ktoré zahŕňajú sociálnu zložku a môžu byť vykonávané s ostatnými, napríklad priateľmi, partnermi, manželmi, deťmi a inými členmi rodiny.

Každý pacient bude mať rôzne a stále sa meniace úrovne fyzickej aktivity, a preto by cieľom mal byť postupný začiatok (a nie zvyšovanie úrovne príliš rýchlo), skôr ako začať so zameraním na vysokú intenzitu. Pacienti by mali byť povzbudzovaní realisticky, začať pomaly a s nízkou intenzitou, ktorá zníži riziko kontraindikácií.

**Poznámka:** Odpoveď pacienta na poskytnuté rady (v kroku 2: Poradiť) môže naznačovať ich pripravenosť na zvýšenie úrovne ich fyzickej aktivity. Ak pacient ešte nie je pripravený na zmenu, zdravotnícky pracovník by sa nemal snažiť zmeniť rozhodnutie pacienta, napr. pravdepodobne vytvorí odpor. Namiesto toho by mal ponúknuť diskusiu o fyzickej aktivite pri budúcej návšteve (pozri A5: Usporiadať).

#### 4. POSKYTNÚŤ PACIENTOVI STRATÉGIE PODPORY

Tento krok pomáha pacientom identifikovať potenciálne prekážky byť viac aktívni a plánovať konkrétne stratégie a riešenie prekážok a poskytovať ďalšie podporné stratégie pre zmenu správania. Používaním efektívneho sebariadania a podporných stratégií (zahŕňa akčné plánovanie a riešenie problémov) by mal zdravotník pomôcť pacientovi identifikovať hlavné dôvody, prečo v súčasnosti nie je aktívny a/alebo čo mu bráni vykonávať fyzickú aktivitu.

##### **Príklady bežných prekážok a potenciálne odpovede sú:**

###### **„Nemám dost' času“:**

Každý pohyb sa počíta, takže fyzická aktivita môže byť súčasťou vašich každodenných aktivít. Mohli by ste ísť po schodoch v práci radšej ako výťahom? Mohli by ste vystúpiť z autobusu o zastávku skôr a zvyšok cesty ísť pešo?

###### **„Nemám rád/nie som dobrý v športe“:**

Fyzická aktivita nie je len šport, zahŕňa aj mnoho iných spôsobov pohybu. Napríklad chôdzu, bicyklovanie, tanec alebo hranie sa s deti. Mohli by ste pridať dennú prechádzku do svojej rutiny?

###### **„Nemôžem si dovoliť ísť do telocvične“:**

Nepotrebujete členstvo v telocvični, aby ste boli aktívni. Dokonca aj činnosti posilňovania svalov nevyžadujú špeciálne vybavenie. Prenášanie ťažkých nákupov, vykonávanie aktivít ako sú posilňovanie alebo držanie váhy vlastného tela posilňuje svaly. To je možné vykonať doma alebo v parku.

###### **„Musím tráviť čas so svojou rodinou a nemám čas pre seba“:**

Fyzická aktivita je vhodná pre celú rodinu. Mohli by ste sa ísť hrať so svojimi deťmi do parku? Alebo choďte na rodinnú prechádzku po škole/práci, alebo cez víkend?

###### **„Neviem sa k tomu cvičeniu motivovať“:**

Niekedy je ťažké nové veci robiť na vlastnú päsť. Môžete si užiť nové aktivity viac s rodinou alebo priateľmi? Alebo by sme mohli vyhľadať skupinu, ktorá prevádzkuje nejaké aktivity, na ktoré by ste sa budete tešiť?

**Následne môžete podporiť pacientov pokračovať vo zvyšovaní ich úrovne fyzickej aktivity:**

- Poskytnite pacientovi písomný „recept“ na zvolenú fyzickú aktivitu a uveďte ním zvolený cieľ, **ako často a koľko aktivity** bude robiť každý deň alebo týždeň.

**Písomný recept vysvetľuje, že fyzická aktivita je terapeutická a formalizuje myšlienku, že rada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zmene životného štýlu je potrebná,** a že pacient by sa pri zmene nemal spoliehať len na lieky.

- Poskytnite pacientovi doplnkové **vzdelávacie materiály o fyzickej aktivite** a pomôžte mu ich pripomínať a motivovať; vzdelávacie materiály môžu poskytnúť ďalšie podrobnosti o type fyzickej činnosti a doplnkové zdroje, ako aj nástroje na **vlastné monitorovanie** (krokomer, akcelerometer, denník, atď.), ak je k dispozícii.
- Poskytnite smer ku komunitnej spolupráci na fyzickej aktivite, napr. povzbudenie pacienta k použitiu **miestnych zdrojov a hľadanie podpory v rámci komunity** a rodiny, priateľov a kolegov v práci zvýšiť úroveň aktivity. Zdieľanie fyzickej aktivity s inými ľuďmi môže byť kľúčovou podporou a posilňuje motiváciu pacientov a pôžitok (a má úspech) pri udržiavaní zmeny správania.

## **5. PODPORA A NÁSLEDNÁ NÁVŠTEVA S ODKAZOM NA KOMUNITNÉ SLUŽBY (AK JE POTREBNÁ)**

Cieľom tohto kroku je zabezpečiť nadväznosť a podporu v úsilí o zvýšenie úrovne fyzickej aktivity. Pacienti s ďalšími potrebami by mali byť odkázaní na inú zdravotnú starostlivosť, resp. spriaznených profesionálov v prípade potreby.

Všetci pacienti môžu mať úžitok zo zvýšenia úrovne aktivity v rámci komunity, ako sú športové kluby, vychádzkové skupiny, tanec, triedy atď. Poskytujte odkazy a informácie o miestnych skupinách, zdrojoch a príležitostiach na podporu zmeny správania. Pacienti by mali byť kontrolovaní pri každej návšteve lekára alebo každých 3 – 6 mesiacov.

**Pri následnej návšteve:**

- Prehodnoťte fyzickú kondíciu pacienta a úroveň aktivity v nadväznosti na pokrok pacienta.
- Blahoželajte pacientom, ktorí sa pokúsili byť viac fyzicky aktívni.
- Opýtajte sa na akékoľvek faktory, ktoré im pomáhajú alebo bránia vo fyzickej činnosti.
- Posilnite používanie stratégií na pomoc prekonania bariér.

Pre tých, ktorí zažívajú výzvy:

- Pripomeňte im, aby si pozreli proces ako učenie skúseností, že je potrebný čas na osvojenie nových návykov a že akékoľvek zvýšenie fyzickej aktivity je lepšie ako žiadne.
- Preskúmajte okolnosti, diskutujte o spôsobe riešenia výzvy a povzbudzujte vo vytrvaní v jeho pláne.

**Integrované krátke intervencie rizikových faktorov neprenosných ochorení v primárnej starostlivosti (projekt BRIEF)** (Integrované krátke intervencie pre rizikové faktory neprenosných chorôb v primárnej starostlivosti, BRIEF, 2022)

**Krátke intervencie** sú WHO uznávané ako účinné opatrenie na pomoc ľuďom prestať fajčiť, znížiť alebo zastaviť pitie alkoholu a zvýšiť fyzickú aktivitu. Môžu tiež pomôcť dosiahnuť a udržať si zdravé stravovacie návyky a zvládnuť hmotnosť u ľudí s nadhmotnosťou a obezitou. Krátke intervencie sa môžu premietnuť do významných zdravotných prínosov na úrovni populácie, ak sa systematicky aplikujú na veľkú časť populácie. Miera využívania týchto intervencií v európskom regióne WHO však zostáva podľa odborníkov nízka. Tento manuál je neoddeliteľnou súčasťou projektu Európskeho úradu WHO pre prevenciu a kontrolu neprenosných ochorení BRIEF a poskytuje **návod na implementáciu programov krátkej intervencie v prostredí primárnej starostlivosti**, pričom poukazuje na facilitátory a prekážky pri implementácii. Zdôrazňuje **integrovaný prístup ku krátkym intervenciám**, ktorý sa zaoberá všetkými štyrmi hlavnými rizikovými faktormi správania – fajčením, konzumáciou alkoholu, nezdravým stravovaním a fyzickou nečinnosťou a fyziologickým rizikovým faktorom – zvýšením indexu telesnej hmotnosti.

**Manuál sa skladá z troch častí:**

Časť 1. popisuje **východiská a prístupy k implementácii programov krátkych intervencií** v primárnej starostlivosti, **vzdelávanie poskytovateľov primárnej starostlivosti** a návrh postupu spolu s **návrhom školiaceho kurzu**; časť 2. pozostáva z príloh, ktoré predstavujú **vývojové diagramy a podrobnejší návod** na poskytovanie krátkych intervencií poskytovateľmi primárnej starostlivosti; časť 3. predstavuje **doplňujúce materiály**, ktoré uvádzajú úvahy o behaviorálnych a kultúrnych pohľadoch na používanie krátkych intervencií a príklady práce vykonávanej v krátkych intervenciách v regióne, nezdravé stravovanie a fyzickú nečinnosť a fyziologický rizikový faktor zvýšený index telesnej hmotnosti. Poskytuje poradenstvo v primárnej starostlivosti poskytovateľov o zmene zdravého správania v dospeljej populácii. Vystavenie všetkým týmto rizikovým faktorom možno zmeniť podporou pacientov v primárnej starostlivosti. Vhodná zmena môže zabrániť rozvoju neprenosných chorôb a ich komplikáciám, invalidite, zlému zdravotnému stavu a predčasným úmrtiam.

Zmena rizikových faktorov môže tiež poskytnúť vedľajšie výhody, ako je zníženie emisie skleníkových plynov, ktoré môžu zmierniť globálne otepľovanie. Zvyšovanie fyzickej aktivity prostredníctvom aktívneho cestovania v meste zlepšuje zdravie a zároveň znižuje emisie skleníkových plynov. Zdravé stravovanie s prechodom na rastlinnú stravu a zníženie príjmu alkoholu zlepšuje zdravie a znižuje emisie skleníkových plynov. Zníženie prevalencie užívania tabaku by znížilo vplyv tabaku na zemi, od jeho pestovania a výroby až po znečistenie spôsobené cigaretami, ich toxínmi v morskom a suchozemskom živote.

**Pri každej interakcii poskytovateľmi primárnej starostlivosti by sa mala poskytnúť krátka rada pacientom, ktorí fajčia. Poskytovanie rád všetkým fajčiarom je efektívnejšie na úrovni komunity ako ponúkať rady len tým, ktorí vyjadria želanie prestať fajčiť** (Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care, 2013, Toolkit

for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care, 2014, Training for primary care providers: brief tobacco interventions 2022, Kavcová et kol., 2007).

**Poskytovatelia primárnej starostlivosti by mali u každého pacienta merať spotrebu alkoholu. Poskytovanie rád užívateľom alkoholu je efektívnejšie na úrovni komunity ako ponúkať rady len tým, ktorí vyjadria želanie znížiť užívanie alkoholu** (WHO alcohol brief intervention training manual for primary care, 2017, Turček et kol., 2021).

### **Nezdravé stravovacie návyky**

Prieskumy vo väčšine krajín európskeho regiónu WHO poukazujú na **nadmernú spotrebu kalórií, nasýtených tukov, trans-mastných kyselín, cukru a soli** a nízku konzumáciu zeleniny, ovocia a celozrnných výrobkov. Nezdravé stravovacie návyky prispievajú k veľkej časti neprenosných chorôb vrátane onkologických a kardiovaskulárnych chorôb a diabetu 2. typu. Cieľom zdravého stravovania je **podporiť celostný prístup k potravinám**, ktorý zahŕňa:

- jesť viac ovocia, zeleniny, strukovín (šošovica, fazuľa), orechov a celozrnných výrobkov (nespracovaná kukurica, proso, ovos, pšenica a hnedá ryža) vrátane min. 400 g (päť porcií) ovocia a zeleniny denne, okrem zemiakov, sladkých zemiakov, manioku a iných škrobových potravín,
- kontrola príjmu tukov (nie viac ako 30 % dennej energie) a nahradenie väčšiny nasýtených tukov (nachádzajú sa v tučnom mäse, masle, palmovom a kokosovom oleji, smotane, syre, ghí a bravčovej masti) nenasýtenými tukmi (nachádzajú sa v rybách, avokáde a orechoch a v slnečnicovom, sójovom, repkovom a olivovom oleji),
- zníženie množstva spotrebovanej soli na menej ako 5 g (ekvivalentom je približne jedna čajová lyžička) denne vrátane soli v chlebe a spracovaných, údených a konzervovaných potravinách a používanie jodidovanej soli,
- výber mlieka a mliečnych výrobkov (kefir, kyslé mlieko, jogurt a syr), ktoré majú nízky obsah tuku a soli,
- výber potravín s nízkym obsahom cukru (menej ako 10 % celkového energetického príjmu, ale ideálne menej ako 5 %).

**Posúdením stravovacích návykov všetkých svojich pacientov a poskytnutím rady na úpravu ich príjmu, poskytovatelia primárnej starostlivosti môžu výrazne pomôcť zlepšiť ich stravovacie návyky** (Pryke et kol., 2019, Minárik et kol., 2021).

### **Fyzická nečinnosť**

**V rámci primárnej starostlivosti by mali byť všetci dospelí pacienti opýtaní na ich úroveň fyzickej aktivity a sedavé správanie, pričom sa im poskytujú krátke rady na zvýšenie fyzickej aktivity** (Fábryová a kol., 2023, Vrabcová a kol., 2022).

### **Zvýšené BMI**

Obezita je komplexné multifaktoriálne ochorenie definované nadmernou adipozitou, ktorá poškodzuje zdravie. Je spojená so zvýšeným rizikom mnohých NCD, ako sú koronárne ochorenia, kardiovaskulárne choroby, hypertenzia a mŕtvica, určité typy rakoviny, diabetes mellitus 2. typu, chorenie žľzníka, dyslipidémia, muskuloskeletálne stavy ako osteoartritída



a dna a pľúcne ochorenia vrátane spánkového apnoe. Cieľom pre ľudí žijúcich s nadhmotnosťou alebo obezitou je manažovať svoju hmotnosť konzultáciou s odborníkom v zdravotnej starostlivosti a dodržiavanie odporúčaní v závislosti na ich individuálnom zdravotnom stave. **Agresívne programy na chudnutie** nemusia byť indikované u osôb s aktívnym ochorením alebo vo vyššom veku. Posúdením BMI všetkých svojich pacientov a poskytnutím rady na jeho úpravu a stravovanie a byť fyzicky aktívnejší, prípadne poskytovať iné odporúčania v závislosti od individuálneho zdravotného stavu pacienta, môžu poskytovatelia v primárnej zdravotnej starostlivosti pomôcť svojim pacientom zvládnuť ich hmotnosť (Fábryová a kol., 2023, Vrabcová a kol., 2022).

### **Integrované prístupy**

Vystavenie rizikovým faktorom správania sa môže hromadiť najmä u tých jedincov, ktorí žijú v socioekonomicky znevýhodnených komunitách. Vzhľadom na to, že zručnosti pomáhajú ľuďom zmeniť ich vystavenie rizikovým faktorom správania, má zmysel merať expozíciu integrovaným spôsobom a podľa potreby ponúknuť pomoc pri zmene. Cieľom je zmeniť vystavenie **všetkým rizikovým faktorom správania**, ktoré by sa malo robiť postupne. Výnimkou je presadzovanie kombinovaných prístupov k zdravej výžive a zvýšenej fyzickej aktivite pri podpore ľudí, ktorí žijú s nadhmotnosťou alebo obezitou, aby zvládali hmotnosť. Uprednostnenie poradia je rovnováha medzi zdravotným rizikom a rizikom pacientovej preferencie.

**Primárna starostlivosť môže poskytnúť univerzálne zdravotné pokrytie** a zohráva dôležitú úlohu pri podpore zdravia a predchádzanie chorobám. Poskytovatelia zdravotných služieb v primárnej starostlivosti zahŕňajú aj široký okruh pracovníkov a môžu zahŕňať rodinných lekárov/všeobecných lekárov, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícke pracovníčky v komunite, lekárske asistentov, rehabilitačných pracovníkov, odborníkov vo výžive/dietológov, manažérov starostlivosti, sociálnych pracovníkov, farmaceutov, zubárov, zdravotníckych promotérov, poradcov, optikov a pomocného personálu.

Poskytovatelia primárnej starostlivosti majú množstvo atribútov na pomoc obyvateľstvu a pacientom poradiť a meniť vystavenie rizikovým faktorom správania, ktoré obsahujú:

- trvalý vzťah s pacientmi,
- zameranie sa na medzisektorovú a interdisciplinárnu interakciu ako základ pre poskytovanie nepretržitej zdravotnej starostlivosti,
- schopnosť osloviť väčšinu populácie počas celého života,
- príležitosť zvýšiť povedomie o vplyve rizikových faktorov správania na zdravie jednotlivcov a miestnych komunit,
- schopnosť poskytnúť prispôbené krátke intervencie pre rizikové faktory správania všetkým dospelým,
- schopnosť ponúkať účinnú liečbu,
- schopnosť poskytovať následné opatrenia a posielat' odporúčania na miestnu podporu a ďalšie,
- v prípade potreby pomoc špecialistu,
- v širšom zmysle ochota obhajovať environmentálnu podporu a politiku zmeny, aby boli zdravé rozhodnutia jednoduché.

Dôkazová základňa podporujúca účinnosť krátkych intervencií v primárnej starostlivosti pri zmene vystavenia rizikovým faktorom správania je rozsiahla. Meria sa úspešnosť služby alebo intervencie verejného zdravia svojím dosahom (počet ľudí, ktorí prijímajú službu alebo intervenciu), jeho efektívnosť (podiel ľudí, ktorí zmenia svoje správanie v dôsledku služby alebo zásahu) a náklady účinku/vplyvu na osobu.

**Krátke intervencie sa môžu premietnuť do významných zdravotných prínosov** na úrovni populácie pri systematickom uplatňovaní na veľkú časť populácie, čím sa zabezpečí vysoký dosah (alebo pokrytie). Dôležité je však poznamenať, že samotné krátke intervencie nebudú riešiť NCD a vystavenie rizikovým faktorom NCD. Tvoria súčasť súboru opatrení, ktoré je potrebné vykonať spolu s politikami, ktoré majú vplyv na cenu, produkty, dostupnosť, komerčnú komunikáciu, bývanie a prácu.

Napriek tomu, že neexistuje **jednotná formálna definícia krátkej intervencie**, programy krátkej intervencie, na ktoré sa vzťahuje táto príručka, majú **dva súvislé prvky** založené na rozhovore medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a pacientom:

- **meranie expozície behaviorálnych** (užívanie tabaku, konzumácia alkoholu, nezdravé stravovanie a fyzická nečinnosť) **alebo fyziologických** (zvýšený BMI) **rizikových faktorov**,
- **diskusiu vrátane prípadnej rady** o pomoci pri zmene vystavenia sa rizikovému faktoru.

**Krátka intervencia je preto kombináciou merania a krátkej rady.** Podľa potrieb pacienta je možné dohodnúť odporúčanie na miestnu podporu alebo konzultáciu so špecialistom. V manuáli je uvedený **model krátkej intervencie 5A/5P** na štruktúrované poradenstvo medzi poskytovateľom a pacientom:

- **pýtať sa** a zmerať vystavenie sa rizikovému faktoru a podľa potreby nasleduje klinické hodnotenie,
- **poradiť** pacientom, aby zmenili expozíciu rizikovému faktoru: prestať (ako v prípade fajčenia tabaku); znížiť hladiny príjmu alebo prestať (napríklad v konzumácii alkoholu); alebo zvýšiť úroveň (fyzická aktivita),
- **posúdiť** pripravenosť pacienta na zmenu (vystavenie sa rizikovému faktoru),
- **pomáhať** pacientom pri získavaní potrebnej motivácie, svojpomocných zručností alebo podpory zmeny správania,
- zabezpečiť následnú **podporu** a opakované **poradenstvo** podľa potreby, v prípade potreby odporúčenie k špecializovanému odborníkovi.

## **KRÁTKE INTERVENČIE V ZÁVISLOSTI NA ČASOVOM FAKTORE**

### **Manuál ponúka 4 druhy intervencií, v závislosti na časových možnostiach:**

#### **1. Nie je čas**

Dajte leták alebo poskytnite online zdroje o výhodách a odporúčania pre zmenu správania. Nechajte dvere otvorené pre ďalšiu návštevu, aby ste tento problém vyriešili.

#### **2. Veľmi krátky čas k dispozícii (3 – 5 minút alebo menej)**

Opýtajte sa na vystavenie sa rizikovému faktoru (faktorom). Použite veľmi stručné rady o výhodách a najlepších spôsoboch zmeny správania. Konajte tak, že ponúknete pomoc so spôsobmi, ako zmeniť zdravotné správanie.

#### **3. Bežný čas konzultácie k dispozícii (5 – 10 minút)**

Použite krátku intervenciu na základe modelu krátkej intervencie **5A/5P**:

- **pýtať sa** a merať vystavenie sa rizikovému faktoru (faktorom),
- **poradiť** o výhodách a najlepších spôsoboch, ako zmeniť správanie,
- **posúdiť** pripravenosť pacientov na zmenu,
- **pomáhať** pri vytváraní plánu na zmenu správania,
- **ponúknuť** a dohodnúť následné stretnutie a odporúčenie k špecialistovi, ktorý poskytne ďalšie informácie a hĺbkové konzultácie, ak sú potrebné.

#### **4. K dispozícii dlhší čas (viac ako 10 minút)**

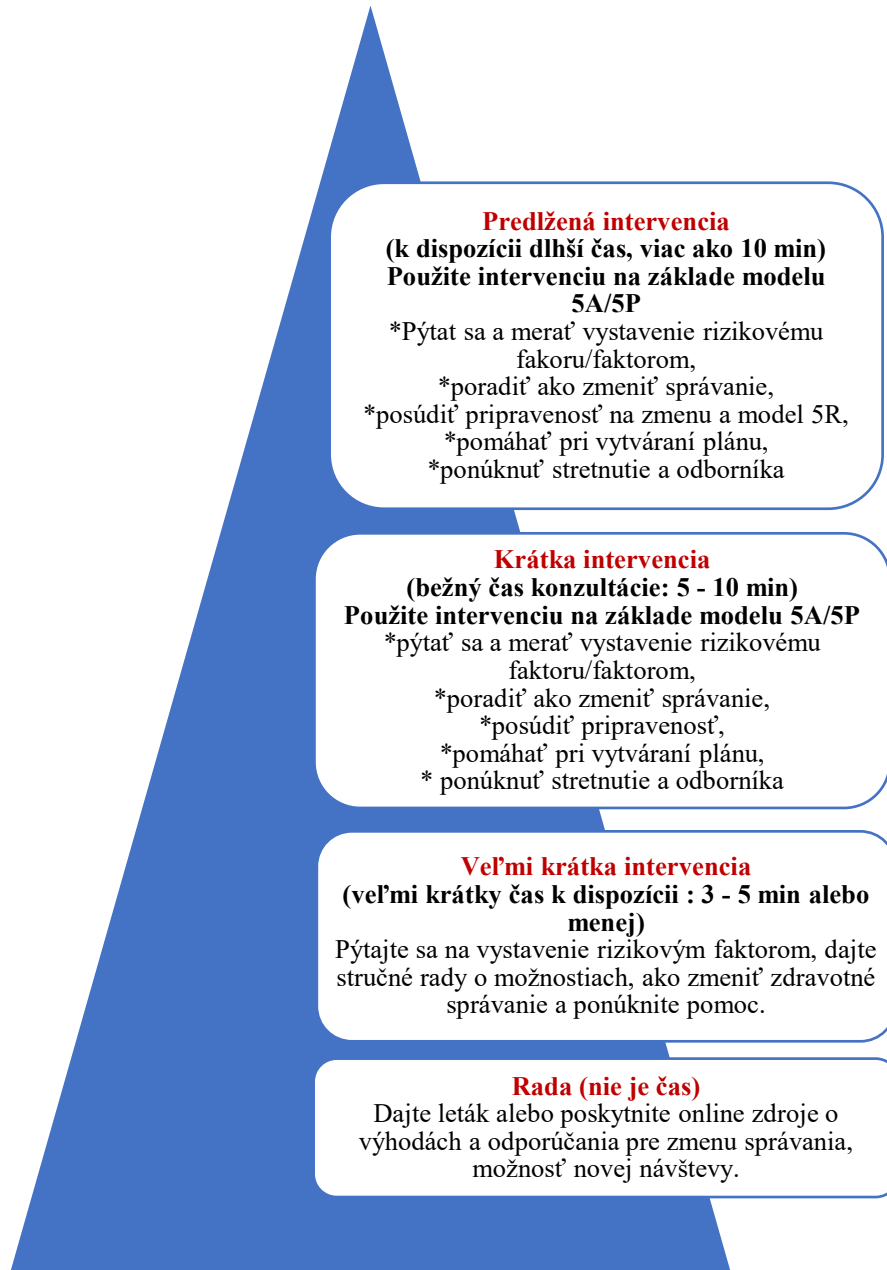
Použite krátke intervencie na základe modelu krátkej intervencie **5A/5P**:

- **pýtať sa** a merať vystavenie sa rizikovému faktoru (faktorom),
- **poradiť** o výhodách a najlepších spôsoboch, ako zmeniť správanie,
- **posúdiť** pripravenosť pacientov na zmenu – ak pacient nie je pripravený na zmenu, použiť model 5R na pomoc pri motivácii zmeny,
- **pomáhať** pri vytváraní plánu na zmenu správania, a
- **ponúknuť** a dohodnúť následné stretnutie a odporúčenie k špecialistovi, ktorý poskytne ďalšie informácie a hĺbkové konzultácie, ak sú potrebné.

**Model 5R:** identifikovať relevantnosť meniaceho sa správania; identifikovať potenciálne riziká pri pokračovaní rizikového správania; identifikovať potenciálne výhody – odmeny zo zmeny správania; identifikovať prekážky – bariéry k zmene správania a prostredníctvom opakovania prehodnotiť pripravenosť na zmenu. **Poskytovatelia primárnej starostlivosti by mali vždy odkazovať všetkých pacientov a povzbudzovať ich na používanie dostupných webových, počítačových a mobilných aplikácií na podporu v zmene ich správania.**

V príručke sú uvedené **dotazníky a spôsoby merania užívania tabaku, konzumácie alkoholu, stravy a fyzickej aktivity**, ďalej **vývojové diagramy** a podrobnejšie návody na manažment integrovaného prístupu k rizikovým faktorom správania v závislosti na časovej dostupnosti.

**Obrázok č. 1** Model intervencií rizikového správania v závislosti na časovom faktore



(Zdroj: Promoting physical activity through primary health care: a toolkit, 2022, upravené)

## **WHO Kompetenčný rámec starostlivosti o seba** (Self-care competency framework, 2023)

V tomto roku vydala WHO nový **Kompetenčný rámec starostlivosti o seba, ktorý je publikovaný v troch častiach** (Kompetenčné štandardy, Vedomostná príručka pre zdravotníckych pracovníkov a opatrovateľov a Príručku učebných osnov pre plánovania a vzdelávania a odbornú prípravu zamestnancov). WHO definuje **seba starostlivosť** ako schopnosť jednotlivcov, rodín a komunit podporovať zdravie, predchádzať chorobám, udržiavať zdravie a vyrovnávať sa s chorobami a zdravotným postihnutím s podporou alebo bez zdravotníckeho pracovníka. Koncept starostlivosti o seba uznáva jednotlivcov ako aktívnych činiteľov pri riadení vlastnej zdravotnej starostlivosti v rôznych oblastiach vrátane podpory zdravia, prevencie a kontroly chorôb, samoliečby, poskytovania starostlivosti závislým osobám a rehabilitácie vrátane paliatívnej starostlivosti (Príloha č. 7 pilierov sebastarostlivosti). Intervencie starostlivosti o seba sú založené na dôkazoch, ktoré podporujú starostlivosť o seba. Zahŕňajú lieky, poradenstvo, diagnostiku a/alebo digitálne technológie, ktoré sú úplne alebo čiastočne dostupné mimo formálnych zdravotníckych služieb. V závislosti od intervencie môžu byť použité s priamym dohľadom alebo bez priameho dohľadu zdravotníckych pracovníkov.

### **Intervencie starostlivosti o seba môžu:**

- umožniť jednotlivcom a komunitám starať sa o svoje zdravie a pohodu,
- posilniť vnútroštátne inštitúcie efektívnym využívaním domácich zdrojov v oblasti zdravia,
- zlepšiť primárnu zdravotnú starostlivosť (PHC) a prispieť k dosiahnutiu UHC.

### **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Považujeme za dôležité zabezpečiť implementáciu krátkych intervencií rizikových faktorov NCD (WHO projekt BRIEF 2022 a WHO Podpora fyzickej aktivity 2021) do systému zdravotnej starostlivosti v záujme zlepšenia zdravotného stavu populácie a prevencie rizikových faktorov neprenosných ochorení. WHO vydala novú príručku s názvom **„Posilnenie kapacít krajín na prijatie a prispôbenie usmernení založených na dôkazoch“**, ktorá je výsledkom úsilia popredných vedcov a WHO odborníkov. Nový prístup pomôže štátom prijať usmernenia založené na zdravotných dôkazoch a prispôbiť ich národnému kontextu a poskytuje sprievodcu v metodike GRADE-ADOLPMENT (Posilnenie kapacít krajín, 2023). Komunikácia s pacientami a poskytovanie poradenstva je kľúčovou úlohou a systém edukácií pri jednotlivých rizikových faktoroch NCD, ktoré sú uvedené v predmetnom štandarde má veľký význam a je vhodné ich zahrnúť do primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti.

### **Zoznam literatúry**

1. Breda J., Krátke intervencie pre rizikové faktory NCD J Breda *Európsky vestník verejného zdravia* , zväzok 30, dodatok k vydaniu\_5, september 2020, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1077> Publikovaný: 30. septembra 2020
2. Deklarácia implementácie ECOSOC. 2009. "MINISTERIAL DECLARATION – 2009 HIGH-LEVEL SEGMENT: Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health."
3. Draganová H., a kol., Sociálna starostlivosť. Martin: Osveta 2006 .188s. ISBN 978-80-8063-240-3).
4. Fiľakovská Bobáková D., a kol., Žiadúce, ale nerealizovateľné: opatrenia a intervencia na podporu zdravia v ranom detstve v MRK na Slovensku 2022

5. Fischer S., Škoda J., Sociální patologie Praha, Grada 2009 ISBN 978-80-247-2781-3
6. Globálna záťaž z chorôb Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Výsledky (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
7. Gulášová I., et kol., Rómska komunita a jej riziká v segregovaných rómskych osadách, 2021 PROSPON
8. Health service delivery framework for prevention and management of obesity. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, The Health service delivery framework for prevention and management of obesity is available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073234>
9. Hegyi L., 2013 Rizikové faktory zraniteľnosti SZU
10. <https://www.oecd.org/publications/slovensko-zdravotny-profil-krajiny-2021-d8ab884d-sk.htm>
11. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual. BRIEF project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Integrované krátke intervencie pre rizikové faktory neprenosných chorôb v primárnej starostlivosti: príručka BRIEF projektu. Kodaň: Regionálny úrad WHO pre Európu; 2022 Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Kavcová E., Lipták P., Ondrejka I., Baška T., Rozborilová E., Krištúfek P., Ochabam R., Szárazová M., Maďar R., Intervencia tabakovej závislosti v ordinácii všeobecného lekára, Odporúčaný diagnostický a liečebný postup pre všeobecných praktických lekárov 2007
14. Magurová D., Penitenciárna starostlivosť z pohľadu sestry, Florence 2013
15. Maňadek V., Výkladový slovník penológie , Ostrava: Ostravská Univerzita 2003.
16. Minárik P., Mináriková D., Babjaková J., Penesová A., Golian J., Odporúčania pre stravu a výživu dospelých 2021
17. Moricová S., Bartošovič I., Hegyi L., Znevýhodnené skupiny vo verejnom zdravotníctve VEDA 2013).
18. Najlepšia voľba 2023 <https://www.who.int/news/item/26-05-2023-more-ways--to-save-more-lives--for-less-money----world-health-assembly-adopts-more-best-buys--to-tackle-noncommunicable-diseases>
19. Neprenosné ochorenia /kľúčové správy <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> 2020.
20. Podpora fyzickej aktivity prostredníctvom primárnej zdravotnej starostlivosti: súbor nástrojov., 2021, Svetová zdravotnícka organizácia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350835> . Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
21. Podpora zdravia a prevencia chorôb <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>
22. Posilnenie kapacít krajín prijímať a upravovať usmernenia založené na dôkazoch: príručka pre kontextualizáciu používania. WHO 2023, Regionálny úrad pre Európu. <https://iris.who.int/handle/10665/372275> . Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
23. Pryke R, Breda J, Jewell J, Ramos Salas X. Training in nutrition, physical activity and obesity in primary care settings: course workbook. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346477>).
24. Rómsky zdravotný sprievodca (<https://www.romasupportgroup.org.uk/roma-health-guide.html> )
25. Rosinský R., 2013. Multikulturná výchova v inkluzívnej edukácii, Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Ústav rómskych štúdií, 2013 ISBN 978-80-8052-547-7 2013
26. Rudd R., E. 2015. "The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies." Journal of Communication in Healthcare, 8 (1): 7-9.
27. Self-care competency framework. Volume 1. Global competency standards for health and care workers to support people's self-care. Geneva: World Health Organization; 2023 (Self-care competency framework). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
28. Shusterová N., Uramová P., 2006. Psychologické minimum pre asistenta učiteľa Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-8068-489-8
29. Strategicky-ramec-starostlivosti-o-zdravie-2013-2030
30. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/84388>).
31. Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadhmotnosťou a obezitou so zameraním na poradenskú starostlivosť (Vrabcová H., Kosmovský V., Gondášová I. 2022)
32. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku 1. revízia (Fábryová, L., Kissová, V., Minárik, P., Ukropcová, B., Ukropec, J., Mináriková, D., Mrázová, M., Penesová, A., Marko, L. 2022)
33. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku 2. revízia (Fábryová, L., Kissová, V., Minárik, P., Ukropcová, B., Ukropec, J., Mináriková, D., Mrázová, M., Penesová, A., Marko, L. 2023)
34. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku (Fábryová, L., Kissová, V., Minárik, P., Ukropcová, B., Ukropec, J., Mináriková, D., Mrázová, M., Penesová, A., Marko, L. 2021)
35. Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre chirurgickú liečbu obezity v dospelom veku (Marko, L., Fábryová, L., Kehér, I., Vician, M.).
36. Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre psychologický manažment dospelých s nadváhou a obezitou (Málková, I., Sucharda, P., Málková, H., Šlepečký, M. 2021).
37. Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre chirurgickú liečbu obezity v dospelom veku-1. revízia (Marko L., Fábryová L., Kehér L., Vician M., 2023)
38. Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadhmotnosťou a obezitou s dôrazom na psychologický prístup-1. revízia (Málková i., Sucharda P., Málková H., Šlepečký M., 2022)
39. Štandardný preventívny postup pre manažment dospelých s nadhmotnosťou a obezitou s dôrazom na psychologický prístup (Málková, I., Sucharda, P., Málková, H., Ukropcová, B., Ukropec, J., Šlepečký M., 2021).
40. Šulcová M., Hegyi L. a kol., Rovnosť v zdraví FVZ SZU Bratislava, 2006). ISBN 80-88743-65-6.
41. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112835>).
42. Training for primary care providers: brief tobacco interventions (WHO e-learning course). In: Virtual Campus for Public Health of PAHO/ WHO [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2022 (<https://www.campusvirtualsp.org/en/course/training-primary-care-providers-brief-tobacco-interventions-2021-who-e-learning-course>).

43. Turček M., Kamendy Z., Grohol M., Višňovský E., Bodnár B., Somora M., Okruhlica L., Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu 2021
44. Vyhláška MZ SR 321/2005 Z. z. O rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach).
45. Vyhláška MS SR č. 368/2008 Z. z., o Poriadku výkon trestu odňatia slobody
46. Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach
47. Vyhlášky MS SR č. 437/2006 Z. z., o výkone väzby, interných predpisov a podľa odporúčani Rady Európy o Európskych väzenských pravidlách.
48. WHO acceleration plan to stop obesity, ISBN 978-92-4-007563-4 (electronic version) 2022
49. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346078>).
50. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour2020 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
51. Zákon NR SR č. 221/2006 Z. z., Zákon o výkone väzby v znení noviel
52. Zákon NR SR č. 475/2005 Z. z., Zákon o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov
53. Zákon NR SR č.355/2007 Z. z. O ochrane , podpore a rozvoji verejného zdravia).
54. Zákon o č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, so svojimi špecifikami danými pre väzenské prostredie,
55. Zdravotná gramotnosť 2023 <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
56. Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách 2007 ([https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action3/docs/2004\\_3\\_01\\_manuals\\_sk.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf))

## Zoznam príloh

Príloha č. 1: Čo spôsobuje obezitu

Príloha č. 2: Ako sa telo bráni znižovaniu telesnej hmotnosti

Príloha č. 3: Model krátkej intervencie v pohybovej aktivite 5P

Príloha č. 4: Odporúčanie pre pohybové správanie dospelých

Príloha č. 5: 7 pilierov sebastarostlivosti

Príloha č. 6: Vplyv rizikových faktorov na neprenosné ochorenia

### **Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch, alebo na základe klinickej konzultácie, alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15.11.2023.

**Zuzana Dolinková**  
ministerka zdravotníctva

# ČO SPÔSOBUJE OBEZITU?

## JEDNÝM Z FAKTOROV JE GENETIKA



### INDEX TELESNEJ HMOTNOSTI (BMI) JE AŽ Z 80 % PREDURČENÝ GÉNMI

Telesnú hmotnosť ovplyvňujú niektoré gény a v prípade, že ich máte veľa, tak existuje až **15-krát vyššie riziko**, že budete mať obezitu, na rozdiel od ľudí, ktorí tieto gény nemajú. Štúdie jednovaječných dvojčiat, ktoré vyrastali oddelene, preukazujú, že aj napriek tomu, že vyrastali v odlišných prostrediach, ich index telesnej hmotnosti je podobný.

### NAŠA HMOTNOSŤ MÔŽE BYŤ PREDURČENÁ EŠTE PRED NARODENÍM

Deti matiek trpiacich obezitou majú vyššie riziko, že sa u nich takisto objaví obezita. Zmeny v hmotnosti matiek a otcov prispievajú ku genetickým faktorom, ktoré ovplyvňujú hmotnosť. Táto je tiež podmienená **interakciou génov a prostredia**.



### NAŠA REAKCIA NA STRAVU MÁ TIEŽ GENETICKÝ KOMPONENT

Spôsob reakcie ľudského organizmu na zvýšený alebo znížený obsah kalórií **sa odlišuje u rôznych ľudí**. Dokonca aj naše reakcie na televízne reklamy na jedlo môžu byť ovplyvnené našou genetikou.

### OBEZITA JE OCHORENIE

Obezita je chronické, recidivujúce ochorenie. Môže negatívne ovplyvniť fyzické aj mentálne zdravie a celkovú kvalitu života. Obezita má veľa príčin a nie je ovplyvniteľná len cvičením alebo stravou.



### JE POTREBNÉ UROBIŤ VIAC

Je veľmi dôležité zvyšovať povedomie o obezite ako o chronickom ochorení a súčasne musíme odstrániť stigmatizáciu, s ktorou sa stretávajú ľudia, ktorí žijú s obezitou. Zaslúžia si rovnaký **súcit a dôstojnosť** ako ktokoľvek iný, kto bojuje s chronickým ochorením.



KAMPAŇ KOALÍCIE  
ECPO – ČLOVEK NA  
PRVOM MIESTE,  
STREDA 21. OKTÓBRA



EASO  
ECPO



#LIVINGWITHOBESITY

Zdroj: EASO ECPO, preklad SKLON.



## VIETE, ŽE SA ĽUDSKÉ TELO BRÁNI ZNIŽOVANIU HMOTNOSTI?

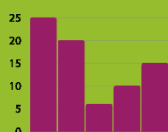


### ČLOVEK SA POČAS EVOLÚCIE VYVINUL TAK, ABY SI UDRŽAL HMOTNOSŤ

Počas ľudskej existencie sme bojovali s nedostatkom potravy. V dôsledku toho ľudské telo preferuje zvyšovanie hmotnosti pred jej stratou. Naše telá si vytvorili obranné mechanizmy, ktoré sťažujú znižovanie hmotnosti.

### VÝRAZNÝ ÚBYTOK HMOTNOSTI MENÍ NAŠE HORMÓNY

Pri úbytku hmotnosti sa **menia naše hormóny**, v dôsledku čoho sa zvyšuje náš hlad a znižuje pocit uspokojenia z jedla. Ľudské telo sa prepne do režimu zníženia energie a dokonca dokáže zmeniť svoju teplotu, aby zabránilo ďalšiemu úbytku hmotnosti.



### ZNÍŽENÚ VÁHU ČASTO ZÍSKAME NASPÄŤ

80 % ľudí, ktorí zredukujú svoju telesnú hmotnosť o 5 %, ju môže do piatich rokov nadobudnúť naspäť. Vo väčšine štúdií monitorujúcich účinnosť diét a cvičenia sa potvrdilo, že akýkoľvek dosiahnutý výsledok v súvislosti s úbytkom hmotnosti sa často stratí po 4 až 7 rokoch.

### „NOVÝ ŠTANDARD“

Dr. Arya Sharma, expert na obezitu z organizácie Obesity Canada, tvrdí, že keď zvýšime hmotnosť, **naše telo ju začne považovať za „nový štandard“ a bráni sa jej zníženiu**. V rámci tohto procesu môžeme mať dokonca chuť na jedlá s vyššou kalorickou hodnotou. „Prirovnal by som to k ľahaniu za gumičku. Chudnete... ako keby ste ľahali za gumičku... ale v okamihu, keď za ňu prestanete ľahať, vráti sa späť.“



### POMÔŽE ODSTRÁNENIE STIGMATIZÁCIE?

Obezita je chronické ochorenie, ktoré má oveľa viac príčin, ako si myslíme. Aj keď má obezita až v 80 % prípadoch pôvod v genetike, ľudia, ktorí majú obezitu, za svoju hmotnosť často cítia osobnú zodpovednosť. Ako môžete pomôcť? Navštívte našu stránku [www.sklon.sk](http://www.sklon.sk), kde nájdete viac informácií.

KAMPAŇ KOALÍCIE  
ECPO – ČLOVEK NA  
PRVOM MIESTE,  
STREDA 21. OKTÓBRA



EASO  
ECPO 

#LIVINGWITHOBESITY

Zdroj: EASO ECPO, preklad SKLON.

**Postup v krátkej intervencii pohybovej aktivity založenej na modeli „5 P – podpora zmeny správania,,**



#### Príloha č. 4:

Odporúčania pre pohybové správanie dospelých (vo veku 18-64 rokov) založené na integrácii fyzickej aktivity, sedavého správania a spánku

Preventívne  
postupy



Pre zdravotné prínosy by dospelí mali:  
**BYŤ FYZICKY AKTÍVNI KAŽDÝ DEŇ, MINIMALIZOVAŤ SEDAVÉ SPRÁVANIE A MAŤ DOSTATOČNÝ SPÁNOK.**

### FYZICKÁ AKTIVITA

Odporúča sa:  
**VŠETCI DOSPELÍ BY MALI VYKONÁVAŤ PRAVIDELNÚ FYZICKÚ AKTIVITU.**

1. dospelí by mali vykonávať aspoň **150-300 minút stredne intenzívnej aeróbnej fyzickej aktivity**, alebo aspoň **75-150 minút intenzívnej aeróbnej fyzickej aktivity**, alebo ekvivalentnú kombináciu miernej a intenzívnej aktivity počas týždňa pre podstatné zdravotné výhody
2. dospelí by mali tiež vykonávať aktivity na **posilňovanie svalov so strednou alebo vyššou intenzitou**, ktoré zahŕňajú všetky svalové skupiny **2 alebo viac dní v týždni** pre ďalšie zdravotné výhody



### SEDAVÉ SPRÁVANIE

Odporúča sa:  
**DOSPELÍ BY MALI OBMEDZIŤ ČAS STRÁVENÝ SEDENÍM.**

Nahradenie sedavého správania fyzickou aktivitou akejkoľvek intenzity (vrátane pobytu vonku) poskytuje zdravotné výhody. Aby sa znížili škodlivé účinky vysokej úrovne sedavého správania na zdravie, dospelí by mali vykonávať viac ako odporúčané úrovne mienej až intenzívnej fyzickej aktivity.

### SPÁNOK

Odporúča sa:  
**7 AŽ 9 HODÍN KVALITNÉHO SPÁNKU NA PRAVIDELNEJ BÁZE S KONZISTENTNÝM ČASOM SPÁNKU A PREBUDENIA.**



Fyzická aktivita dospelých prináša výhody pre tieto zdravotné výsledky: nižšie riziko úmrtnosti, kardiovaskulárnych ochorení, hypertenzie, niektorých druhov onkologických ochorení, diabetu, duševného zdravia (zníženie príznakov úzkosti a depresie), kognitívneho zdravia a spánku, a zlepšenie kvality života a fyzických funkcií.

Nahradenie sedavého správania dostatočnou fyzickou aktivitou a výmena ľahkej fyzickej aktivity za miernu až intenzívnu fyzickú aktivitu pri zachovaní dostatočného spánku môže poskytnúť väčšie zdravotné výhody.

Robiť malé kroky a zdravé voľby rôznych druhov pohybu každý deň môže mať veľký vplyv na zdravie.

(Zdroj : WHO Odporúčanie pre fyzickú aktivitu a sedavé správanie 2020, upravené)

## PRÍLOHA Č. 5: 7 PILIEROV SEBA STAROSTLIVOSTI



### RÁMEC STAROSTLIVOSTI O SEBA ZAHŔŇA:

#### 1. ZDRAVOTNÚ GRAMOTNOSŤ

- schopnosť jednotlivcov získať, spracovať a pochopiť základné zdravotné informácie a služby potrebné na prijímanie vhodných zdravotných rozhodnutí

#### 2. DUŠEVNÚ POHODU

- poznať svoj index telesnej hmotnosti (BMI), hladinu cholesterolu, krvný tlak; zapojenie sa do zdravotného skríningu.

#### 3. FYZICKÚ AKTIVITU

- cvičenie miernej intenzity fyzickej aktivity, ako je chôdza, bicyklovanie alebo športovanie v požadovanej frekvencii.

#### 4. VYHÝBANIE SA RIZIKU ALEBO JEHO ZMIERŇOVANIE

- zanechanie tabaku, obmedzenie pitia alkoholu, očkovanie, praktizovanie bezpečného sexu, používanie opaľovacích krémov.

#### 5. ZDRAVÉ STRAVOVANIE

- výživnú, vyváženú stravu s primeraným príjmom kalórií

#### 6. DOBRÚ HYGIENU

- pravidelné umývanie rúk, čistenie zubov, umývanie jedla.

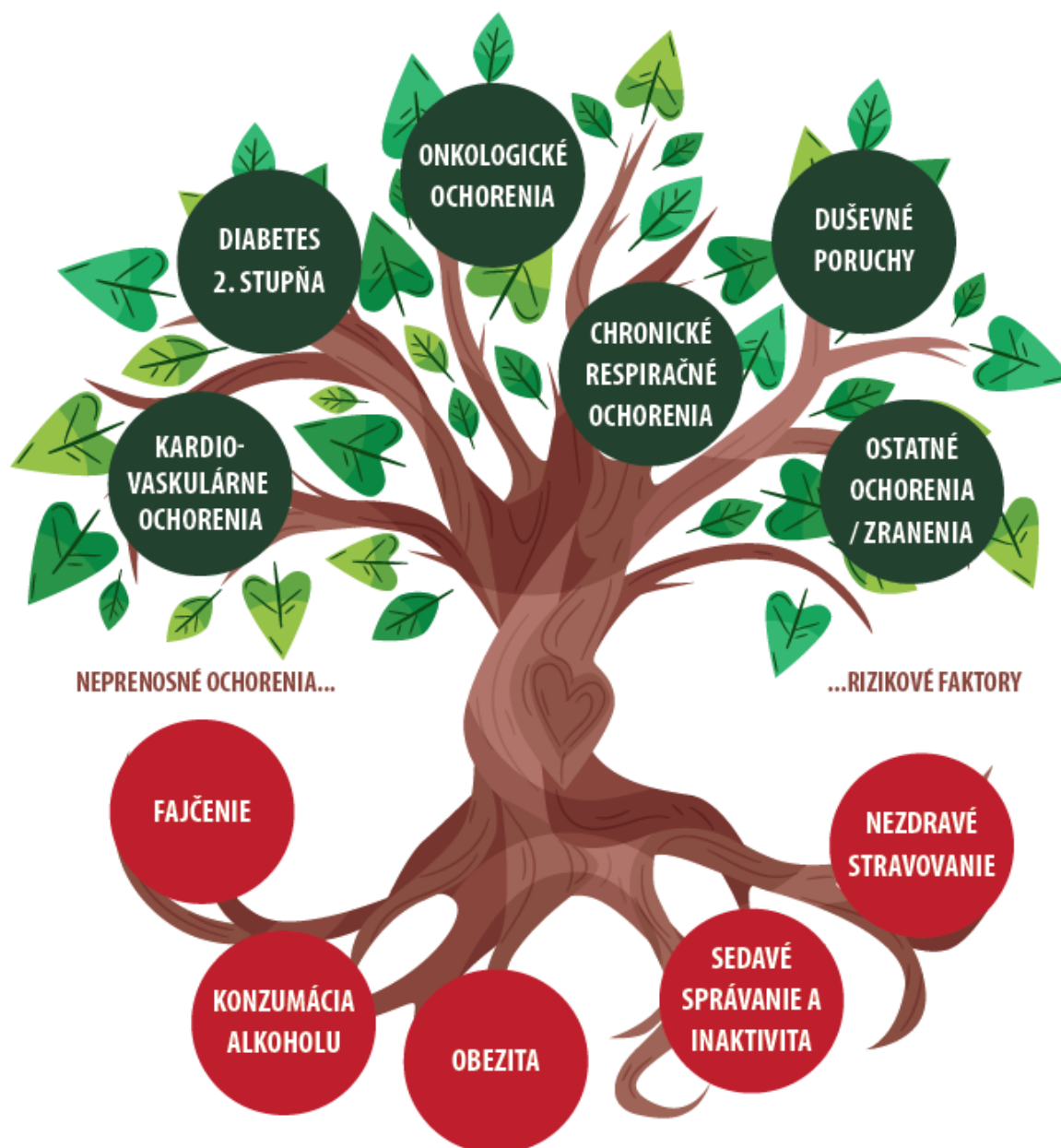
#### 7. RACIONÁLNE A ZODPOVEDNÉ POUŽÍVANIE PRODUKTOV, SLUŽIEB, DIAGNOSTIKY A LIEKOV

- uvedomovanie si nebezpečenstiev, zodpovedné používanie v prípade potreby.

### SCHEMATICKY ZNÁZORNENÝCH SEDEM PILIEROV:



**PRÍLOHA Č. 6:**  
**VPLYV RIZIKOVÝCH FAKTOROV**  
**NA NEPRENOSNÉ OCHORENIA**



Zdroj: WHO 2017 upravené