

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o.
Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi v Rožňave

VADEMECUM INOVATÍVNEHO VZDELÁVANIA OSÔB TRETIEHO VEKU I.

Učebné texty pre študentov univerzity tretieho veku

KOLEKTÍV AUTOROV

2024

© Autori: **KOLEKTÍV AUTOROV**

PhDr. Ferenčíková Ingrid, PhD.

PhDr. Koltáš Marek, PhD., MBA

doc. ThLic. Laca Peter, PhD.

PhDr. Nemčoková Adriana, PhD., MHP

PhDr. Praznovská Daniela Lorko

Mgr. Sitáková Eva

PhDr. Mhr., Ing. Trnková Ľubica, PhD., MPH

Zostavovateľ: prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

VADEMECUM INOVATÍVNEHO VZDELÁVANIA OSÔB VYŠŠIEHO VEKU I.

Recenzenti:

prof. PhDr. Anna Bérešová, PhD.

RNDr. Mgr. Mária Kollárová, PhD.

Vydavateľ: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o.,
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi v Rožňave

Vydanie: prvé

Rok vydania: 2024

Náklad: 200 kusov

Počet strán: 145

Jazyková úprava: Texty neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú úpravu a obsahovú stránku sú zodpovední jednotliví autori príspevkov.

Tlač: A-Print, s.r.o. Prešov

ISBN 978-80-8132-294-5

Učebné texty sú výsledkom interného mikrograntu: 001-24-IG pod názvom:
Edukovanosť populácie vyššieho veku vo vybraných oblastiach systému zdravotno-sociálnej starostlivosti.

OBSAH

1	VZNIK A VÝVOJ DETAŠOVANÉHO PRACOVISKA VŠZaSP SV. ALŽBETY V ROŽŇAVE	5
1.1	Založenie detašovaného pracoviska	5
1.2	Aktivované študijné programy	7
1.3	Vývoj počtu študentov v akademických rokoch 2009-2024	9
1.4	Aktivity a ocenenia pracoviska	21
2	BLAHOŠLAVENÁ SÁRA SALKAHÁZI - PATRÓNKA DETAŠOVANÉHO PRACOVISKA VŠZaSP SV. ALŽBETY V ROŽŇAVE	24
2.1	Zo života bl. Sáry Salkaházi	24
2.2	Obeta vlastného života	27
2.3	Ocenenie a proces blahorečenia	29
3	KOMPLEXNÉ GERIATRICKÉ POSÚDENIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI	33
3.1	Pojmy procesu posúdenia	33
3.2	Indikácie komplexného geriatrického hodnotenia	37
3.3	Postup pri komplexnom geriatrickom posúdení	41
3.4	Vybrané nástroje využívané pri CGA	47
4	DEMENCIA A ALZHEIMEROVA CHOROBA	51
4.1	Demencia a Alzheimerova choroba	51
4.2	Rozvíjanie stratégií, ako všetko zvládnuť	58
4.3	Formy a spúšťače demencie	61
5	TRÉNING MOZGU A PAMÄTI	70
5.1	Mozog a jeho funkcie	70
5.2	Pamäť	75
5.3	Spomienky	77
5.4	Mnemotechniky	78
5.5	Prostriedky na podporu pamäti	79
5.6	Mýty o mozgu	81
6	PODPORA A ROZVOJ FYZICKÉHO ZDRAVIA SENIOROV	87
6.1	Význam fyzického zdravia v seniorskom veku	87
6.2	Prevenia chorôb	90
6.3	Výživa a hydratácia	93
6.4	Pohybový režim a šport	96
7	PODPORA A ROZVOJ PSYCHICKÉHO ZDRAVIA SENIOROV	105
7.1	Kvalita života	105
7.2	Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030	107

8	STRATÉGIE A METÓDY ROZVOJA OSOBNOSTI SENIORA	111
8.1	Definícia osobnosti	112
8.2	Edukácia seniorov.....	115
9	RODINA A INTERPERSONÁLNE VZŤAHY V ŽIVOTE SENIORA - GENERAČNÉ PROBLÉMY	118
9.1	Rodina a jej funkcie	118
9.2	Generačné problémy	120
10	VÝŽIVA VO VYŠŠOM VEKU	121
10.1	Zásady stravovania a špecifiká príjmu potravy	124
10.2	Makronutrienty - bielkoviny, sacharidy, tuky	126
10.3	Mikronutrienty - vitamíny, minerálne látky, stopové prvky	128
10.4	Pitný režim seniorov	132
11	OCHRANA SPOTREBITEĽA V SLOVENSKOM A V EURÓPSKOM SÚKROMNOM PRÁVE	136
11.1	Nový zákon o ochrane spotrebiteľa	136
11.2	Dôvody potreby zmeny zákona o ochrane spotrebiteľa	140
11.3	Slovenská obchodná inšpekcia	141
11.4	Reklamácia	143
11.5	Alternatívne riešenie spotrebiteľských sporov	145
11.6	Nekalé obchodné praktiky	145

1 VZNIK A VÝVOJ DETAŠOVANÉHO PRACOVISKA VŠZaSP SV. ALŽBETY V ROŽŇAVE

doc. ThLic. Peter Laca, PhD.

Mesto Rožňava má svoju tradíciu vo výchove a vzdelávaní sestier, keďže o čosi viac ako sedemdesiat rokov je v meste etablovaná Stredná zdravotnícka škola, ktorá vznikla 1. septembra 1951 bývalým zriadením - Poverenictvom školstva, vied a umení. Bolo teda namieste pozdvihnúť vzdelávanie v tomto meste na Európsky štandard. Preto profesorka Mária Kilíková vycestovala do Bratislavy za zriaďovateľom a rektorom Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety profesorom Vladimírom Krčméry, aby ho oslovila s touto myšlienkou. Požiadala ho o to, aby geograficky záchytné pracovisko pre celú oblasť regiónu Gemer Novohrad, mohlo byť zriadené práve v meste Rožňava. Základným argumentom boli tradície vo vzdelávaní sestier a praktické skúsenosti. Stačilo už len spojiť tieto dve veci a ísť cestou vysokoškolského vzdelávania v záujme potrieb daného regiónu, ktorý patril a dodnes patrí medzi najchudobnejšie slovenské regióny s veľkou mierou nezamestnanosti dosahujúcou v Gemeri (v troch okresoch) takmer 25% a v Novohrade takmer 30%. To bol azda tiež jeden z dôvodov, prečo sa hľadali možnosti poskytnutia vzdelania čo najbližšie k uchádzačovi, študentovi v tomto regióne.

1.1 Založenie detašovaného pracoviska v Rožňave

Založením pracoviska Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave sa priblížilo vysokoškolské vzdelávanie v odbore Sociálna práca a Ošetrovateľstvo mnohým záujemcom v jednom najchudobnejších a najzaostalejších regiónov Slovenska. S myšlienkou prof. Márie Kilíkovej - založiť vysokoškolské vzdelávanie pre sestry a pôrodné asistentky v Rožňave - sa stotožnil nielen zriaďovateľ Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety prof. Krčméry, ale aj MUDr. Imrich Tóth, ktorý sa v roku 2008 stal novým riaditeľom nemocnice s poliklinikou v Rožňave (Čižmáriková, 2008). Nový riaditeľ chcel rožňavskú nemocnicu sv. Barbory zviditeľniť aj vzdelávacou formou, preto v marci v roku 2009 podpísal zmluvu, v ktorej sa uvádzali presné podmienky, za akých by malo byť vysokoškolské pracovisko v Rožňave zriadené. Všetko bolo v štádiu riešenia. Čakalo sa iba na vyjadrenie Košického samosprávneho kraja, ktorý mal schváliť žiadosť o prenájme priestorov nemocnice pre tieto účely. Žiadosť bola Košickým samosprávnym krajom schválená a boli určené aj priestory konkrétnych miestností, ako aj výška nájomného za ich využívanie (Mihóková, 2009). Po súhlase zriaďovateľa Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety prof. Krčméryho sa spustila príprava priestorov, prvé učebne sa zriadili v administratívnej budove rožňavskej nemocnice, v ktorých začalo prebiehať vzdelávanie študentov vedného odboru Ošetrovateľstvo. Keďže teoretické aj praktické vzdelávanie študentov ošetrovateľstva prebiehalo v priestoroch rožňavskej nemocnice sv. Barbory, preto sa pracovisko VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave neoficiálne nazývalo ako *detašované pracovisko sv. Barbory*. Prvý slávnostný akt imatrikulácie študentov prvého ročníka v študijnom odbore Ošetrovateľstvo sa začal v zasadačke Riaditeľstva Nemocnice s poliklinikou sv. Barbory v Rožňave **9. októbra 2009** za prítomnosti akademických funkcionárov a ministra zdravotníctva Slovenskej republiky. Týmto slávnostným aktom

imatrikulácie 58-mich študentov sa otvorilo **pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave** a začal sa nový akademický rok (Laca, 2020). Slávnostného aktu, ako uvádza (Laca, 2020), sa zúčastnili Richard Raši, minister zdravotníctva SR; prof. Vladimír Krčméry, rektor Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave; prof. Miron Šramka, prorektor Katedry ošetrovateľstva Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva bl. Petra Pavla Gojdiča v Prešove; prof. Mária Kilíková, vedúca Katedry pre bakalárske štúdium Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva bl. Petra Pavla Gojdiča v Prešove - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave; MUDr. Marta Hlaváčová, predsedníčka Predstavenstva NsP sv. Barbory v Rožňave a Mgr. Martin Kerul', kancelár Biskupského úradu v Rožňave. V tento deň si Minister zdravotníctva SR doktor Raši a prof. Kilíková prevzali z rúk rektora prof. Krčméryho aj *Pečať rektora*, ktorú im udelil za zásluhy v oblasti rozvoja rezortného vzdelávania v oblasti zdravotníctva.

Cieľom prof. Kilíkovej a vedenia VŠZaSP sv. Alžbety bolo postupom času rozšíriť vysokoškolské vzdelávanie aj o iné študijné programy a postgraduálne stupne vzdelávania, preto sa zvažovalo a hľadali sa možnosti presťahovať sa z menších priestorov nemocničného prostredia do väčších priestorov, kde by boli vhodnejšie a lepšie podmienky pre vysokoškolské vzdelávanie, keďže sa postupne akreditoval študijný program *Sociálna práca a Doplňujúce pedagogické štúdium*. V čase hľadania nových priestorov pre pracovisko VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave došlo k uvoľneniu priestorov v budove niekdajšej starej rožňavskej nemocnice na ulici Kósu Schoppera 22, v ktorých od roku 1999 do roku 2000 pôsobilo vysunuté pracovisko Univerzity Pavla Jozefa Šafárika so sídlom v Košiciach. Keďže toto pracovisko univerzity sa už v tom čase sťahovalo späť do Košíc, prof. Kilíková využila možnosť prenajať priestory v tejto budove pre pracovisko VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave, vlastníkom ktorých je Biskupský úrad Rímskokatolíckej cirkvi v Rožňave. Zásluhu na podpore a myšlienke presťahovať sa do priestorov tejto budovy vnukol prof. Kilíkovej emeritný rožňavský rímskokatolícky biskup Eduard Kojnok. Bol to práve on, kto predchádzajúcich, ale aj nových nájomcov veľmi intenzívne podporoval v procese a podpore vzdelávania na danom území (Laca, 2020).

Priestory v budove poskytol k prenájmu pracovisku VŠZaSP sv. Alžbety nebohý emeritný biskup rožňavskej diecézy Mons. Vladimír Filo, ktorý bol od roku 2002 vymenovaný za biskupa koadjútora rožňavskej diecézy, a ktorý ochotne celé roky spolupracoval s biskupom Kojnokom a pracovisku VŠZaSP sv. Alžbety vždy ochotne pomáhal. Detašované pracovisko sa takto presťahovalo **1. februára 2010** zo skromných nemocničných priestorov do novej budovy, v ktorej začal nasledujúci akademický rok 2009/2010 s dvoma študijnými odbormi - **Sociálna práca a Ošetrovateľstvo**. Prvá slávnostná imatrikulácia študentov pracoviska VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave sa konala v akademickom roku 2010/2011 už v nových priestoroch budovy niekdajšej starej rožňavskej nemocnice. Slávnostná imatrikulácia sa uskutočnila 22. októbra 2010 za účasti prof. Karvaja, vtedajšieho rektora VŠZaSP sv. Alžbety, prof. Krčméryho, zriaďovateľa VŠZaSP sv. Alžbety, prof. Šramku, prorektora VŠZaSP sv. Alžbety. Vedúca pracoviska prof. Kilíková privítala v krátkom príhovore akademických funkcionárov, študentov a hostí. Nasledoval slávnostný imatrikulačný sľub. Zložením imatrikulačného sľubu sa tak všetci študenti začlenili do akademickej obce so všetkými právami i povinnosťami. Oficiálny slávnostný imatrikulačný akt ukončilo odovzdávanie medailí svätej Alžbety, ktorými zriaďovateľ vysokej školy prof. Krčméry

oceníl Norberta Schürmanna, generálneho riaditeľa a predsedu predstavenstva Východoslovenskej energetiky Košice a PhDr. Markétu Hric, manažérku ľudských zdrojov Východoslovenskej energetiky Košice. Ocenenie si prevzali za pomoc a rozvoj vysokoškolského vzdelávania v regióne Rožňava - za zabezpečenie materiálno-technického vybavenia detašovaného pracoviska v Rožňave a podporu prvého grantového projektu na zriadenie knižnice a učebne pre študentov, ktorá bola podporená Karpatskou nadáciou Košice. Projekt premenil študovňu s knižnicou na archív v počte 695 publikácií (Koltáš, 2010). Na existencii VŠZaSP sv. Alžbety v meste Rožňava má bezpochyby nemalú zásluhu i prof. Mária Kilíková, lebo jej snaha a úsilie neostali nepovšimnuté, a tak aj ona bola ocenená medailou sv. Alžbety, ktorú jej odovzdal počas slávnostnej imatrikulácie rektor školy.

V akademickom roku 2010/2011 eviduje VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave už 189 nových študentov, z toho zahraničných študentov bolo 36 (v ošetrovatelstve 20, v sociálnej práci 16). Ošetrovatelstvo v externej forme študovalo 59 prvákov, nový odbor - Sociálna práca oslovil 130 študentov, z toho 96 ho študovalo v externej forme. Aj historicky prvé štátne skúšky sa uskutočnili v priestoroch novej budovy v marci v roku 2012 a prvá slávnostná promócia sa konala 25. apríla 2012 v priestoroch dnešnej kongresovej sály radnice mesta Rožňava za prítomnosti mnohých akademických funkcionárov, študentov a ich príbuzných príslušníkov. Mnohí si možno položia otázku, ako vlastne vznikol názov, resp. ako vzniklo pomenovanie vysokoškolského pracoviska po bl. Sáre Salkaházi, keď na rôznych internetových stránkach sa častokrát nachádza rožňavské pracovisko označované a menované ako pracovisko Vysokej školy sv. Barbory v Rožňave. V minulosti sa toto pracovisko nazývalo podľa svätej Barbory, pretože malo svoje sídlo pôsobenia a vzdelávania v rožňavskej nemocnici s poliklinikou sv. Barbory. Podľa slov prof. Kilíkovej nebolo však nikdy pracovisko oficiálne pomenované podľa sv. Barbory. Fungovalo iba ako pracovisko VŠZaSP sv. Alžbety. Po presťahovaní sa pracoviska z nemocničných priestorov a ukončení imatrikulačných slávností vzišiel z vlastnej iniciatívy zriaďovateľa a rektora vysokej školy prof. Krčméryho návrh, ktorý akceptoval akademický senát vysokej školy, že pokiaľ sa časom pracovisko stabilizuje v nových podmienkach a bude expandovať, malo by mať svoju patrónku. Preto na návrh zriaďovateľa vysokej školy prof. Vladimíra Krčméryho schválil Akademický senát VŠZaSP sv. Alžbety dňa **16. marca 2011** pracovisku patrónku **blahoslavenú sociálnu sestru Sáru Salkaházi**, ktorá pochádzala z tohto regiónu a ktorá prepájala sociálnu prácu, zvlášť terénnu sociálnu prácu s ošetrovateľským ponímaním. Voľba, aby sa patrónkou detašovaného pracoviska VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave stala práve bl. Sára Salkaházi, bola opodstatnená. Preto ju akademický senát schválil za patrónku detašovaného pracoviska a odvtedy sa oficiálne uvádza názov detašovaného pracoviska v Rožňave ako pracovisko blahoslavenej Sáry Salkaházi. (Laca, 2020).

1.2 Aktivované študijné programy

Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi v Rožňave Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave pripravuje študentov vedných odborov **Ošetrovatelstvo** a **Sociálna práca**. Okrem týchto dvoch vedných odborov pracovisko pripravovalo v akademickom roku 2019/2020 aj študentov v študijnom odbore **Fyziologická a klinická výživa**. Pokladáme za prínosné zdôrazniť aj to, že na detašovanom pracovisku môžu študenti absolvovať **rigorózne konanie**, a tiež **doplňujúce pedagogické štúdium**.

Všetky vedné disciplíny vedných odborov boli vo svojom prvopočiatku zastrešované filozofiou, pretože filozofia skúmala svet ako celok. Od filozofie sa postupne odčlenili jednotlivé smery a vytvorili svoj vlastný okruh skúmania, zhruba v takej podobe, ako to poznáme dnes. Samozrejme, neudialo sa to jednorazovo a rýchlo. Proces vyčleňovania bol zdĺhavý. Vedné disciplíny si potom rozdelili jednotlivé oblasti, aj keď možno jedna do druhej do určitej miery zasahuje, svoj predmet skúmania a metódou výskumu má každá iný a špecifický. Pre *ošetrovatelstvo* je predmetom skúmania *systém špecifických teoretických vedeckých poznatkov* a metódou praxe je *systematický ošetrovateľský proces*. Ošetrovatelstvo je teda veľmi rozmanitý odbor s vlastnou teoretickou základňou a praktickou aplikáciou, môžeme povedať, že je multidisciplinárnym a interdisciplinárnym odborom, pretože čerpá z rady odborov a využíva väzby medzi jednotlivými odbormi. Získava poznatky z prírodovedných, humanitných a spoločenských vied, ktoré sa zaoberajú človekom, jeho správaním, zdravím, vzťahom k prostrediu a spoločnosti. Žiadny vedný odbor, ktorý sa zaoberá človekom, neposudzuje človeka tak komplexne a z toľkých rôznych hľadísk, ako samotné ošetrovatelstvo. Je to veľmi rozmanitá mladá vedná disciplína, patrí medzi humanitné vedy, základným pilierom je pre ňu konať dobro a možno ju rozčleniť podľa zamerania na základné a aplikované odbory.

Ošetrovatelstvo je vedná disciplína, ktorá je charakterizovaná starostlivosťou o zdravie. Predmetom skúmania je *človek, ošetrovateľská činnosť, zdravie a prostredie*. To znamená, že ošetrovatelstvo by sa dalo charakterizovať ako starostlivosť o osobu s určitým stupňom zdravia, ktorá sa nachádza v určitom prostredí. (Bužgová, 2018). Ošetrovatelstvo ako vedný odbor je pomerne mladá disciplína, ktorá prešla rôznym historickým vývojom a nie nadarmo sa jej hovorí, že je najstarším umením a najmladšou vedou. Rámcovo ošetrovatelstvo možno rozdeliť podľa Frčovej (2008), do troch historických období: **starovek** (*neprofesionálne ošetrovatelstvo, tzv. laické intuitívne*), **stredovek** (*charitatívne ošetrovatelstvo*) a **novovek** (*profesionálne ošetrovatelstvo*). Novoveké moderné profesionálne ošetrovatelstvo je disciplína založená na samostatnosti sestry a tímovej spolupráci s lekármi a ostatnými odborníkmi, nie na rôznych historických normách, ktoré smerujú sestru do úlohy poslušnej vykonávateľky lekárových príkazov. Je to odbor stavajúci na nových poznatkoch, ktoré sa overujú a uplatňujú v praxi, odbor založený na výskume a podložený reálnou praxou. Ako sme už uviedli, ošetrovatelstvo je relatívne veľmi mladá vedecká disciplína (napr. v porovnaní s medicínou), ktorá má svoju vlastnú koncepciu, je realizovaná formou ošetrovateľského procesu a vychádza z vedeckých poznatkov, má svoju: **filozofiu** (filozofia odboru); **metaparadigm** (predmet skúmania); **paradigm** (teóriu odboru); **metodológiu**; **výskum**; **systém vzdelávania**; **národné a medzinárodné odborné organizácie** (Kilíková, 2017).

Sociálna práca je akademická disciplína a profesia, ktorá reflektuje vzťah človeka a jeho okolia a úsilie jednotlivcov, rodín, skupín alebo komunít zlepšiť svoje sociálne fungovanie a celkovú situáciu. Podporuje sociálnu zmenu, sociálny rozvoj, sociálnu súdržnosť, ako aj posilňovanie schopností jednotlivca v jeho samostatnom sociálnom fungovaní. Princípy sociálnej spravodlivosti, ľudských práv, spoločnej zodpovednosti a rešpektovanie rozmanitosti sú ústredné pre sociálnu prácu. Podopretá teóriami sociálnej práce, spoločenských vied, humanitnými a miestnymi poznatkami sa sociálna práca zaoberá ľuďmi a štruktúrami, aby podnecovala životné zmeny a zlepšovala blaho. K nosným témam jadra znalostí študijného odboru patria teoretické a metodologické východiská sociálnej práce a

interdisciplinárne súvislosti sociálnej práce, teórie, metódy a formy sociálnej práce, cieľové skupiny sociálnej práce, teoretické koncepty sociálnej politiky, sociálne zabezpečenie, jeho systém, sociálne služby, sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela, pomoc v hmotnej núdzi, kompenzácia ťažko zdravotne postihnutých, služby zamestnanosti, inkluzívne prístupy a princípy zmocňovania, supervízia v sociálnej práci, manažment a projektovanie v sociálnej práci a metodológia výskumu v sociálnej práci (Laca, 2021).

Každý vedný odbor, teda aj sociálna práca má svoju históriu. Priebeh historického vývoja sociálnej práce nebol vo všetkých jej etapách rovnaký. Sociálna práca sa formovala postupne. Dlhé obdobie sa uplatňovala najmä jej neuvedomelá podoba, až neskôr v dôsledku pribúdania sociálnych problémov a zvyšovania počtu sociálne odkázaných si začala organizovať a vytvárať svoje praktické pole pôsobnosti. Presné vymedzenie vzniku a datovania sociálnej práce nie je zrejme možné. Jej korene však môžeme nájsť v samotných počiatkoch ľudstva. Približne od 9. storočia sa začala písať etapa sociálnej práce, keď z náhodnej, neorganizovanej charitatívnej činnosti vznikla *organizovaná forma praktickej sociálnej pomoci*. Spočiatku to bolo ako pri neorganizovanej činnosti vzniku kláštorov a cirkevných spoločenskostí, ktoré poskytovali pomoc cudzincom, pocestným, obetiam vojen, hladomoru, epidémií a pod. Zároveň sa rozvíjali snahy o poskytovanie výchovno-vzdelávacích činností, hlavne pre siroty a deti z chudobných rodín. Pôvodne sa pomoc poskytovala ako jednotná sociálno-zdravotná forma pomoci namierená na základné životné oblasti (biologické, sociálne a duchovné potreby). Už v najstarších dejinách bola pomoc súčasťou bežného života. Vyskytovala sa pravdepodobne v súvislosti s niektorou z foriem akútneho ohrozenia, akými boli choroby, agresie, odstránenia hladu či zimy. Postupne počet odberateľov pomoci stúpala, prvotné individuálne pomáhajúce prestávalo spĺňať požadujúcu úroveň, pomoc sa začala organizovať a začali sa formovať inštitúcie zaoberajúce sa realizáciou pomoci (Laca, 2016).

Štát, mestá a obce začali postupne budovať z vlastnej iniciatívy sirotince, útulky a mestské nemocnice. Sociálna práca začala byť postupne chápaná ako veda, ktorá dokáže riešiť rôzne sociálne problémy. Treba však poznamenať, že celkový vývoj organizovanej sociálnej práce bol aj z územného hľadiska rôznorodý. K spresneniu prierezu vývoja praktickej sociálnej práce vymenúvame iba niektoré oblasti sociálnej starostlivosti, ktoré riešili sociálne problémy. Sociálna starostlivosť ako uvádzajú (Laca, P., Laca, S., 2016), sa poskytovala v oblastiach: starostlivosť o zdravotne postihnutých; starostlivosť o chorých a umierajúcich; penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť; starostlivosť o pracujúcich, aj nezamestnaných; starostlivosť o deti, mládež a rodinu; starostlivosť o utečencov. Sociálna práca patrí dnes do skupiny sociálnych vied a z vývojového hľadiska sa radí k pomerne mladým vedným odborom, pričom má všetky atribúty modernej, prevažne prakticky zameranej spoločensko-vednej disciplíny, ktorá analyzuje sociálne problémy, postupy a výsledky ich riešenia.

1.3 Vývoj počtu študentov v akademických rokoch 2009-2024

Akademický rok 2019/2020 bol medzníkom v histórii pracoviska bl. Sára Salkaházi VŠZaSP sv. Alžbety so sídlom na ulici Kósu Schoppera 141/22 v Rožňave. Desaťročné v živote pracoviska vysokej školy bolo milou príležitosťou na obzretie sa na cestu, ktorou si prešli študenti, pedagogickí i nepedagogickí pracovníci. Podmienky pre výchovno-vzdelávací

proces boli v jej začiatkoch skromnejšie. No vďaka prof. Kilíkovej, vedúcej pracoviska, sa postupne každým novým akademickým rokom situácia zlepšovala. Pracovisko bl. Sára Salkaházi v Rožňave sa dostalo do povedomia mnohých chtivých študentov, ktorí mali na jednej strane povinnosť sústavne sa vzdelávať, aby obnovovali a udržiavali svoju odbornú spôsobilosť podľa zákona 578/2004 Z.z., a na druhej strane si chceli prehĺbovať svoje vedomosti, aby boli vo svojom odbore čo najkvalifikovanejší. V rámci druhej etapy rozvoja pracoviska v Rožňave uvádzame tabuľkovo spracované počty študentov (koľkí boli zapísaní a koľkí ukončili ročník), ktorí absolvovali štúdium dennou alebo externou formou v študijnom programe *Sociálna práca* alebo *Ošetrovatel'stvo*.

Tab. 1 Stav počtu študentov v akademickom roku 2009/2010

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	Externá	58	54

Prvý akademický rok sa podľa slov prof. Kilíkovej začal na pracovisku v Rožňave so študijným programom *Ošetrovatel'stvo* aj vďaka MUDr. Tóthovi, riaditeľovi rožňavskej nemocnice s poliklinikou. Vyučoval sa len bakalársky stupeň, do ktorého nastúpilo 58 študentov. Študovali na pôde nemocnice sv. Barbory v Rožňave. Štúdium zanechali 4 študenti a ukončili ho 54 študenti. Prvý rok to boli sestry z praxe, vedúce sestry z Nemocnice s poliklinikou v Rožňave, ktoré sa stali neskôr študentkami. Prof. Kilíková uprednostňovala teoretickú a praktickú prípravu pod jednou strechou, preto boli študenti v priestoroch nemocnice len jeden akademický rok a už v januári 2009 sa začalo s prípravou nových priestorov, ktoré boli v tom čase prázdne.

Tab. 2 Stav počtu študentov v akademickom roku 2010/2011

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	Externá	40	37
	2. Bc.	Externá	54	54
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	80	74
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	32	28

Tento akademický rok sa naďalej pokračovalo v štúdiu v študijnom programe *Ošetrovatel'stvo*. Na škole sa od tohto akademického roku začal vyučovať aj študijný odbor *Sociálna práca*, ktorý sa ukončoval akademickým titulom bakalár. Následne bolo možné pokračovať vo vzdelávaní so zámerom získať *doplňujúce pedagogické minimum*. V druhom akademickom roku od založenia pracoviska sa vyučovalo v študijnom odbore *Ošetrovatel'stvo* externou formou a *Sociálna práca* externou aj dennou formou štúdia. Do prvého ročníka prvého stupňa vzdelávania v študijnom programe *Sociálna práca* externej formy nastúpilo 80 študentov, pričom 6 študentov zanechalo alebo prerušilo štúdium. Celkom ukončilo prvý ročník 74 študentov. Do dennej formy v odbore *Sociálna práca* nastúpilo 32 študentov, po

prerušení nastúpili 4 študenti a celkom 28 študentov ukončilo ročník. Do prvého ročníka externej formy v odbore *Ošetrovateľstvo* bolo zapísaných 40 študentov, 3 študenti zanechali štúdium a prvý ročník ukončilo 37 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Ošetrovateľstvo* externej formy nastúpilo 54 študentov a tento ročník ukončilo 54 študentov.

Tab. 3 Stav počtu študentov v akademickom roku 2011/2012

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Ošetrovateľstvo	2. Bc.	Externá	37	36
	3. Bc.	Externá	54	51
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	45	45
	2. Bc.	Externá	74	77
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	27	25
	2. Bc.	Denná	28	25

V tomto akademickom roku sa pokračovalo v štúdiu v rovnakých študijných odboroch, aj v rovnakých formách a stupňoch štúdia. Do prvého ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 45 študentov, 1 študent zanechal štúdium, po prerušení nastúpil 1 študent a ročník ukončilo 45 študentov. Do druhého ročníka externej formy nastúpilo v odbore *Sociálna práca* 74 študentov, štúdium zanechal 1 študent, po prerušení nastúpili 4 študenti a ročník ukončilo 77 študentov. Do prvého ročníka dennej formy štúdia v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo celkom 27 študentov, po prerušení nastúpili 2 študenti a ročník ukončilo 25 študentov. Do druhého ročníka dennej formy štúdia v odbore *Sociálna práca* nastúpilo 28 študentov, po prerušení nastúpili 3 študenti a ročník ukončilo 25 študentov. Do druhého ročníka externej formy štúdia v odbore *Ošetrovateľstvo* nastúpilo 37 študentov, štúdium zanechal 1 študent a ročník ukončilo 36 študentov. Do tretieho ročníka externej formy štúdia v odbore *Ošetrovateľstvo* nastúpilo 54 študentov a rovnaký počet aj ročník ukončili.

Tab. 4 Stav počtu študentov v akademickom roku 2012/2013

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Ošetrovateľstvo	3. Bc.	Externá	36	33
	1. Bc.	DK	55	52
	1. Mgr.	Externá	21	20
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	33	36
	2. Bc.	Externá	45	46
	3. Bc.	Externá	77	79
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	28	20
	2. Bc.	Denná	25	25
	3. Bc.	Denná	25	24

Akademický rok 2012/2013 bol prelomovým rokom. Študenti, ktorí začali študovať v externej forme štúdia v programe *Ošetrovateľstvo*, pokračovali až do úplného ukončenia a získania

titulu bakalár - Bc. Po ukončení ich trojročného štúdia sa zrušila *externá forma* štúdia v programe *Ošetrovatel'stvo* a pokračovalo sa v *dennej kombinovanej forme*. Nastúpili prví chtiví študenti, ktorí mali záujem tento odbor študovať. V tom akademickom roku sa prvýkrát otváral aj magisterský stupeň vzdelania v odbore *Ošetrovatel'stvo*.

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka v externej forme štúdia 33 študentov, v priebehu roka prerušili štúdium 2 študenti, po prerušení štúdia nastúpili 5 študenti a ročník ukončilo celkovo 36 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 45 študentov, po prerušení nastúpil 1 študent a ročník ukončilo celkovo 46 študentov. Do tretieho ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 77 študentov, po prerušení štúdia nastúpili ďalší 2 študenti a tretí ročník ukončilo 79 študentov. Trojročné štúdium ukončilo celkovo 78 študentov a 1 študent štúdium neukončil. Do dennej formy štúdia v odbore *Sociálna práca* nastúpilo 28 študentov, 3 študenti štúdium zanechali, po prerušení štúdia nastúpili 5 študenti a celkovo 20 študentov štúdium ukončilo. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* dennej formy nastúpilo 25 študentov a rovnaký počet študentov 25 - ročník aj ukončilo. Do tretieho ročníka dennej formy štúdia v odbore *Sociálna práca* nastúpilo 25 študentov, ročník ukončilo celkovo 24 študentov, jeden študent ročník neukončil. Do posledného tretieho ročníka externej formy štúdia v študijnom odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 36 študentov, tretí ročník ukončilo celkovo 33 študentov, celkovo štúdium ukončilo 32 študentov a neukončili ho 4 študenti. Do prvého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 55 študentov, štúdium zanechali 3 študenti a ročník ukončilo 52 študentov. Do prvého ročníka magisterského stupňa v odbore *Ošetrovatel'stvo* externej formy štúdia nastúpilo 21 študentov, štúdium zanechal 1 študent a ročník ukončilo 20 študentov.

Tab. 5 Stav počtu študentov v akademickom roku 2013/2014

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Ošetrovatel'stvo	1. Mgr.	Externá	20	20
	2. Mgr.	Externá	20	20
	1. Bc.	DK	40	36
	2. Bc.	DK	52	53
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	51	42
	2. Bc.	Externá	36	34
	3. Bc.	Externá	46	46
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	14	12
	2. Bc.	Denná	20	19
	3. Bc,	Denná	25	24
	1. Mgr.	Externá	79	77

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka externej formy štúdia 51 študentov, v priebehu roka prerušilo štúdium 9 študentov a ročník ukončilo celkovo 42 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 36 študentov, štúdium prerušili 2 študenti a ročník ukončilo celkovo 34 študentov. Do tretieho

ročníka nastúpilo v odbore *Sociálna práca externej formy* štúdiá 46 študentov a bez prerušenia alebo ukončenia štúdiá - ukončilo ročník 46 študentov. Trojročné štúdium ukončilo 35 študentov a 11 študentov štúdium neukončilo. Do prvého ročníka *denného štúdia* v odbore *Sociálna práca* boli zapísaní a nastúpili 14-ti študenti, po čase prerušili štúdium 2 študenti, ročník teda ukončili 12 študenti. Do druhého ročníka denného štúdia v tomto odbore nastúpili 20-ti študenti, po prerušení nastúpil 1 študent a ročník ukončili 19-ti študenti. Do tretieho ročníka dennej formy v tomto odbore nastúpilo 25 študentov, 1 študent štúdium prerušil a ročník ukončilo 24 študentov. Celkové štúdium ukončilo 20 študentov, 4 študenti ho neukončili.

Do prvého ročníka *magisterského stupňa externej formy* v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo a na štúdium nastúpilo 79 študentov, štúdium zanechali 2 študenti, ročník ukončilo 77 študentov.

Do prvého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a začalo študovať celkom 40 študentov, neskôr prerušili štúdium 4 študenti a ročník ukončilo 36 študentov. Do druhého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 52 študentov, štúdium prerušil 1 študent, po prerušení nastúpili ďalší 2 študenti, ročník ukončilo celkom 53 študentov. Do prvého ročníka magisterského stupňa externej formy nastúpilo 20 záujemcov o štúdium, pričom rovnaký počet ročník aj ukončilo. Do druhého ročníka externej formy na magisterskom stupni v rovnakom odbore nastúpilo 20 študentov a rovnaký počet študentov, t. j. 20 študentov - ročník aj celkové štúdium úspešne ukončilo.

Tab. 6 Stav počtu študentov v akademickom roku 2014/2015

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Doplňujúce pedagog. štúdium	1.	Externá	19	19
	2.	Externá	17	17
Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	DK	51	40
	2. Bc.	DK	36	34
	3. Bc.	DK	53	44
	2. Mgr.	Externá	20	18
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	8	6
	2. Bc.	Denná	12	11
	3. Bc.	Denná	24	18
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	29	24
	2. Bc.	Externá	42	40
	3. Bc.	Externá	33	31
	1. Mgr.	Externá	51	51
	2. Mgr.	Externá	76	76

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka externej formy bakalárskeho štúdiá 29 študentov, v priebehu roka prerušilo štúdium 5 študentov a celkovo ročník ukončilo 24 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy

štúdia nastúpilo 42 študentov, štúdium prerušili 2 študenti a celkovo ročník ukončilo 40 študentov. Do tretieho ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 33 študentov, štúdium prerušili 2 študenti a ročník a tiež celkové štúdium ukončilo 31 študentov. Do prvého ročníka dennej formy bakalárskeho stupňa štúdia v odbore *Sociálna práca* bolo zapísaných a k štúdiu nastúpilo 8 študentov, po čase štúdium prerušili 2 študenti, ročník ukončilo 6 študentov. Do druhého ročníka dennej formy v tomto odbore nastúpilo 12 študentov, štúdium prerušil 1 študent a ročník ukončilo 11 študentov. Do tretieho ročníka dennej formy nastúpilo v tomto odbore 24 študentov, 6 študentov štúdium prerušilo a ročník ukončilo 18 študentov. Aj celkové trojročné štúdium ukončilo 18 študentov, plus 1 študent z minulého (predchádzajúceho) akademického roku. Do prvého ročníka magisterského stupňa *externej formy* v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo a nastúpilo na štúdium 51 študentov, štúdium nezanechal ani jeden študent. Ročník ukončilo rovnaký počet študentov, t.j. 51 študentov. Do druhého ročníka v magisterskom stupni *externej formy* sa zapísalo v odbore *Sociálna práca* 76 študentov a rovnaký počet študentov ročník aj ukončilo. Celkové štúdium na magisterskom stupni ukončilo 70 študentov a neukončilo 6 študentov. Do prvého ročníka *dennej kombinovanej formy* v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a nastúpilo na štúdium celkom 51 študentov, 11 študenti ho prerušili a ročník ukončilo 40 študentov. Do druhého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 36 študentov, štúdium prerušili 2 študenti, ročník ukončilo celkom 34 študentov. Do tretieho ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 53 študentov, štúdium prerušilo 9 študentov, ročník a aj trojročné štúdium ukončilo spolu 44 študentov. Do druhého ročníka *externej formy* nastúpilo v magisterskom stupni v rovnakom odbore 20 študentov, 2 študenti štúdium prerušili a ročník aj magisterské štúdium ukončilo celkovo 18 študentov.

V *doplňujúcom pedagogickom štúdiu* sa v tomto roku zapísalo a nastúpilo do prvého ročníka *externej formy* 19 študentov a rovnaký počet študentov ukončilo štúdium. Do druhého ročníka *externej formy* nastúpilo v tomto štúdiu 17 študentov a rovnaký počet študentov štúdium ukončilo. V nemocnici s poliklinikou sv. Barbory sa 9. apríla 2015 konali aj prvé praktické štátne skúšky. V akademickom roku 2014/2015 sa 5.5.2015 uskutočnila slávnostná promócia v priestoroch rožňavského mestského divadla z dôvodu promovania veľkého počtu študentov. Promovali aj prví absolventi, ktorí ukončili magisterské štúdium v odbore *Sociálna práca*.

Tab. 7 Stav počtu študentov v akademickom roku 2015/2016

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Doplňujúce pedag. štúdium	1.	Externá	13	11
	2.	Externá	19	20
Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	DK	69	61
	2. Bc.	DK	40	33
	3. Bc.	DK	34	32
	1. Mgr.	Externá	33	33
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	10	8
	2. Bc.	Denná	6	4
	3. Bc.	Denná	11	11

Sociálna práca	1. Bc.	Externá	25	24
	2. Bc.	Externá	24	22
	3. Bc.	Externá	40	39
	1. Mgr.	Externá	40	39
	2. Mgr.	Externá	51	47

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka externej formy štúdia 25 študentov, v priebehu roka prerušil štúdium 1 študent a ročník ukončilo celkovo 24 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 24 študentov, ročník ukončilo 22 študentov. Do tretieho ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 40 študentov, 1 študent prerušil štúdium a tretí ročník a bakalárske štúdium ukončilo celkom 39 študentov. Do prvého ročníka denného štúdia v odbore *Sociálna práca* nastúpilo 10 študentov, po čase štúdium prerušili 2 študenti, ročník ukončilo 8 študentov. Do druhého ročníka denného štúdia v tomto odbore nastúpilo 6 študentov, štúdium prerušili 2 študenti a ročník ukončili 4 študenti. Do tretieho ročníka dennej formy v tomto odbore nastúpilo 11 študentov a ročník ukončilo 11 študentov. Bakalárske štúdium ukončilo 9 študentov a 2 študenti ho neukončili.

Do prvého ročníka v magisterskom stupni externej formy v odbore *Sociálna práca* sa na štúdium zapísalo a nastúpilo 40 študentov, štúdium zanechal 1 študent a ročník ukončilo 39 študentov. Do druhého ročníka magisterského stupňa externej formy v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo 51 študentov. Štúdium zanechali 4 študenti. Celkovo štúdium ukončilo 47 študentov. Magisterské štúdium ukončilo 46 študentov + 6 študentov z minulého akademického roku a neukončili ho 4+2 študenti - opravné štátne skúšky.

Do prvého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a nastúpilo celkom 69 študentov, po prerušení štúdia nastúpilo ďalších 8 študentov a ročník ukončilo 61 študentov. Do druhého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 40 študentov, štúdium prerušili 2 študenti, po prerušení nastúpil 1 študent a ročník ukončilo celkom 33 študentov. Do tretieho ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 34 študentov, štúdium prerušili 2 študenti, ročník a štúdium celkom ukončilo 32 študentov a 1 študent štúdium neukončil. Do prvého ročníka externej formy v magisterskom stupni v rovnakom odbore nastúpilo 33 študentov a rovnaký počet študentov aj štúdium ukončilo.

V doplňujúcom pedagogickom štúdiu sa do prvého ročníka externej formy zapísalo a nastúpilo 13 študentov, 1 študent zanechal štúdium, po prerušení nastúpil 1 študent a štúdium ukončilo spolu 11 študentov. Do druhého ročníka externej formy v tomto odbore nastúpilo 19 študentov, po prerušení nastúpil 1 študent a štúdium a ročník ukončilo 20 študentov.

Tab. 8 Stav počtu študentov v akademickom roku 2016/2017

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Doplňujúce pedag. štúdium	1.	Externá	13	13
	2.	Externá	11	16

Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	DK	46	39
	2. Bc.	DK	61	54
	3. Bc.	DK	33	22
	1. Mgr.	Externá	23	22
	2. Mgr.	Externá	33	31
Sociálna práca	1. Bc.	Denná	-	-
	2. Bc.	Denná	8	8
	3. Bc.	Denná	4	.*
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	28	22
	2. Bc.	Externá	24	24
	3. Bc.	Externá	24	28**
	1. Mgr.	Externá	31	31
	2. Mgr.	Externá	39	38

* Prestúpili na Externú formu. ** Prestúpili z denného štúdia.

V študijnom programe *Sociálna práca* do prvého ročníka externej formy štúdia nastúpilo 28 študentov, v priebehu roka štúdium prerušilo 6 študentov a ročník ukončilo celkovo 22 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 24 študentov, ročník ukončilo 24 študentov. Do tretieho ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 24 študentov, ďalší 4 študenti nastúpili po prerušení a tento ročník a bakalárske štúdium ukončilo celkovo 28 študentov. Do prvého ročníka denného štúdia nenastúpil žiaden študent. Do druhého ročníka denného štúdia nastúpilo v tomto odbore 8 študentov, štúdium a ročník ukončilo 8 študentov. Do tretieho ročníka dennej formy nastúpili v tomto odbore 4 študenti, ale ročník neukončil žiaden študent. Do prvého ročníka v magisterskom stupni externej formy v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo a na štúdium nastúpilo 31 študentov, štúdium nezanechal ani jeden študent a ročník ukončil rovnaký počet - 31 študentov. Do druhého ročníka sa v magisterskom stupni externej formy v odbore *Sociálna práca* zapísalo 39 študentov. Štúdium zanechal 1 študent. Celkovo ročník ukončilo 38 študentov. Celkové štúdium ukončilo 38 študentov.

Do prvého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a nastúpilo celkom 46 študentov a ročník ukončilo 39 študentov. Do druhého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 61 študentov, ročník ukončilo celkom 54 študentov. Do tretieho ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 33 študentov, ročník a štúdium ukončilo celkom 22 študentov. Do prvého ročníka externej formy v magisterskom stupni v rovnakom odbore nastúpilo 23 študentov, 1 študent štúdium prerušil a 22 študentov ročník ukončilo. Do druhého ročníka externej formy v magisterskom stupni v rovnakom odbore nastúpilo 33 študentov, štúdium zanechali 2 študenti, 31 študentov ukončilo ročník a 26 študentov ukončilo magisterské štúdium. V doplňujúcom pedagogickom štúdiu sa do prvého ročníka externej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* zapísalo a nastúpilo 13 študentov, ročník ukončilo 13 študentov. Do druhého ročníka externej formy v tomto odbore nastúpilo 11 študentov, po prerušení nastúpil 1 študent a ročník a celé štúdium ukončilo 11 študentov.

Tab. 9 Stav počtu študentov v akademickom roku 2017/2018

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Doplňujúce pedagog. štúdium	1.	Externá	18	16
	2.	Externá	10	7
Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	DK	54	41
	2. Bc.	DK	39	39
	3. Bc.	DK	54	54
	1. Mgr.	Externá	31	33
	2. Mgr.	Externá	19	19
Sociálna práca	1. Bc.	Externá	22	16
	2. Bc.	Externá	24	23
	3. Bc.	Externá	28	28
Sociálna práca	3. Bc.	Denná	8	8
	1. Mgr.	Externá	16	16
	2. Mgr.	Externá	33	33

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka externej formy štúdia bakalárskeho stupňa 22 študentov, v priebehu roka štúdium prerušilo 6 študentov a ročník ukončilo celkovo 16 študentov. Do druhého ročníka v odbore *Sociálna práca* nastúpilo v externej forme štúdia 24 študentov, 1 študent štúdium prerušil a ročník ukončilo spolu 23 študentov. Do tretieho ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 28 študentov a ročník ukončilo celkovo 28 študentov, ale štúdium bakalárskeho stupňa ukončilo o 2 študentov menej, celkom 26 študentov.

Do tretieho ročníka denného štúdia v tomto odbore nastúpilo 8 študentov, ročník ukončil rovnaký počet študentov 8 a prvý stupeň štúdia ukončilo celkom 7 študentov. Do prvého ročníka v magisterskom stupni externej formy v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo a na štúdium nastúpilo 16 študentov, štúdium nezanechal ani jeden študent a ročník ukončil rovnaký počet študentov, t. j. 16. Do druhého ročníka na magisterskom stupni externej formy sa zapísalo v odbore *Sociálna práca* 33 študentov. Ročník ukončilo celkovo 33 študentov.

Do prvého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a nastúpilo na štúdium celkom 54 študentov a ročník ukončilo 41 študentov. Do druhého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 39 študentov, ročník ukončilo celkom 39 študentov. Do tretieho ročníka dennej kombinovanej formy nastúpilo v odbore *Ošetrovatel'stvo* 54 študentov, ročník a štúdium ukončilo celkom 54 študentov.

Do prvého ročníka externej formy nastúpilo v magisterskom stupni v rovnakom odbore 31 študentov, 2 študenti nastúpili na štúdium po prerušení a 33 študentov ukončilo ročník. Do druhého ročníka externej formy nastúpilo v magisterskom stupni v rovnakom odbore 19 študentov, rovnaký počet ukončilo ročník aj štúdium.

V doplňujúcom pedagogickom štúdiu sa do prvého ročníka externej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* zapísalo a nastúpilo 18 študentov, po prerušení nastúpili ďalší 2 študenti,

ročník ukončilo 16 študentov. Do druhého ročníka externej formy nastúpilo v tomto odbore 10 študentov, štúdium prerušili 3 študenti a ročník aj štúdium ukončilo 7 študentov.

Tab. 10 Stav počtu študentov v akademickom roku 2018/2019

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Doplňujúce pedagog. štúdium	1.	Externá	20	20
	2.	Externá	x	x
Ošetrovatel'stvo	1.Bc.	DK	48	42
	2.Bc.	DK	43	43
	3.Bc.	DK	39	36
	1.Mgr.	Externá	50	23
	2.Mgr.	Externá	33	29
Fyziologická a klinická výživa	1.Bc.	Denná/Kombinovaná	7	3
Sociálna práca	1.Bc.	Externá	40	33
	2.Bc.	Externá	19	19
	3.Bc.	Externá	23	20
	1.Mgr.	Externá	27	24
	2.Mgr.	Externá	16	16
	3.Mgr.	Externá	33	33

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka bakalárskeho štúdiá *externej formy* 40 študentov a ročník ukončilo 33 študentov. Do druhého ročníka nastúpilo v tomto odbore *externej formy štúdiá* 19 študentov a 19 študentov aj ročník ukončilo. Do tretieho ročníka nastúpilo v odbore *Sociálna práca* *externej formy štúdiá* 23 študentov, ročník ukončilo 23 študentov, po prerušení nastúpili však ďalší 4 študenti a ročník a celé štúdium ukončilo celkovo 28 študentov.

Prvý ročník *denného štúdiá* v študijnom programe *Sociálna práca* nebol v tomto akademickom roku otvorený. Pokračovalo sa v externom štúdiu.

Do prvého ročníka v magisterskom stupni *externej formy* v odbore *Sociálna práca* sa na štúdium zapísalo a nastúpilo 27 študentov a ročník ukončilo 24 študentov. Do druhého ročníka magisterského stupňa sa do *externej formy* v odbore *Sociálna práca* zapísalo 16 študentov. Štúdium ukončilo 16 študentov. Do tretieho ročníka magisterského stupňa *externej formy* v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo 33 študentov. Celkovo ročník ukončilo 33 študentov. Štúdium druhého stupňa ukončilo 33 študentov. Do prvého ročníka *dennej kombinovanej formy* v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a na štúdium nastúpilo celkom 48 študentov, 6 študentov ukončilo štúdium a ročník ukončilo spolu 42 študentov. Do druhého ročníka *dennej kombinovanej formy* v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 43 študentov a 43 študentov ročník aj ukončilo. Do tretieho ročníka *dennej kombinovanej formy* v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 39 študentov a ročník ukončilo 39 študentov, ďalší 3 študenti nastúpili po prerušení štúdiá. Do prvého ročníka *externej formy* nastúpilo v magisterskom

stupni v rovnakom odbore 50 študentov, ročník však ukončilo 23 študentov, časť študentov prerušilo, resp. zanechalo štúdium a časť študentov prestúpilo na iné pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (konkrétne na pracovisko do Košíc). Do druhého ročníka externej formy magisterského stupňa v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 33 študentov a ročník ukončilo 29 študentov.

V *doplňujúcom pedagogickom štúdiu* sa do prvého ročníka externej formy zapísalo a nastúpilo 20 študentov a 20 študentov aj prvý ročník doplňujúceho pedagogického štúdia ukončilo.

V tomto akademickom roku pribudol nový študijný odbor - *Fyziologická a klinická výživa (nutričný terapeut)*. Štúdium novootvoreného odboru je trojročné a študuje sa v dennej kombinovanej forme. Po ukončení trojročného štúdia, študenti získajú akademický titul bakalár (Bc.). Do prvého ročníka nastúpilo celkom 7 študentov, pričom 4 študenti štúdium zanechali a ročník ukončili 3 študenti. Údaje koľko študentov nastúpilo do ročníkov, ďalej údaje koľko študentov ukončilo úspešne ročníky jednotlivých odborov a údaje koľko študentov zanechalo štúdium, nám poskytla Mgr. Dana Sustriková, asistentka študijného oddelenia pracoviska Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave. Nami zverejnené údaje sa tiež nachádzajú v uložených záznamoch prof. Kilíkovej na pracovisku blahoslavenej Sáry Salkaházi v Rožňave.

Tab. 11 Stav počtu študentov v akademickom roku 2019/2020

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Zapísaní	Ukončili ročník
Doplňujúce pedag. štúdium	1.	E	x	x
	2.	E	x	x
Ošetrovatel'stvo	1. Bc.	DK	33	31
	2. Bc.	DK	41	41
	3. Bc.	DK	37	33
	1. Mgr.	E	23	23
	2. Mgr.	E	44	43
Ošetrovatel'stvo	3. Mgr.	E	30	30
Fyziologická a klinická výživa	1. Bc.	DK	13	13
Sociálna práca	1. Bc.	E	22	20
	2. Bc.	E	33	33
	3. Bc.	E	19	19
	4. Bc.	E	20	20
	1. Mgr.	E	8	6
	2. Mgr.	E	24	24
	3. Mgr.	E	14	14

V študijnom programe *Sociálna práca* nastúpilo do prvého ročníka bakalárskeho štúdia externej formy 22 študentov a ročník ukončilo 20 študentov. Do druhého ročníka v tomto odbore externej formy štúdia nastúpilo 33 študentov a 33 študentov aj ročník ukončilo. Do tretieho ročníka v odbore *Sociálna práca* externej formy štúdia nastúpilo 19 študentov, ročník

ukončilo 19 študentov. Do štvrtého ročníka v tomto odbore externej formy štúdia nastúpilo 20 študentov, ročník ukončilo 20 študentov.

Do prvého ročníka magisterského stupňa externej formy v odbore *Sociálna práca* sa na štúdium zapísalo a nastúpilo 8 študentov a ročník ukončilo 6 študentov. Do druhého ročníka magisterského stupňa sa do externej formy v odbore *Sociálna práca* zapísalo 24 študentov a ročník ukončilo 24 študentov. Do tretieho ročníka magisterského stupňa externej formy v odbore *Sociálna práca* sa zapísalo 14 študentov a celkovo ročník ukončilo 14 študentov.

Do prvého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* sa zapísalo a na štúdium nastúpilo celkom 33 študentov, 31 študentov ukončilo ročník. Do druhého ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 41 študentov a 41 študentov aj ročník ukončilo. Do tretieho ročníka dennej kombinovanej formy v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 37 študentov a ročník ukončilo 33 študentov.

Do prvého ročníka externej formy v magisterskom stupni v rovnakom odbore nastúpilo 23 študentov, ročník ukončilo všetkých 23 študentov. Do druhého ročníka externej formy magisterského stupňa v odbore *Ošetrovatel'stvo* nastúpilo 44 študentov, jeden študent prerušil štúdium a ročník ukončilo 43 študentov. Do tretieho ročníka externej formy v magisterskom stupni v rovnakom odbore nastúpilo 30 študentov a ročník ukončilo všetkých 30 študentov.

V *doplňujúcom pedagogickom štúdiu* sa do prvého a druhého ročníka externej formy nikto zo študentov nezapísal.

V študijnom odbore *Fyziologická a klinická výživa* nastúpilo do prvého ročníka celkom 13 študentov a ročník ukončilo 13 študentov

Tab. 12 Stav počtu študentov v akademickom roku 2021/2022

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Počet študujúcich
Ošetrovatel'stvo	Bc.	DK	124
Sociálna práca	4. Bc.	Externá	85
Sociálna práca	3. Mgr.	Externá	48

V akademickom roku 2021/2022 bol počet študujúcich štvrtého ročníka študijného programu *Sociálna práca*, bakalársky stupeň 85 študentov. V tom istom študijnom programe študovalo v treťom ročníku magisterského stupňa 85 študentov.

V študijnom programe *Ošetrovatel'stvo*, bakalársky stupeň bol celkový počet študujúcich 124 študentov. V tomto akademickom roku sa zúčastnilo vysokoškolského štúdia na detašovanom pracovisku bl. Sály Salkaházi 257 študentov.

Tab. 13 Stav počtu študentov v akademickom roku 2022/2023

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Počet študujúcich
Ošetrovatel'stvo	Bc.	DK	105
Sociálna práca	4. Bc.	Externá	43
Sociálna práca	3. Mgr.	Externá	36

V akademickom roku 2021/2022 bol počet študujúcich štvrtého ročníka študijného programu *Sociálna práca*, bakalársky stupeň 43 študentov. V tom istom študijnom programe študovalo v treťom ročníku magisterského stupňa 36 študentov.

V študijnom programe *Ošetrovatel'stvo*, bakalársky stupeň bol celkový počet študujúcich 105 študentov. V tomto akademickom roku sa zúčastnilo vysokoškolského štúdia na detašovanom pracovisku bl. Sáro Salkaházi 184 študentov.

Tab. 14 Stav počtu študentov v akademickom roku 2023/2024

Študijný odbor	Ročník Stupeň	Forma štúdia	Počet študujúcich
Ošetrovatel'stvo	Bc.	DK	334
Sociálna práca	4. Bc.	Externá	82
Sociálna práca	3. Bc.	Externá	35
Sociálna práca	3. Mgr.	Externá	14
Sociálna práca	2. Mgr.	Externá	41

V akademickom roku 2023/2024 bol počet študujúcich v štvrtom ročníku študijného programu *Sociálna práca*, bakalársky stupeň 82 študentov a v treťom ročníku, bakalársky stupeň 35 študentov. V tom istom študijnom programe bol v magisterskom stupni počet študujúcich v treťom ročníku 14 študentov a v druhom ročníku 41 študentov.

V študijnom programe *Ošetrovatel'stvo*, bakalársky stupeň bol celkový počet študujúcich 334 študentov. V tomto akademickom roku sa zúčastnilo vysokoškolského štúdia na detašovanom pracovisku bl. Sáro Salkaházi spolu 506 študentov.

1.4 Aktivity a ocenenia pracoviska

V propagácii založenia existencie vysokoškolského pracoviska, postupného rozvoja a študijných programov vždy pomáhali reklamné agentúry, rôzne osobné kontakty, obce, mestá cez primátorov, ktorí boli ochotní vyvesiť oznamy o existencii pracoviska a tiež informácie, aké študijné programy sa vyučujú. Na základe toho mali študenti k informáciám prístup, a tak sa lepšie mohli rozhodovať a zvoliť si školu a študijný program, ktorý chcú absolvovať. Profesorka Kilíková veľmi rada spomína na účasť v akreditačnom konaní, či už na úrovni slovenskej akreditácie, alebo na dve akreditačné konania na medzinárodnej úrovni, ktoré boli úspešné.

Vďaka úspešným akreditačným konaniam existuje pracovisko bl. Sáro Salkaházi - VŠZaSP sv. Alžbety v Rožňave a spolu s ním aj akreditovaný vedný odbor Ošetrovatel'stvo, ktorého akreditácia je daná na časovo neobmedzené obdobie. Sem patria aj aktivity, ktoré súvisia s vedeckým životom, akými sú konferencie, ktoré aj keď nie sú priamo na pôde pracoviska školy, ale v iných končinách republiky, organizujú sa však vždy pod hlavičkou pracoviska bl. Sáro Salkaházi - VŠZaSP sv. Alžbety ako prvé, ktoré podporujú vždy odbornú, vedeckú stránku podujatí. Medzi aktivity pracoviska patria exkurzie so študentmi, neformálne vyučovania mimo akademickej pôdy i aktivity priamo na pracoviskách k získavaniu praktických skúseností. Vďaka práci prof. Kilíkovej, jej priateľov, pedagógov, známych -

dostalo pracovisko príležitosť poskytnúť vysokoškolské vzdelanie mnohým sestram a sociálnym pracovníkom v zmysle požiadaviek EÚ. Teraz po niekoľkých rokoch cíti prof. Kiličková veľkú radosť, keď ich vidí na riadiacich pozíciách. Takýto absolventi sa nachádzajú v najbližších 15-tich mestách. Je to pozitívna spätná väzba. Títo pracovníci znamenajú veľký prínos v zmysle potrieb regiónu.

Okrem značných aktivít študentov a pedagógov na pracovisku v krátkosti uvádzame aj to, že pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Rožňave a jeho pedagógovia za svoje úsilie a aktivity získali viacero ocenení. Bolo to formou udelenia rôznych medailí, ďakovných listov i formou viacerých verejných poďakovaní od mnohých štátnych aj súkromných subjektov a zariadení, napr.: *ďakovné listy kolektívu pedagógov pracoviska od primátorov Rožňavy, bronzová medaila a ďakovný list z organizácie Slovenský červený kríž v Rožňave za vzájomnú spoluprácu a rozvoj, strieborná medaila a list rektora VŠZaSP sv. Alžbety*, ktorá bola udelená na základe rozhodnutia vedenia VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave - podľa jej vnútorných smerníc o udeľovaní ocenení - udelil rektor vysokej školy 17. decembra 2018 medailu a list „za najlepšie domáce pracovisko“ spomedzi všetkých pracovísk VŠZaSP sv. Alžbety.

Pracovisko bl. Sára Salkaházi - Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave oslávilo v roku 2019 *malé jubileum - desiate výročie* od svojho vzniku. A tohto roku detašované pracovisko oslávilo pätnásť výročie od svojho založenia. Každé väčšie či menšie jubileum je príležitosťou na spomínanie, oslavy i hodnotenie. V prípade desiateho výročia si mohlo zaspomínať vyše 850 študentov, ktorí úspešne ukončili svoje štúdium na tomto pracovisku, desiatky pedagógov, nepedagogických zamestnancov a priateľov vysokej školy. V danej chvíli sa možno mnohým vynorili kvanta spomienok na časy, keď sa pracovisko vysokej školy začínalo len rozvíjať a formovať až do dnešnej podoby. Je na čo spomínať. Je teda na čo spomínať - na školu, ktorú tvoria iba priestory budovy alebo lavice, vešiaky a skrine, ale na školu, ktorú tvoria pocity a emócie s ňou spojené.

Od založenia pracoviska vysokej školy sa v ňom vystriedalo mnoho ľudí, od pedagógov až po samotných študentov. Od jeho založenia prebehlo na jeho pôde mnoho prednášok, odborných konzultácií, záverečných skúšok, vedeckých konferencií a iných vysokoškolských aktivít. Pritom detašovaného pracovisko vychovalo značné množstvo zdravotníckych a sociálnych pracovníkov pre domáce a zahraničné zdravotnícke, sociálne, humanitárne, charitatívne a misijné aktivity. Záverom možno konštatovať, že za pomerne krátke obdobie - etapa 15-tich rokov existencie pracoviska sa preukázalo, že inštitúcia ako detašované pracovisko bl. Sára Salkaházi v Rožňave plní v danom regióne Slovenska dôležitú úlohu v rozvoji spoločenských, humanitných a zdravotných vied.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BUŽGOVÁ, R. 2018. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
- ČIŽMÁRIKOVÁ, K. 2008. Dobrá medicína, spokojnosť pacienta. In *Rožňavské listy. Mesačník samosprávy mesta Rožňava, roč. II., č. 5, 2008*.
- FRČOVÁ, B. 2008. *Kapitoly z histórie ošetrovatelstva*. Bratislava : SZU, 2008. ISBN 978-80-89352-081.
- KILÍKOVÁ, M. 2017. *Metaparadigmy teórie ošetrovatelstva I*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2017. ISBN 978-80-88206-04-0.

- KOLTÁŠ, M. 2010 Slávnostná imatrikulácia. [online]. 2010. [citované 2024-12-11]. Dostupné na internete <http://old.roznava.sk/sk/--173-3084-slavnostna-imatrikulacia>.
- MIHÓKOVÁ, G. 2009. V Rožňave zriadia pracovisko vysokej školy. [online]. 2009. [citované 2019-07-06]. Dostupné na internete: <https://gemer.korzar.sme.sk/c/4869973/v-roznave-zriadia-pracovisko-vysokej-skoly.html>.
- LACA, P. 2020. *Z novodobých dejín Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2020, 296 s. ISBN 978-80-88206-21-7.
- LACA, P., LACA, S. 2017. *Sociálna práca a sociálna pedagogika*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, DP bl. Sály Salkaházi Rožňava, 2017. ISBN 978-80-8132-168-9.
- LACA, S. 2021. *Koncept teórií a metód v sociálnej práci*. Praha : Pražská vysoká škola psychosociálných štúdií, 2021. ISBN 978-80-906237-7-4.
- LACA, S. 2016. *Sociálna pedagogika verzus sociálna práca*. Praha : PVŠPS, 2016. ISBN 978-80-906237-0-5.

2 BLAHOŠLAVENÁ SÁRA SALKAHÁZI - PATRÓNKA DETAŠOVANÉHO PRACOVISKA VŠZASP SV. ALŽBETY V ROŽŇAVE

doc. ThLic. Peter Laca, PhD.

Blahoslavená Sára Salkaházi je pre mnohých ľudí ešte aj dnes neznámou blahoslavenou sociálnou sestrou pochádzajúcou z Košíc, ktorej pomník „In memoriam“ sa nachádza na košickom cintoríne Rozália. Jej socha zdobí Dóm svätej Alžbety v Košiciach, v Budapešti jej patrí pamätné miesto v múzeu „Dom teroru“ i v Múzeu holokaustu a v Jeruzaleme v záhrade Jad Vashem je vysadený strom na jej pamiatku. Tento text predkladáme s úmyslom, aby sme oboznámili čitateľov s jej spiritualitou vo svete, v ktorom je veľká potreba nielen sociálnej či zdravotnej činnosti, ale i misijného poslania, sociálnej lásky a takej služby Bohu i človeku, ktorá je ochotná prijať aj obeť života. Minulosť mnohých veľkých osobností, akou bola aj sociálna sestra Sára Salkaházi, treba neustále skúmať z každého hľadiska a získané poznatky z ich života potom odovzdávať ďalej. Naším zámerom je poukázať na Sárinu životnú cestu zozbieraním mnohých údajov z jej života. Cieľom daného textu je podať všeobecný pohľad na misijno-charitatívnu prácu bl. Sáry Salkaházi, ktorá bola schopná obetovať sa v službe núdznym.

2.1 Zo života bl. Sáry Salkaházi

Život Sáry Salkaházi je príkladom toho, že aj v 20. storočí žili výnimočné osobnosti európskych dejín, ktoré boli schopné obetovať sa v službe druhým. Jej život bol tak trochu nezvyčajný, ale unikátne svätý. Napriek tomu, že pochádzala zo zámožnej rodiny, už od mladosti si začala na svoj život zarábať sama. Najprv ako učiteľka, potom ako robotníčka - kníhviazačka, neskôr ako novinárka, politička a spisovateľka. Z detstva Sáry Salkaházi, ktorej pôvodné meno bolo Sára Schalkaház (Schéda, 2006), sa doposiaľ zachovalo pomerne málo dejinných údajov. S určitosťou však môžeme povedať, že Sára Salkaházi sa narodila 11. mája 1899 v Košiciach. Vychovávaná bola v známej košickej hotelierskej rodine. Jej starý otec Lipót Schalkház (1826-1873) a neskôr aj jej otec boli majiteľmi najväčšieho a najkrajšieho hotela v Košiciach, Grand hotela Schalkház. Život rodiny Salkaháziovej ovplyvnila ťažká udalosť, keď 9. decembra 1901 zomrel v Benátkach počas liečenia Lipót, otec rodiny vo veku 42 rokov (Schéda, 2001).

Malá Sára v rokoch 1904-1905 chodila do materskej školy, v rokoch 1905-1909 získala elementárne vzdelanie v mestskej škole a následne bola v roku 1909 zapísaná do meštianskej školy k sestram Uršulínkam v Košiciach (Laca, 2015). Po ukončení základného vzdelania pokračovala Sára naďalej v štúdiu u sestier Uršulínok v Košiciach. Bolo to na Učiteľskom pedagogickom inštitúte, aj keď povolanie učiteľky jej nebolo blízke. Napovedajú o tom aj tieto jej slová: „*Môj drahý Ježiš, posielaš mi to, čoho som sa najviac obávala. Mám učiť. Len ty najlepšie vieš, ako som nechcela učiť.*“ (Száras, 2013, s. 15). Sára sa dala teda na učiteľské povolanie, napriek svojmu odporu. Štúdiá ukončila v Rímskokatolíckom Učiteľskom inštitúte v Košiciach, kde 6. januára 1917 získala certifikát učiteľky (učiteľský diplom), ktorý jej zaručoval oprávnenie vyučovať žiakov základných škôl. Ukončením Učiteľského inštitútu začala vyučovať v roku 1917 takmer jeden celý rok ako zastupujúca učiteľka chlapčenskej triedy na štátnej základnej škole

v Košiciach. Aj keď Sára necítila v sebe poslanie učiť, cez povolanie učiteľky sa mohla lepšie zaujímať o životy i rodinné pomery „svojich chlapcov“, s chudobným osudom. Z učiteľky sa zrazu stala „druhá matka“ chlapcov, hladných, zašpinených a zle oblečených detí. Vo vreckách Sára sa tak často objavili ihla a niť, aby nimi prišívala odtrhnuté gombíky a zošivala roztrhnuté miesta na odevy detí, ktoré boli často také nezbedné (Laca, 2015).

Sára vo svojom voľnom čase navštevovala detí ako ich pani učiteľka, aby sa zoznámila s ich rodinami, ich spoločenskými pomermi a sociálnymi problémami. Snažila sa takto hľadať hlbšie súvislosti vzniku sociálnych problémov a ozajstné korene chudoby a zaostalosti. Išlo jej o spoločenskú socializáciu, pre ktorú je typické smerovanie k spoločenskej prospešnosti všetkých ľudí i všeobecnému blahu a užitočnosti (Laca, S., Laca, P., 2013). Hoci určite dobre vedela, že jej pomoc je len ako kvapka v mori, napriek tomu polovicu svojho skromného platu venovala na dobročinné účely a rodinám chudobných detí. S veľkou ochotou dávala, ale o to smutnejšie konštatovala, že je potrebné zmeniť štruktúru spoločnosti v jej základoch. Po roku učenia stratila Sára svoje zamestnanie učiteľky a stala sa z nej robotníčka. Strata jej zamestnania ako učiteľky alebo inak povedané, zanechanie učiteľského povolania nastalo v jej živote vtedy, keď došlo k rozpadu Rakúsko-Uhorskej monarchie a vzniku Československej republiky. Dočasne začala pracovať a zarábať si ako úradníčka v akciovej spoločnosti Grand hotela Schalkház, neskôr ako predavačka klobúkov v obchode, ktorý vlastnila jej sestra Jolana. V období od 1. januára do 31. decembra 1920 sa Sára učila za kníhviazačku. Navštevovala kníhviazačský kurz v dielni Jánosa Pintéra, ktorý vlastnil chýrne kníhviazačstvo na rohu Šrobárovej ulice v Košiciach. V kníhviazačskej dielni Sára často pociťovala na vlastnej koži, aké to je, keď sa človek cíti „malý“ a inými opovrhovaný. Továriši jej dávali najavo, že je iba učnicou. Tu si však nabhierala a osvojila odborné znalosti remesla a po absolvovaní odbornej skúšky pracovala do roku 1925 v dielni svojho majstra. Pravý dôvod, prečo sa chcela stať práve viazačkou kníh, nám nie je známy, lebo finančná situácia jej rodiny nebola natoľko zlá, aby musela fyzicky ťažko pracovať v dielni medzi mužmi. Je pravdepodobné, že Sára i jej súrodencom to odporúčala mama, aby si osvojili nejaké remeslo, ktoré by im mohlo neskôr zabezpečiť obživu a prežiť ťažké časy.

Sára sa v čase svojej kníhviazačskej výučby a praxe a neskôr aj popri robotníckej práci venovala čoraz viac písaniu mnohých článkov, ktoré boli publikované v rôznych maďarských periodikách v Československu, ako napríklad v *Hornouhorských novinách (Felvidéki Újság)*, *Košických novinách (Kassai Újság)*, *Pražskom maďarskom časopise (Prágai Magyar hírlap)*. Sára zanechala kníhviazačské aktivity i samotnú prácu v kníhviazačskej dielni a od roku 1926 sa začala živiť novinárskou prácou. Stáva sa žurnalistkou, lebo ako osobnosť hľadá pravdu a pozdvihuje svoj hlas proti nespravodlivosti v spoločnosti. V uvedenom čase však plnila nielen poslanie novinárky, ale aj političky a spisovateľky. V roku 1925 sa z nej stáva politička, keď vstúpila do *Kresťanskej socialistickej strany (Keresztényszocialista Párt)*, kde sa venovala svojej spisovateľskej aktivite. V prvom rade sa zaoberala postavením pracujúcich žien. Počas troch rokov členstva v Kresťansko-socialistickej strane sa stala súčasťou vedenia strany, v ktorej bola činná predovšetkým v ženskej sociálnej sekcii. Tým sa jej otvorila príležitosť venovať sa otázkam sociálnej práce a aktivít v prospech žien. Stala sa z nej politička

s ostrou súdnosťou a novinárka. Svoje články písala najmä v kaviarni Grand hotela Schalkház, kde ju bolo často vídať, ako o tom napísala vo svojich spomienkach na Sáru sestra Helga (civilným menom Ida Gerstnerová), predstavená Spoločnosti sociálnych sestier od roku 1954 do 1975. Konkrétne spomínala: „*Bolo to na jeseň v roku 1927, keď my štyri Košičanky sme išli do starodávnej budovy Regina Pacis v Košiciach, aby sme sa dozvedeli o sociálnej práci na kurze, ktorý sa tam konal. Medzi nami štyrmi bola aj sestra Sára, o ktorej, úprimne povedané, nikto si netrúfol ani dúfať, že napokon celý svoj život chce obetovať Bohu, pretože táto novinárka, moderná, na krátko ostrihaná, silná fajčiarka a kávičkárka, ktorá často sedí do polnoci v kaviarni Schalkház pri jednom stole medzi kolegami novinármi, má veľké plány*“ (Exner, 2006, s. 27).

V jeseni 12. septembra 1927 sa Sára zoznámila v Košiciach s dvoma sociálnymi sestrami, ktoré prišli do Košíc zo Sedmohradska s cieľom založiť Košický dom Spoločnosti sociálnych sestier. Bližšie sa zoznámila nielen so sestrami, ale neskôr aj so samotnou Spoločnosťou sociálnych sestier a ich činnosťou, keď absolvovala spolu so svojimi tromi kamarátkami v starej budove kaštieľa Regina Pacis v Košiciach sociálny kurz organizovaný Spoločnosťou sociálnych sestier. Bolo to v čase medzi 13. aprílom a 28. júnom 1928. Pravdepodobne tu nastal okamih, kedy Sára pocítila volanie vstúpiť do ženského rádu Spoločnosti sociálnych sestier a v jej vnútri sa zrodila myšlienka zasvätiť svoj život misijnej a sociálnej práci. Dňa 6. februára 1929 bola Sára prijatá do Spoločnosti sociálnych sestier, keď nastúpila na jeden rok noviciátu v Szegvári v bekécskej župe v Maďarsku (Laca, 2015). V tomto spoločenstve, ktoré nasleduje duchovnosť svätého Benedikta, vedené Svätým duchom, obracajúce sa k ľuďom v sociálnej biede si Sára mohla naplno rozvinúť svoje misijno-sociálne, spisovateľské, organizačné i pedagogické nadanie. Ešte však nemala ani tridsať rokov, keď sa vzdala svojho bezstarostného a nezávislého života, pripojila sa k Cirkvi a začala venovať svoj život pomoci chudobným, núdnym, robotníkom a rodinám, ktoré dozaista prirovnávala ku krehkej nádobe, ktorej rozbitie môže nastať kedykoľvek, avšak hoci ju možno aj zlepíť, jej krehkosť sa v takomto prípade ešte znásobí (Laca, S., 2013). Na jeseň bola Sára premiestnená do košickej spoločnosti, do košického domu, aby tam pracovala ako nápomocná sestra. Veľkú časť svojich dní strávila vykonávaním sociálno-charitatívnej služby. Spolupracovala s dobročinnými dámami mesta, aj s mestskými dobrovoľníkmi pri starostlivosti, ošetrovaní a opatrovaní chudobných. Viedla schôdze Charity v slovenskom i maďarskom jazyku. Aby posúdila situáciu mnohých chudobných navštevovala osobne aj ich rodiny. Pri svojej práci potrebovala veľmi veľa vynaliezavosti na to, aby napriek chudobe získala spolu s mestskými dobrovoľnými organizáciami prostriedky pre tých najbiednejších a najchudobnejších. Podarilo sa im zabezpečiť bezplatný obed pre viac ako sto osôb. V čase vianočných sviatkov zabezpečili chudobným rodinám vianočný stromček, teplé oblečenie a pod. Ich pohľad na chudobu, na to ako pomáhať biednym bol už vtedy pohľadom sociálnych pracovníkov. Lebo považovali za veľmi dôležité, aby sa pomoc nerealizovala na uliciach príležitostne, ale aby sa to dialo organizovane zohľadňujúc podmienky a potreby chudobných, teda cielene.

2.2 Obeta vlastného života

V auguste 1937 opúšťa sestra Sára Košice a prichádza do Budapešti, kde bola poslaná svojou predstavenou, aby vykonávala svoje poslanie sociálnej sestry. Písal sa rok 1943, keď na scénu svetových dejín vstupovali hrôzy druhej svetovej vojny. Násilie a prenasledovanie nevinných ľudí akoby nemali hraníc. V záujme ochrany „čistej rasy“ bol vydaný hitlerovský zákon, na základe ktorého neúprosne deportovali a vraždili príslušníkov židovského národa, ako aj tých, ktorí ich ukrývali a akýmkoľvek spôsobom im pomáhali, alebo prejavili svoj nesúhlas voči nariadeniam fašizmu. Druhá svetová vojna zasiahla svojím ničením aj Maďarsko a rok 1944 bol z toho hľadiska špecifický. Dňa 19. marca 1944 obsadila nemecká armáda Maďarsko (Berberich, 2010) a od 05. apríla boli Židia povinní nosiť na odeve diskriminačný znak (žltú hviezdu). Na čele nemeckej armády stál Adolf Eichmann, šéf židovskej sekcie ríšskeho hlavného bezpečnostného úradu. Jeho úlohou bolo pripraviť deportáciu približne jedného milióna maďarských Židov do koncentračných táborov. Akcia sa konala pod nemeckým dohľadom jednotiek SS, ktorú vykonávala hlavne garnitúra Ferenc Szálasiho. Bol to bývalý dôstojník a tvorca myšlienky hungarizmu a smeru National Socialist, ktoré bolo originálom nemeckého národného socializmu. Szálasiho symbolom hnutia boli skrížené šípy, preto sa jeho stúpenci nazývali tzv. nyilašmi alebo šípokrížníkmi. Nyilaši boli predstavitelia maďarskej pronemeckej fašistickej Strany šípových krížov, teda maďarskí nacisti. Šéf židovskej sekcie ríšskeho hlavného bezpečnostného úradu Adolf Eichmann pripravil časový plán deportácií z Maďarska do poľského Osvienčimu. Zahynulo takmer všetkých 437 402 Židov deportovaných z Maďarska. Zo 155 000 Židov, ktorí boli v Budapešti, keď nemecké vojsko a jednotky SS prišli v marci 1944, približne 120 000 prežilo až do oslobodenia na začiatku roka 1945. A z týchto ľudí, ktorí prežili, bolo viac než 69 000 vo veľkom gete, 25 000 tisíc v medzinárodnom gete a ďalších 25 000 bolo tajne v kresťanských domoch a rôznych náboženských inštitúciách, medzi ktoré patrila aj Spoločnosť sociálnych sestier so sídlom v Budapešti (Gilbert, 2002).

Voči šíreniu nemeckej a nyilašskej národnosocialistickej náuky si Spoločnosť sociálnych sestier osvojila „postoj duchovného odporu“, lebo spočívali na kresťanskom základe a tak nemohli súhlasiť s protizidovskými zákonmi, pretože tým by porušili kresťanský právny poriadok. Zvlášť sestra Sára na protest proti zosilnenému vplyvu nacistických myšlienok podala 3. decembra 1942 žiadosť na zmenu svojho priezviska zo Schalkház na Salkaházi. Bolo to v čase rastúcich tendencií ponemčovania, keď požiadala o pomadžarčenie svojho priezviska. Sára týmto gestom jednoznačne a rozhodne odmietla hitlerovskú náuku.

Sára a sociálne sestry sa ujímali prenasledovaných, nesedeli so založenými rukami a snažili sa im pomáhať. Vynaložili všetky sily na záchranu Židov, predovšetkým na miestach, na ktorých pôsobili. Postarali sa o ich ubytovanie, stravovanie, a keď sa ich situácia stala neúnosnou, zabezpečili im únik z jedného miesta na druhé. Veľkú zásluhu na záchrane Židov mala sestra Sára, ktorá bola zodpovednou vedúcou domova hnutia „Pracujúce dievčatá“ v Budapešti. Otvorila totiž brány tohto domova prenasledovaným Židom, aby ich mohla tajne ukryť a ubytovať. Následne im pomohla opatrit' potrebné dokumenty i papiere (legitimácie) a tak ich prijímala ako zamestnancov. V zdanlivo funkčnom dome, ktorý bol určený pre robotníčky, sa zmestilo stopäťdesiat ľudí. Aj vo vile pri Balatone, kde zriadila vysokú školu (ľudovú univerzitu) pre pracujúce dievčatá, ubytovala tajne približne tridsať utečencov, predovšetkým to boli matky s malými deťmi. Často k nim z Budapešti pricestovala, aby zistila, čo potrebujú a takto sa starala o ich zabezpečenie a potreby. Domov na ulici Bokréta č.

3 v Budapešti sa postupne zaplňoval, v ňom mali sestry spolu so Sárrou v starostlivosti pracujúce dievčatá z Katolíckeho zväzu a práve tu zachraňovali a ukrývali prenasledovaných Židov (Schéda, 2006).

Deň čo deň sa rýchlo zaplňovali všetky domovy spoločnosti sociálnych sestier. Sestry čoraz častejšie zasiahla kritika pre ich všeobecne známy odpor voči Nemcom. Pre Sárrou bolo zrejmé, že ich pozícia už nie je naddlho udržateľná, bola už v tom čase presvedčená, že obetuje svoj život za Cirkev, Spoločnosť sociálnych sestier a samotné sestry. Koncom septembra 1943 v úplnej tajnosti za prítomnosti svojho spovedníka, generálnej predstavenej a zakladateľky Spoločnosti sociálnych sestier Margity Slachtovej a jej asistentky Pauly Rónai vykonala Sára úkon obetovania v kaplnke Svätého Ducha v materskom dome v Budapešti na Thökölyho ulici. V kaplnke si kľakla pred oltár a nahlas sa modlila svoju vlastnoručne napísanú modlitbu obetovania. Zároveň bol text tejto modlitby Sárrou podpísaný na oltári (Berkecz, 2010). Sára pravdepodobne cítila, že Pán prijal ponúknutý úkon obetovania a vedela, že sa blíži getsemanská hodina. Niekoľko dní pred Vianocami pozerajúc sa zamyslene do diaľky povedala jednej spolusestre, s ktorou sa priatelila o svojom osude: „*Dozvieš sa, keď sa stane so mnou niečo, len ťa prosím, veľmi, veľmi sa modli za mňa!*“ Po vypovedaní týchto slov bolo na nej vidieť ako ju trápi smrteľná úzkosť, viackrát plakala a žalostila. Jej správanie však v kruhu sestier nebolo príliš nápadné, keďže bolo obdobie vojny. Všetci boli v smútku, v napätí, nervózni a v strachu. V takomto ovzduší prebiehalo slávenie sviatkov Vianoc roku 1944 (Puskely, 2006).

Po Vianociach 26. decembra 1944 predpovedala Sára akou smrťou zomrie. Počas rozhovoru v žartovnom tóne, nečakane povedala jednej sestre: „*Viem, že nezomriem prirodzenou smrťou.*“ Matka tejto sestry sa však Sárrou opýtala: „*Čo myslíte, akou smrťou zomriete?*“ Z úst Sárrou zaznela krátka odpoveď: „*Smrťou zo zbrane.*“ Následne sa na to všetci vrátili k humornému rozhovoru: „*No iste, to by bolo dobre, tak ľahko odísť. Stačí sa však postaviť k stene a jedna guľka nás privedie do raja!*“ Treba čakať len jeden deň a predsa toto sa uskutoční (Laca, 2015). Ráno 27. decembra 1944 sestru Sárrou odvedli vojaci spolu s vybranými a oddelenými ľuďmi, ktorých našli v dome, v ktorom bola Sára vedúcou a vyhlásili, že oddelené podozrivé živly odvezú do geta, kam patria a s vedúcou domu Sárrou i jej zástupkyňou Vilmou Bernovits sa spíše zápisnica a potom budú prepustené domov (Hetényi Varga, 1985).

Spolusetra Tekla vo svojich spomienkach uviedla: „*Keď povedali Sárre, že ju odvedú, tieň preletel jej tvárou, zbledla a tvár sa jej úplne zmenila. Vzala ruženec, ktorý zvierala v ruke a povedala iba: Áno! Odvedli ju, aj ostatných okolo pol piatej. Keď sme sa lúčili, jediná slza vypadla z jej oka, prosila, aby sme sa za ňu veľmi modlili...*“ (Kolektív autorov, 1999, s. 25). Pred dvadsiatou prvou hodinou priviezli všetkých zajatých donaha vyzlečených na breh Dunaja pri moste Františka Jozefa, terajší most Slobody a odstrelili ich do ľadového Dunaja. Ich telá sa ponorili a nikdy neboli pochované (Karp, 2006). Zo sociálnych sestier bola rehoľníčka Sára jediná, ktorá zaplatila za záchranu nacizmom prenasledovaných osôb vlastným životom.

2.3 Ocenenie a proces blahorečenia

Večer 27. decembra 1944 podstúpila Sára Salkaházi mučenícku smrť zastrelením - paradoxne - pri moste Slobody. Tam sa potvrdila jej odovzdanosť pre inú slobodu, než ako ju pozná a vyznáva svet. Jej sloboda nebola výsledkom revolúcie či nejakého politického prevratu. Sára pri onom budapeštianskom moste dosiahla najvyšší stupeň slobody v sebaobetovaní pri pokojnom obhajovaní pravdy o Bohu i o človeku. Mala vtedy iba 45 rokov. V tom šedivom a chladnom dni, keď ju zastihla smrť, zostalo po nej iba ticho. Živým slovom, ale potichu šíriaca sa správa, že aj ju zastrelili a jej telo padlo do Dunaja. Najprv sestry a potom aj iní boli otrasení poznaním: veď ona je mučienkou. Táto pravda o sestre Säre bola pred celou Cirkvou potvrdená 17. septembra 2006 v Budapešti na jej slávnostnom blahorečení.

Bývalý krajinský hlavný rabín József Schweitzer, ktorý prežil s manželkou tú krvavú dobu v maďarskom hlavnom meste, z vlastnej skúsenosti dokázal oceniť veľkosť nebezpečenstva, ktorému sa vystavila Sára a s ňou ostatné sociálne sestry v roli záchrancov. Pripomenul, že dcéra jednej zo zastrelených žien, ktoré skončili v Dunaji, už v roku 1968 iniciovala, aby sa Sára Salkaházi dostala v jeruzalemskom ústave Jad Vashem (Jad Vashem je pamätník obetí a hrdinov holokaustu v Izraeli. Založený bol v roku 1953 na základe zákona izraelského parlamentu – Knessetu) na zoznam mien Spravodlivých medzi národmi (Szantó, 2015). Tento čestný titul Spravodlivý medzi národmi udeľuje Pamätník obetí a hrdinov holokaustu Jad Vashem od roku 1963 ľuďom nežidovského pôvodu, ktorí v nacistických režimoch a predovšetkým za druhej svetovej vojny zachránili život židovským spoluobčanom i za cenu svojho ohrozenia života, rodinných príslušníkov či najbližších priateľov. V Jad Vashem pracuje špeciálna komisia pod patronátom najvyššieho izraelského súdu, ktorá posudzuje a skúma dostupné informácie k jednotlivým prípadom a rozhoduje o tom, či podané návrhy spĺňajú podmienky na udelenie titulu. Ak áno, potom je kandidátom slávnostne udelený titul „Spravodliví medzi národmi“ na pôde izraelskej ambasády v danej krajine alebo priamo v Jad Vashem. Každý ocenený záchranca získa nielen pamätný list a medailu, ale je zároveň zapísaný do pamätného zoznamu. V záhrade spravodlivých v areáli Jad Vashem je tiež umiestnený múr cti, do ktorého je vytesané meno záchrancu. Nachádzajú sa tam vytesané mená všetkých ľudí, ktorým bol udelený titul Spravodlivý medzi národmi. Mnohí z nich majú rovnako v Aleji spravodlivých vysadený strom s tabuľkou so svojim menom a štátom, z ktorého pochádzali.

Izraelská vláda vyznamenala Sáru Salkaházi v roku 1972 touto cenou udelenou in memoriam a v záhrade na jej počesť vysadili strom úcty a vďaky. Cirkev vyhlásením dekrétu o blahorečení Sary Salkaházi slávnostne zverejnila práve toto blahoslavené šťastie. Sestra Sára bola zapísaná po svojej smrti nielen do zoznamu mien Spravodlivých medzi národmi, ale bola zapísaná ako členka Spoločnosti sociálnych sestier aj do zoznamu blahoslavených osôb. Oficiálna kauza blahorečenia v Ostrihomo-budapeštianskej arcidiecéze sa začala v roku 1966. Až po päťdesiatich rokoch sa však oživilí spomienky, ako uviedol kardinál P. Erdő, lebo sme cítili aktuálnosť, aby sme sa v jej osobe mohli obracať k nebeskej patrónke a mohli sme pozdvihnúť svoj zrak na hodnoverný kresťanský vzor (Erdő, 2014). Svätá stolica v januári dala súhlas na začiatok procesu blahorečenia sestry Sary Salkaházi a 28. apríla 2006 podpísal pápež Benedikt XVI. dekrét o blahorečení Božej služobnice sestry Sary Salkaházi. Za blahoslavenú bola vyhlásená 17. septembra 2006 počas slávnostnej svätej omše na námestí pred Bazilikou svätého Štefana v Budapešti. Zhromaždilo sa tam okolo desaťtisíc ľudí, ktorí

sa prišli pokloniť pamiatke mučeníčky Sára. Boli to Maďari, Slováci, kresťania i Židia. Akt blahorečenia vykonal kardinál Peter Erdő, budapeštiansko-ostrihomský arcibiskup. Spolu s ním koncebrovali biskupi Maďarska, Ukrajiny, Rumunska, bývalej Juhoslávie, Rakúska, ako aj mnoho kňazov z okolitých štátov. Zo Slovenska bol na slávnosti prítomný terajší rožňavský biskup Mons. Stanislav Stolárik, biskupský vikár pre maďarskú pastoračiu Zoltán Pásztor, aj o. J. Sárás správca farnosti Čičarovce so svojimi veriacimi.

Na Slovensku bola sestra Sára Salkaházi ocenená najmä prostredníctvom Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety so sídlom v Bratislave, keď vzniklo jej detašované pracovisko v meste Rožňava a na návrh zriaďovateľa školy profesora Vladimíra Krčméryho schválil Akademický senát VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., dňa 16. marca 2011 pracovisku patrónku, ktorou sa stala bl. Sára Salkaházi. Vysoká škola sv. Alžbety v januári 2007 spustila projekt rekonštrukcie a rehabilitácie nemocnice bl. Sára Salkázyovej pre všetkých chorých a chudobných v Rutovu v Burundi, ktorej patrónkou sa stala bl. Sára. Nemocnica v Rutovu bola postavená v roku 1985 a poskytovala komplexné služby do roku 1993, keď bola jej činnosť postupne obmedzovaná a v roku 2000 bola jej činnosť úplne zastavená. Keď v januári 2007 prišli prví slovenskí lekári spúšťať projekt rekonštrukcie a rehabilitácie tejto nemocnice, navštevovalo ju denne maximálne 30 pacientov a 150 lôžok bolo prázdnych. Nemocnica bola v zanedbanom stave, vykradnutá, špinavá. Nemocnica bola následne v Rutovu zrekonštruovaná a obnovená na základe dohody VŠZaSP sv. Alžbety s lokálnym partnerom Ministerstvom zdravotníctva v Burundi. Slovenskí lekári vyslaní vysokou školou poskytujú aj za pomoci zhora prostredníctvom príhovorov patrónky bl. Sára chýbajúcu zdravotnícku starostlivosť pre všetkých chorých a chudobných (Laca, 2015).

Ocenenia bl. Sára sa dostalo aj v meste Komárno, keď 1. júla 2010 tam začalo fungovať pri Univerzite Jánoša Selyeho Katolícke univerzitné stredisko blahoslavenej Sára Salkaházi. Zriadil ho emeritný trnavský arcibiskup Róbert Bezák, ktorý sa tak chcel postarať, aby pri univerzitách a vysokých školách, aj nekatolíckych, jestvovali katolícke univerzitné strediská, ktoré by mládeži poskytovali pomoc, predovšetkým duchovnú. Stredisko nesie meno blahoslavenej Sára Salkaházi, pretože bl. Sára bola spojená s mestom Komárno. Počas svojho života, ako členka rehoľníckej Spoločnosti sociálnych sestier tu pôsobila a budova, kde bývala, je zachovaná do dnešného dňa spolu s Kaplnkou sv. Anny, kde aj ona chodievala (Vanovčanová, 2015).

Jedno z ďalších ocenení sestry Sára, ktoré sa jej dostalo, bolo odhalenie a požehnanie jej sochy pri príležitosti slávania 90. výročia založenia Spoločnosti sociálnych sestier. V nedeľu 12. mája 2013 sa uskutočnila slávnostná d'akovná svätá omša v Dóme svätej Alžbety v Košiciach, pri ktorej košický arcibiskup Mons. Bernard Bober požehnal sochu blahoslavenej sestry Sára Salkaházi. Keďže Sára bola pokrstená v tejto katedrále, jej socha sa nachádza v blízkosti krstiteľnice, aby sa nezabudlo, že tu, v Dóme svätej Alžbety v Košiciach, sa začala odvíjať jej spoločná cesta s Kristom. Oživiť spomienku na Sára a vyše päťsto obetí holokaustu počas druhej svetovej vojny má za úlohu aj pamätník v Budapešti, ktorý bol slávnostne odhalený 16. apríla 2005 v podobe 60 železných párov autentickéj obuvi tiahnucich sa v dĺžke štyridsať metrov pozdĺž brehu Dunaja. Kovové topánky na promenáde symbolizujú tragické strieľanie Židov a všetkých tých, ktorí im pomáhali, keďže pred popravou prinútili vojaci svoje obeť vyzuť si topánky predtým, ako ich zastrelili.

Večer 27. decembra 1944 podstúpila Sára Salkaházi mučenícku smrť zastrelením - paradoxne - pri moste Slobody. Tam sa potvrdila jej odovzdanosť pre inú slobodu, než ako ju pozná a vyznáva svet. Jej sloboda nebola výsledkom revolúcie či nejakého politického prevratu. Sára pri onom budapeštianskom moste dosiahla najvyšší stupeň slobody v sebaobetovaní pri pokojnom obhajovaní pravdy o Bohu i o človeku. Získanými poznatkami sme dospeli k tomu, že bl. sestra Sára sa dokázala zasadzovať za biednych, bola citlivá na bolesť. Bola obdarená výnimočným sociálnym cítením a vnímala nástrahy systému, v ktorom vo svojej dobe žila. Mala však odvahu vstúpiť do nepreskúmaných situácií a odvahu postaviť sa systému, ktorý bol proti životu. V súčasnej dobe znovuzískanej politickej slobody princípov, ktoré charakterizovali život sestry Sára, sú aktuálnejšie ako kedykoľvek predtým: zodpovednosť, hodnotová orientácia jej činnosti, prijatie každého v solidarite. Naša viera je obrovským prameňom sily v úsilí priblížiť sa ku každému s takou zodpovednosťou a solidaritou, aby sme mohli vytvárať spoločnú budúcnosť. Je potrebné naučiť sa od bl. sestry Sára tajomstvu života, tomu tajomstvu, ktoré hovorí, že šťastnými v rôznych životných situáciách môžeme byť iba prostredníctvom odovzdania sa, ktoré pramení z lásky.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BERBERICH, D. 2010. Sára Salkaházi a záchrana Židov počas druhej svetovej vojny. In: *Metamorfózy rodiny v kontexte postmodernej spoločnosti*. Zborník z vedeckej konferencie. Košice : Viena, 2010, s. 177-182. ISBN 978-80-8126-005-6.
- BERKECZ, F. 2010. *S ohňom lásky. Výber z denníka bl. Sára Salkaházi*. Košice : Viena, 2010, 88 s. ISBN 978-80-8126-027-8.
- ERDŐ, P. 2006. Homília z príležitosti blahorečenia Sára Salkaházi. In *Spoločnosť sociálnych sestier*. [online]. 2006. [citované 2016-10-10]. Dostupné na internete http://www.salkahazisara.com/beatif_sk_homilia.html.
- EXNER, G. 2006. *A Lélek Szava. Katolikus lelkeségi lap*. Budapest : SZTT 3/2006, XXX. évfolyam, 3. szám. 34 s. ISSN 0865-865X.
- GILBERT, M. 2002. *I Giusti gli eroi sconosciuti dell' Olocausto*. Roma : Città Nuova Editrice, 2002.
- HETÉNYI VARGA, K. 1985. *Akiket üldöztek az igazságot*. Budapest : Ecclesia, 1985. 632 s. ISBN 963-363-419-9.
- HIDVÉGI, M. 2006. *Boldog Salkaházi Sára*. Budapest : Szent István Társulat, 2006. 355 s. ISBN 963-361-819-3.
- KARP, A. 2006. Sára testvér áldozata. In *Hidvégi, M. Boldog Salkaházi Sára*. Budapest : Szent István Társulat, 2006. ISBN 963-361-819-3.
- KOLEKTÍV AUTOROV spoločnosti sociálnych sestier: *Blahoslavená Sára Salkaházi, sociálna sestra - panna a mučenica*. Košice : Spoločnosť sociálnych sestier. 44 s.
- LACA, P. 2015. *Blahoslavená Sára Salkaházi - sestra misijnej a sociálnej práce*. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2015, 214 s. ISBN 978-80-906146-0-4.
- LACA, S. 2013. Rodina ako pilier ľudskej spoločnosti z pohľadu sociálnej pedagogiky. In: *Sociální pedagogika v kontextu teorie a praxe I*. Brno : Institutmezioborových studií, 2013. ISBN 978-80-87182-45-1.
- LACA, S., LACA, P. 2013. *Úvod do sociálnej pedagogiky. Rodina-škola-výchova-prostredie*. Bratislava : VŠZaSP, 2013. ISBN 978-80-89392-56-8.

- PUSKELY, M. 2006. *Salkaházi Sára - a társadalmi igazságosság apostola*. Budapest : Új Ember Kiadó, 2006, 79 s. ISBN 963-9674-08-7.
- SCHÉDA, M. Boldog vagy, Sára? Budapest : Új Ember Kiadó, 2006.
- SCHÉDA, M. *Sára Salkaházi, apoštolka sociálnej lásky*. Košice Radako a Karnat, 2001.
- SZÁRAS, J. 2013. *Sára Salkaházi život a dielo*, Košice : Viena, 2013. 266 s. ISBN 978-80-8126-083-4.
- VANOVČANOVÁ, M. 2010. *Trnavský arcibiskup zriadil nové katolícke stredisko pre študentov v Komárne*. In [online]. 2010. [cit. 2016-09-30]. Dostupné na internete <http://www.tkkbs.sk/view.php?cislocianku=2010082302>.

3 KOMPLEXNÉ GERIATRICKÉ POSÚDENIE V OŠETROVATELSKEJ PRAXI

Dvořáčková (2012) pod pojmom starnutie rozumie zmeny organizmu v štruktúre ale aj funkcii organizmu. Ide o väčšiu zraniteľnosť a výrazný pokles výkonnosti u jedinca kedy organizmus prechádza zmenami, ktoré prichádzajú v rôznom čase a pokračujú rôznou rýchlosťou. Medzi štáty s najväčším počtom seniorov do roku 2020 patria: Japonsko 31 %, Grécko a Švajčiarsko 28%, Severná Amerika 23 %, Východná Ázia 17 %, Južná Ázia 10 %. Typickými črtami demografického trendu sú: klesajúca pôrodnosť, zníženie úmrtnosti, zvyšovanie strednej dĺžky života, vyšší pomer žien ako mužov v danej vekovej skupine a vyšší počet skupín ľudí nad 80 rokov (Malíková, 2020). Podľa správy Population Division of UN z roku 2017 má špecifické postavenie hlavne Európa, ktoré má dlhodobo najstaršie obyvateľstvo sveta. V súčasnosti takmer štvrtinu obyvateľstva Európy tvoria staršie osoby vo veku 60 a viac rokov, pričom očakávaný nárast do roku 2050 hovorí o náraste o takmer 35 %. Projekt EUROSTATU EUROPOP 2018 uvádza, že do polovice 21. storočia dôjde vo všetkých členských štátoch EÚ a EFTA k nárastu podielu 65-ročných a starších osôb (Šprocha, Ďurček, 2019).

3.1 Pojmy procesu posúdenia

Disabilita sa definuje ako obmedzenie či nemožnosť vykonávať nejakú činnosť, fyzickú i mentálnu. Odzrkadľuje mieru závislosti chorého na pomoc okolia prejavujúcu sa v bežných denných aktivitách, čiže schopnosť samostatnej existencie bez pomoci iných.

Funkčný stav odráža individuálnu schopnosť podieľať sa na fyzických, mentálnych a sociálnych aktivitách každodenného života, je ovplyvnený telesným a mentálnym zdravím jednotlivca.

Krehkosť je pojem, ktorý môže mať v medicínskom prostredí niekoľko významových obsahov. Zvyčajne je používaný ako označenie všeobecnej chatrnosti (vetchosti, neduživosti) jedinca bez ohľadu na vek či ochorenie.

V ošetrovateľskej terminológii je krehkosť jednou z funkčných kategórií určujúcich stupeň nesebestačnosti (disability). Z pohľadu geriatra je krehkosť vnímaná ako nešpecifická vulnerabilita organizmu vyvolaná jeho involúciou, ktorej následkom je vo všeobecnosti pokles potenciálu zdravia. Súvisí to s poklesom funkčných rezerv, nízkou výkonnosťou a adaptabilitou takto zmeneného organizmu, ktoré spolu so znížením odolnosti proti vonkajším stresorom vedú k zvýšenému riziku vzniku závažných následkov nezvládanej záťaže, ako sú opakované dekompenzácie zdravotného stavu, strata sebestačnosti, nutnosť dlhodobej starostlivosti či inštitucionalizácie (hospitalizácia, trvalá ústavná starostlivosť), ale aj zvýšená pravdepodobnosť úmrtia. Seniori často majú horšiu kvalitu života podmienenú nízkym potenciálom zdravia a zdravotnými ťažkosťami chronického charakteru, nedostatočným sociálnym a ekonomickým zabezpečením. Sociálny aspekt ochorenia je prirodzenou súčasťou medicínskej starostlivosti o starších pacientov poskytovanej geriatrami. Výber posudzovacích škál v geriatrickej praxi je často zameraný na celkové zhodnotenie zdravotného stavu seniora/geriatrickeho pacienta. K súhrnnému posúdeniu chorého v geriatrickej praxi je používané komplexné geriatrické hodnotenie (CGA), ktoré rešpektuje

skutočnosť, že zdravotné problémy sa prelínajú s psychosociálnymi ťažkosťami (Pokorná a kol., 2013; Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014).

Jeho význam netkvie len v ucelenom pohľade na seniorov/geriatrických pacientov zameranom na funkčný stav, sebestačnosť, potrebu starostlivosti, ale tiež v možnosti plánovať kvalitnú a individualizovanú starostlivosť, nevyhnutnosť sledovať jej priebeh a výsledky. Hudáková a kol. (2018) popisujú hodnotenie funkčného stavu seniora ako viacrozmernú veličinu, ktorá zahŕňa posúdenie zdravotného stavu (fyzického, psychického aj sociálneho) v kontexte s posudzovaním vonkajšieho prostredia, pričom najviac metód posudzuje hlavne fyzickú oblasť, pretože práve fyzická oblasť významne ovplyvňuje celkové schopnosti seniora. Výstupy z CGA (CGA – Comprehensive Geriatric Assessment) sú základom individuálneho plánu v zdravotnej a sociálnej oblasti: adekvátnej liečby, doplnenia ďalšej diagnostiky, rehabilitácie, kompenzačnej pomôcky a sociálnej pomoci s cieľom zlepšiť resp. udržať kvalitu života seniora, oddialiť disabilitu, akútnu hospitalizáciu alebo dlhodobú ústavnú zdravotnú či sociálnu starostlivosť. Takto personalizovaná medicína je prínosná najmä pri multimorbidite v súbehu s geriatrickými syndrómami, kedy priorita riešenia nemusí byť vždy zreteľná a jednoznačná. Zohľadňuje aj prania pacienta a možnosti opatrovateľa, snaží sa o naplnenie funkčného potenciálu konkrétneho seniora včasnou a adresnou intervenciou (SDTP).

Do súčasnej podoby sa CGA sformovalo v 70-tich a v 80-tich rokoch minulého storočia, predovšetkým v Spojených štátoch amerických (ďalej USA). V roku 1975 sa KGH stalo kľúčovou metódou novo zakladaných geriatrických centier v USA. V roku 1989 sa metóda CGA stala základom programov geriatrického posudzovania a manažmentu (Geriatric Evaluation and Management – GEM), konceptu integrovanej starostlivosti, zabezpečenej optimálnym poznaním pacientových schopností, limitácií, rizík a potrieb. V 90-tich rokoch bolo štandardizované KGH zavedené do praxe všeobecných lekárov vo Veľkej Británii. V roku 1992 bol uzákonený vznik geriatrických oddelení, zameraných na GEM v Taliansku. CGA tam sa dostalo do programov vzdelávacích kurzov Medzinárodného gerontologického inštitútu Organizácie spojených národov, ktoré sa konali na Malte. Zásadné uplatnenie našla metóda CGA v onkológii pri zvažovaní vhodnosti štandardných protokolov (Kalvach, 2008).

Komplexné funkčné geriatrické hodnotenie CGA predstavuje interdisciplinárny diagnostický proces prístupu k nemocnému seniorovi, ktorý geriatricii umožňuje okrem somatických aspektov zdravotného stavu identifikovať a zhodnotiť aj mieru postihnutia jeho sebestačnosti, psychického a sociálneho statusu (tabuľka 15).

Tab.15 Hodnotenie stavu seniora

Hodnotenie funkčného stavu seniora	
Hodnotená oblasť	Spôsob hodnotenia
Somatický stav	fyzikálne vyšetrenie, mobilita, kontinencie, výživa, zrak, sluch
Sebestačnosť	ADL test- samostatnosť v domácnosti, IADL test
Mentálny stav	kognitívne funkcie – MMSE test, Clock test, škála depresie (Yesavage)
Sociálny status	sociálne kontakty, osamelosť, forma bývania, dostupnosť pomoci

Vďaka nálezom CGA, možno predísť zbytočným komplikáciám pri invazívnych výkonoch, ale aj pri menej zaťažujúcej štandardnej diagnostike a liečbe, ktorá môže u krehkého seniora spôsobiť neželané následky bez dosiahnutia plánovaného benefitu. Prevencia spočíva v spomalení funkčného poklesu, redukcii polypragmázie, minimalizácii iatrogenicity a odstránení rizikových faktorov (ak je to možné), ako aj v rýchlej liečbe prípadných komplikácií, ktoré možno predvídať vďaka komplexnému geriatrickému posúdeniu. Cieľom je zaviesť mechanizmus systematického vyšetrovania starších ľudí a tým dosiahnuť záchyt krehkých a inak rizikových seniorov a predchádzať tak zbytočným komplikáciám ich zdravotného a funkčného stavu.

Krehký a rizikový senior:

1. je väčšinou multimorbídny
2. má vyššiu pravdepodobnosť opakovanej dekompenzácie chronických ochorení
3. je ohrozený zhoršením zdravotného alebo funkčného stavu pre hraničný stav výkonnosti a nízku funkčnú rezervu
4. aj bežná intervencia môže znamenať neprimeranú záťaž s následkom komplikácií, prípadne až úmrtia.

Komplexné geriatrické hodnotenie CGA, známe aj pod názvom funkčné geriatrické hodnotenie je charakterizované ako multidimenzionálny interdisciplinárny diagnostický proces, ktorý je zameraný na stanovenie zdravotných, funkčných a psychosociálnych schopností a problémov hlavne krehkých seniorov. Jeho cieľom je vypracovanie celkového plánu pre liečbu a dlhodobé sledovanie. Nesústreďuje sa len na jednotlivé čiastkové činnosti, ale je ponímané holisticky (Kuckir, Vaňková, Holmerová a kol., 2017). CGA sa skladá z niekoľkých oblastí posudzovania.

Tab.16 Postup pri CGA – oblasti posudzovania (Zdroj: Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014)

Klinické vyšetrenie	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnéza – terajšie ochorenie, osobná, rodinná, sociálna • Fyzikálne vyšetrenie – morfológické a funkčné zmeny • Diagnostika pri posteli (bed-side) • Nozologické a syndromologické diagnózy, komorbidity, funkčné následky ochorení
Funkčná zdatnosť (výkonnosť)	<ul style="list-style-type: none"> • Hodnotenie disability (ADL, IADL) • Hodnotenie telesnej zdatnosti, výkonnostné testy • Kineziologické hodnotenie – mobilita, chôdza, rovnováha, postoj • Hodnotenie stavu výživy • Funkčná klasifikácia zdravia
Psychický stav	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitívne funkcie, fatické poruchy, delirantné stavy • Afektívne funkcie – depresia • Psychická rovnováha, prejavy maladaptácie
Sociálne pomery, osobnosť seniora	<ul style="list-style-type: none"> • Sociálna rola, vzťahy – sieť, podpora, zdroje, potreby, bývanie • Subjektívne hodnotenie stavu, životná zmyslupnosť • Zátťaž ošetrojúcich osôb • Životné priority, subjektívna kvalita života

V literatúre sa uvádzajú oblasti komplexného posudzovania u seniora/geriatrického pacienta nasledovne:

- fyzické zdravie a funkcie – chronické ochorenia (hlavne cerebrovaskulárne, kardiopulmonálne, gastrointestinálne), mobilita, fyzická aktivita, aktivity denného života, kontinencia, výživa, prevencia aspirácie, riziko vzniku dekubitov a pádov, bolesť, spánok, orálne zdravie, zmyslové funkcie, únava, sexualita, užívanie farmák, zneužívanie inou osobou, perioperačné riziko;
- psychické zdravie a funkcie – kognitívne funkcie, mentálny stav, emocionálna pohoda, anxieta, depresia, demencia, potulovanie sa, delírium, abúzus, postraumatický stres, spiritualita;
- sociálne funkcie – rodinná a sociálna participácia, podporná sieť, sociálne potreby, finančný status, zátťaž u opatrovateľa;
- rizikové faktory – vek nad 75 rokov, osamelosť, bezdetnosť, nízky ekonomický status, nízka fyzická aktivita, polymorbidita, kognitívne poruchy, nedávna hospitalizácia, znížené vnímanie zdravia, stres u opatrovateľa (Bóriková, Tomagová, Žiaková, 2014).

Sestra vykonáva podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, edukáciu pacienta a/alebo opatrovateľa, dotazníkové skriningové testy.

Tab. 17 Komplexné vyšetrenie geriatrické – postupnosť, výstup a následná intervencia (Zdroj: Hoozová a kol.2021)

Subjektívne ťažkosti pacienta	Varovné signály zraniteľnosti
<ul style="list-style-type: none"> - Bolesť - Problémy s dýchaním - Zmeny hmotnosti, stravovanie a pitný režim - Chrup, zrak a sluch - Výkonnosť, mobilita, stabilita, pády za posledný rok - Motivácia - Poruchy pamäti, nálady, správania, orientácie a exekutívnych funkcií, spánok, delirantné stavy - Stolica a močenie vrátane inkontinencie - Rodinné a sociálne zázemie 	<ul style="list-style-type: none"> - Vysoký vek - Multimorbidita - Polypragmázia - Častá potreba medicínskej starostlivosti - Nevýkonnosť, únava - Chudnutie / zlý stav výživy - Poruchy hybnosti - Pády - Inkontinencia moču / stolice - Závislosť v ADL - Náchylnosť na NUL - Tendencia k delíriu - Slabé sociálne zázemie

CGA môžu vykonávať (v redukovanej forme) zdravotníci rôznych odborov, optimálne je vytváranie multidisciplinárnych geriatrických tímov. Tie by mali pozostávať predovšetkým z odborníkov ošetrovateľstva, ergoterapie, fyzioterapie, sociálnej práce - s integrovaním čiastkových poznatkov do celku, v procese označovanom ako tímová geriatrická konferencia. Multiodbornosť zabezpečuje väčšiu expertnú kvalitu všetkých realizovaných hodnotení, ako aj efektívnejšie využitie času a vedomosti jednotlivých odborníkov. Získané informácie by mali slúžiť všetkým pracovníkom (nielen zdravotníkom), ktorí pracujú so seniormi na vypracovanie stratégie racionálnej, dostupnej diétnej a medikamentózneho liečby. Rovnako by mali pomôcť na stanovenie spôsobu primárnej starostlivosti a rehabilitačných služieb, prípravu eventuálnej dlhodobej starostlivosti a optimálne umiestnenie jedinca pri potrebe inštitucionálnej liečby, pri najlepšom využití existujúcich (alebo v blízkej budúcnosti zriadených) lokálnych služieb.

KGH sa líši od štandardného lekárskeho nálezu v troch hlavných bodoch:

- a) je zamerané na starších jedincov, ktorí majú mnohostranné, komplexné, zdravotno - sociálne problémy
- b) zdôrazňuje stav (ne)spôsobilosti, (ne)sebestačnosti a hlavne kvalitu života
- c) je zostavené tímom odborníkov zameraných na problematiku geriatrického pacienta.

3.2 Indikácie komplexného geriatrického hodnotenia

CGA je indikované u seniora po dosiahnutí veku 70 rokov, resp. u seniora vo veku 65 a viac so znakmi staršieho biologického veku, je významne multimorbídny trpí chronickými ochoreniami a častou potrebou úpravy liečby, resp. s chronickými ochoreniami a častou potrebou hospitalizácie. Tiež by sa malo realizovať u seniorov s geriatrickými syndrómami, vrátane dizability (s obmedzujúcimi funkčnými deficitmi v rôznych oblastiach), a tiež kvôli posúdeniu zdravotného stavu, rizík a benefitov pred plánovanou operáciou / onkologickou liečbou / kúpeľnou liečbou / inou intervenciou s potrebou predikcie prognózy. V literatúre sa uvádza že, chápanie geriatrického syndrómu sa líši od bežného chápania pojmu

syndróm v klinickej medicíne, kde syndróm znamená množinu príznakov a znakov vyvolaných u daného pacienta dominantne jednou spoločnou príčinou. Olexa (2022) tvrdí, že geriatrické syndrómy sú výsledkom pôsobenia mnohopočetných a rôzne kombinovaných chorobných stavov. Do skupiny geriatrických syndrómov (GS) patrí mnoho klinických stavov. Započítavame k nim syndróm instability (poruchy stoja a chôdze, závraty, pády), syndróm dekonďicie a hypomobility, syndróm anorexie a malnutricie, syndróm dehydratácie, syndróm senzorickeho deficitu (zrak, sluch) inkontinenciu, psychické syndrómy (delírium, poruchy správania, depresie, demencie atď.) a stavy podmienené zmenami v sociálnej sfére (geriatrický maladaptívny syndróm), a už spomínaný syndróm fragility prechádzajúci do syndrómu terminálnej geriatrickej deteriorácie (FFT - „failure to thrive“). Medzi najvýznamnejšie geriatrické syndrómy (tzv. syndrómy 5-tich I) patria:

- I – imobilita (obmedzenie hybnosti)
- I – instabilita (poruchy rovnováhy až pády)
- I – inkontinencia (s rôzne vyjadrenou intenzitou takmer u každého seniora !)
- I – intelekt (poruchy pamäte a kognitívnych funkcií)
- I – iatrogenizácia (protektívna, i negatívna).

Tak ako uvádza Olexa (2022), k súčasným najčastejším geriatrickým syndrómom patria:

1. syndróm krehkosti
2. syndróm sarkopénie,
3. syndróm stareckej malnutricie a anorexie
4. syndróm kognitívnych porúch
5. syndróm iatrogenizácia a ageizmus.

Krehkosť, tiež označovaná ako frailty, je stav charakterizovaný zvýšenou zraniteľnosťou, slabosťou a zníženou odolnosťou voči stresu a chorobám. Tento syndróm postihuje predovšetkým starších ľudí a býva spojený so zhoršením fyzickej výkonnosti, stratou svalovej hmoty, úbytkom telesnej hmotnosti a inými zmenami. Frailty syndróm je komplexný stav, ktorý je výsledkom interakcie rôznych faktorov, vrátane biologických, psychologických a sociálno-ekonomických. Medzi rizikové faktory patria okrem starnutia aj chronické ochorenia, nedostatočná výživa, nedostatok pohybu, sociálna izolácia a stres. Pri rozvoji geriatrickej krehkosti sa uplatňujú faktory endogénne - genetické somatické, psychické, exogénne - involučné zmeny funkčné a morfológické, chorobné procesy zret'azené do multimorbidity, pohybová inaktivita, malnutricia, nežiaduce účinky liekov, kognitívny deficit, maladaptácia, sociálny deficit.

Vyhodnotením mnohých štúdií o krehkosti u osôb starších ako 65 rokov sa zistila prevalencia fyzickej krehkosti 4 – 17 % (v priemere 9,9 %), pričom prítomnosť psychosociálneho aspektu zvyšovala prevalenciu fyzickej krehkosti - ženy (9,6 %) boli oproti mužom (5,2 %) krehkosťou ohrozené dvojnásobne (vdovy, samostatne žijúce). Prevalencia významne stúpa po 80. roku života. Výskyt fragility je významne vyšší u seniorov v inštitucionalizovanej starostlivosti 30-50%, u hospitalizovaných seniorov až 50-70%, kým u samostatne žijúcich seniorov dosahuje len 10-20% (Olexa, 2022).

Kritéria krehkosti podľa Friedovej:

Úbytok hmotnosti: Subjektívny údaj o neželanom schudnutí o viac ako 4,5 kg/rok resp. pokles hmotnosti o viac ako 5 %/rok.

Pocit vyčerpanosti: Subjektívne vnímaná únava či vyčerpanosť, ktoré obmedzujú aktivity minimálne 3 dni v týždni.

Sila stisku dominantnej ruky – handgrip test: Pokles < 20 % v porovnaní s populáciou mladších.

Rýchlosť chôdze 15 krokov (ca. 5m): o 20 % menšou rýchlosťou ako bežná populácia

Fyzická aktivita: Týždenný energetický výdaj v kcal menej ako 20 % oproti bežnej populácii.

Tab.18 Škála klinickej závažnosti krehkosti - štádia krehkosti (Zdroj Olexa 2022)

Zdatní (veľmi fit)	- v dobrej kondícii, zdraví, psychicky aktívni, energickí, motivovaní, v rámci vekovej skupiny najzdatnejší, pravidelne pohybovo aktívni seniori, zvládajú záťaž
Studňa	– bez aktívnej choroby, ale menej zdatní ako jedinci v predchádzajúcej skupine
Zdraví s liečenými komorbiditami (dobre, s liečenou komorbidnou chorobou)	– symptómy ochorenia sú vďaka liečbe pod kontrolou
Zjavne zraniteľní (apparently vulnerable)	– hoci nie sú závislí, pociťujú obmedzenia pre ochorenia
Mierne krehkí (mierne krehké)	– čiastočne odkázaní na pomoc druhých (napríklad pri chôdzi vonku a domácich prácach)
Stredne krehkí (moderate frail)	– odkázaní na pomoc pri inštrumentálnych, ale aj niektorých bežných denných aktivitách (napríklad pomoc pri kúpaní, minimálna asistancia pri obliekaní)
Závažne krehkí (severly krehké)	– úplne závislí, odkázaní na pomoc z rôznej príčiny, zdravotný stav stabilizovaný, minimálny predpoklad dožitia aspoň 6 mesiacov
Veľmi závažne krehkí (veľmi vážne krehké)	úplne závislí, napriek liečbe nedochádza k úplnému uzdraveniu ani v prípade menej závažného ochorenia – už len paliatívna starostlivosť
Chorí v terminálnom štádiu ochorenia (terminally ill)	– predpoklad dožitia menej ako 6 mesiacov, znaky evidentnej krehkosti nemusia byť prítomné – už len paliatívna starostlivosť

Odporúčania v štyroch hlavných bodoch týkajúcich sa špecificky fyzickej (telesnej) krehkosti:

Fyzická krehkosť je syndróm, ktorý je multikauzálny, charakterizovaný stratou fyziologických funkcií, ubúdaním výkonnosti a odolnosti, ako aj zvyšovaním zraniteľnosti (vulnerability) s následkom vzniku zdravotných komplikácií, závislosti (odkázanosti) alebo smrti. Na identifikáciu krehkých jedincov možno použiť jednoduché skríningové škály krehkosti.

- Fyzickej krehkosti sa potenciálne dá zabrániť špecifickým prístupom ako napríklad udržiavaním fyzickej zdatnosti, kvalitným stravovaním, suplementáciou vitamínu D a redukciou polyfarmácie.
- Dôležitá je aj liečba chronických ochorení a intervencia pri kognitívnom a senzorickom deficite.
- Optimálne je skriningovo vyšetriť všetky osoby nad 70 rokov, ako aj osoby s chronickým ochorením a zároveň významným poklesom hmotnosti (viac ako 5 % za posledný polrok) za účelom potvrdenia/vylúčenia krehkosti (Olexa, 2022).

Tab. 19 Zásady prevencie a včasnej intervencie krehkosti (Zdroj: Kalvach 2008, vlastné spracovanie)

F	Food	Prevencia anorexie a malnutricie, adekvátny príjem kvalitných proteínov, vitamínov, ostatných nutrientov a energie v strave.
R	Rezistenčné cvičenie	Fyzická aktivita, odolnosť.
A	Ateroskleróza	Prevencia vzniku aterosklerózy, ovplyvňovanie jej rizikových faktorov.
I	Izolácia	Prevencia izolácie, stretávanie sa s ľuďmi „Chodte von a buďte aktívni“.
L	Limit pain	Diagnostika a aktívna liečba/tlmenie bolestí.
T	Tai-chi /iné cvičenia rovnováhy	Cvičenia zamerané na posilnenie stability a rovnováhy.
Y	Yearly checks	Dodržiavanie pravidelných kontrol 1-ročných kontrol zdrav. a funkčného stavu.

Ďalšou indikáciou pre vykonávanie CGA, okrem „krehkých“ seniorov sú aj seniori, ktorí vyžadujú dlhodobú hospitalizáciu alebo trvalú ošetrovateľskú starostlivosť. CGA by malo významne napomôcť k výberu najvhodnejšieho typu starostlivosti. Preto v štátoch, kde CGA je štandardnou metódou, nechýba v realizačných tímoch aj sociálny pracovník. Funkčné vyšetrenie pacienta sa stalo nenahraditeľnou súčasťou geriatrického vyšetrenia z niekoľkých dôvodov:

- čím dlhšie pacienti žijú s chronickými, nevyliciteľnými chorobami, tým dlhšie sa zvyšuje funkčné poškodenie, ktoré vyžaduje adekvátnu kompenzáciu v zdravotnej a/alebo sociálnej oblasti
- funkčná zdatnosť je veľmi dôležitá pri prevencii invalidity, ale aj pri odchode do starobného dôchodku
- u geriatrických pacientov je často prvým evidentným príznakom zdravotného problému zmena funkčných schopností
- z hľadiska ekonomických nákladov na starostlivosť je efektívnejší taký zdravotnícky manažment, ktorý berie do úvahy skôr celkovú funkčnú zdatnosť ako permanentné prehodnocovanie opakujúcich sa akútne zhoršených chronických symptómov.

3.3 Postup pri komplexnom geriatrickom posúdení

Význam CGA dokumentuje skutočnosť, že v súčasnosti má pacient v dokumentácii, pri prepustení zo zdravotníckeho zariadenia často množstvo údajov o nozologických jednotkách, ale nie sú uvedené a tým menej komentované a riešené zásadné údaje pre jedinca ako je napr. malnutícia, kognitívna, či fatická porucha, dôvod a rozsah potreby užívania rehabilitačných pomôcok, miera sebestačnosti a pod. (Kalvach, 2008). V našich podmienkach je negatívnym aspektom, že zdravotnícki pracovníci, ktorí sa venujú geriatrickým pacientom sú poradným orgánom pre riadiacich pracovníkov, ktorí rozhodujú napr. o sociálnych príspevkoch, o zabezpečení stravy či o umiestnení do ústavov sociálnej starostlivosti.

Komplexné geriatrické posúdenie obsahuje a hodnotí:

Subjektívne ťažkosti - aktívne a cieleňé vyhľadávanie problematických oblastí vrátane funkčných zmien. Starší pacienti sú charakteristickí prezentovaním rôznej kombinácie nešpecifických, zjavne nesúvisiacich a zdanlivo triviálnych sťažností. Veľa starších pacientov interpretuje svoju bolesť alebo dysfunkciu orgánov ako „normálny“ prejav starnutia. Svojoľne by neprišli za lekárom napr. pre bolesť kĺbov alebo nespavosť. Starší pacienti disponujú množstvom chronických bolestivých stavov, ktoré si liečia reklamnými voľno predajnými analgetikami. Je dôležité u týchto pacientov zistiť eventuálne iné závažnejšie príčiny bolesti, ako ich hodnotí samotný senior. V geriatrickej je charakteristická mikrosymptomatológia chorôb, symptomatológia „vzdialených“ orgánov a reťazenie problémov. Lieky môžu zastrieť mikrosymptomatológiu vážnych a v inom systéme prebiehajúcich chorôb. Závažným problémom je multimorbidita. Problémy pacienta sú spôsobené viacerými príčinami (multikauzalita). Multimorbiditu je potrebné odlíšiť od komorbidity. Pri multimorbidite nemožno rozlíšiť, ktorá choroba je dominantná. Pri komorbidite je dominantná choroba sprevádzaná inými, často tiež závažnými chorobami. Závažné bariéry v komunikácii môžu znemožniť starším pacientom prístup k efektívnej lekárskej pozornosti. Strata pamäte, depresie, zhoršenie sluchu a zraku môžu prispieť k súboru neadekvátneho alebo dokonca nezrozumiteľného popisu hlavnej choroby a terajšieho stavu. Okrem iného je potrebné zmieniť sa o rozdielnosti klasickej medicínskej anamnézy a anamnestického rozhovoru so seniorom v rámci CGA.

Anamnéza pacienta (osobná, lieková, alergická, epidemiologická, sociálna a rodinná, abúzy, u žien gynekologická) s ohľadom na geriatrické špecifiká vrátane objektivizácie opatrovateľom. V tejto časti CGA je veľmi dôležité uplatniť princípy komunikácie. V nasledujúcom texte uvádzame princípy komunikácie s pacientmi **so zmyslovým a mentálnym handicapom**.

Spýtajte sa, ako máte pacienta oslovovať. Reagujte na zmeny výrazu pacienta. Odstráňte formálne frázy, odborné výrazy, žargón. Používajte výrazy, ktoré sú pacientovi primerané a známe. Umožníte odhadnúť slová z pier, nehovorte k pacientovi zozadu alebo mimo jeho zorného poľa. Počas komunikácie odstráňte rušivé alebo rozptyľujúce prvky (telefón, televízia, rozhlas a pod.). Snažte sa o pokojné chovanie a pozitívny výraz, nerobte prudké pohyby, komunikáciu spomaľte. Hovorte nahlas, pomaly a v krátkych vetách. Na získanie pozornosti a upokojenie používajte dotyk. Priebežne kontrolujte, či pacient vašim údajom správne rozumie. Upozornite na odchod inej osoby, keď je v miestnosti. Napíšte orientačné

body ako oporu pre zvukovú orientáciu (pri poruchách sluchu, aj demencii). Komunikujte pokiaľ je to možné len s jednou osobou. Používajte priame pomenovania, vyhýbajte sa zámenám. Pri rozhovore o prítomnej veci, osobe, či o mieste pacientovho tela na objekty ukazujte. Pohybujte sa v zornom poli pacienta. Požiadajte pacienta, aby si ku konzultácii pripravil poznámky (otázky). Naviažte očný kontakt. Ak pacient správne nepochopil, použite inú formuláciu, neopakujte rovnaké slová. Rekapitulujte informácie od pacienta (takže vravíte, že...). Povzbudzujte pacienta prejavom vášho vľúdneho záujmu. Počas rozhovoru sedzte, neprechádzajte sa. Venujte pozornosť non-verbálnym prejavom. Sústreďte sa na pacienta, nesledujte napr. počítač alebo iné dianie okolo vás. Rozlišujte, kedy použiť tzv. zavreté (áno/nie) a kedy otvorené otázky. Dajte jasne najavo, že rozhovor končíte alebo odchádzate len na chvíľku.

Komunikácia s pacientom so sluchovým postihnutím

Komunikácia "na papieri" s celoživotne nepočujúcimi je zvyčajne neefektívna. Ľudia ktorí sa narodili nepočujúci alebo stratili sluch v ranom veku, nemajú dostatočnú slovnú zásobu, takže písanie pre nich neznamena úľavu (neplatí pre ľudí so sluchovým postihnutím v neskoršom veku). S nepočujúcou osobou je potrebné hovoriť prirodzene, pomalšie, s čelom a s "prázdnyimi ústami". Pri hovorení osoba by nemala jesť, piť, fajčiť, žuť, podopierať bradu alebo dávať si ruky pred ústa. Je vhodné udržiavať pomalší rytmus reči a nezvyšovať hlas. Pri komunikácii s nepočujúcou osobou je dobré používať mimiku a gestá rúk. Prijímanie správ je pre nepočujúcich rovnako dôležité ako ich odovzdávanie. Čítanie z pier nie je pre nepočujúcich veľkou úľavou, ako je zrejme pomáha to len 30 – 40 %. Ak sestra pri vyšetrení nerozumie nepočujúcej osobe, mala by ju požiadať, aby spomalila alebo zopakovala vetu. Ak osoba, ktorá má do činenia s nepočujúcou osobou, pozná základy posunkovej reči alebo prstovej abecedy, mala by ich použiť. Pri konverzácii v skupine je potrebné povedať nepočujúcemu tému rozhovoru tak, aby sa necítil sa vylúčený. Kontakt s nepočujúcou osobou sa musí udržiavať priamym pohľadom z očí do očí. Pri komunikácii s nepočujúcou osobou je žiaduce vypnúť všetky rušivé zvuky. Ak chceme získať spätnú väzbu a uistenie, že nepočujúci skutočne pochopil, nie je dobré sa pýtať, či pochopil, ale položiť si otázku "čo by si urobil?"

Komunikácia s pacientom so zrakovým postihnutím

Zdravotnícky pracovník ponúkne sprevádzanie nevidiaceho človeka, ale netlačí ho pred sebou, vždy je to krok vpred. Pri vstupe do miestnosti (napr. do ordinácie lekára) sprievodca otvorí dvere a nevidiaci dvere zavrie. Pred vstupom na schodisko sprievodca upozorní nevidiacu osobu na smer schodiska "Pozor, schody hore". Hovorí mu aj o prvých a posledných krokoch. Nevidiaci človek nastúpi do sanitky za svojím sprievodcom. Sprievodca položí ruku nevidiaceho na horný okraj dverí. Je dobré sa jasne dohodnúť, kto zavrie. Pri prechádzke úzkym priechodom ide sprievodca vždy prvý. Pri prechádzke úzkym priestorom sprievodca natiahne ruku za chrbát a nevidiaci nasleduje sprievodcu v zákryte. Pri prechode dverami ide sprievodca ako prvý. Ak si chce nevidiaci sadnúť, sprievodca položí ruku nevidiaceho na operadlo. Stačí povedať nevidiacemu: "Tu je stolička, toto je operadlo".

Fyzikálne vyšetrenie orgánových systémov rozšírené o základné neurologické vyšetrenie, tlak krvi, srdcová frekvencia, saturácia kyslíkom, stisk rúk.

Laboratórne vyšetrenie (ak nie sú k dispozícii výsledky alebo sú výsledky staršie ako 3 mesiace) krvný obraz, základné biochemické parametre: AST, ALT, GMT, ALP, kreatinín, urea, KM, lipidy, CB, Alb, skrining deficitu folátov, vitamínu D a B12, skrining latentnej tyreopatie (TSH, fT4), moč chemicky a sediment, podľa okolností FW, parametre koagulácie, metabolizmu železa, NT proBNP, cholinesteráza, CRP, stolica na okultné krvácanie a iné parametre.

EKG

Komplexné geriatrické posudzovanie poskytne funkčné zhodnotenie v somatickej, mentálnej a psychosociálnej oblasti, **cieľom** je popis ťažkostí, odhalenie skrytej rizikovosti, skrining geriatrických syndrómov, včasná intervencia, v zmysle **účelnosti**. Ide cielečné využitie nástrojov na potvrdenie podozrenia rizikovosti je na zväžení výber posudzovaných nástrojov aj oblastí posúdenia teda, „nie všetko a nie u každého“, zhodnotenie výsledkov fyzikálneho vyšetrenia, laboratórných vyšetrení a komplexného geriatrického vyšetrenia. Diagnostika pri posteli - Bed-side diagnostika V našich podmienkach sa vykonáva bed-side diagnostika - diagnostika pri posteli pacienta, ale v pomerne obmedzenom rozsahu. V praxi najviac záleží na aktivite ošetrojúceho lekára a na možnosti túto diagnostiku zabezpečiť. Okrem anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia môžu sa urobiť aj niektoré prístrojové vyšetrenia. Štandardným postupom je najmä odber krvi a moču na potrebné laboratórne vyšetrenia realizovaný sestrou ADOS-ky. Diagnostika pri posteli umožňuje dodržiavať jednu z geriatrických premís, ktorej cieľom je, že senior má byť v domácich podmienkach tak dlho, ako je to len možné. Predlžovanie života so vznikajúcou dizabilitou vyžaduje, aby diagnostika a liečba chorôb v súčasnej informovanej spoločnosti, s ponukou rôznych vyspelých technológií bola aj reálne využívaná. Benefit z toho môžu mať pacienti, ich rodiny, zdravotníci a účelnosťou použitých nákladov následne aj celá spoločnosť. Hlavnou prekážkou využívania špičkovej technológie v individuálnych prípadoch (a v domácich podmienkach) už nie sú financie, ale skôr stereotypné myslenie ľudí, vrátane manažérov zdravotníctva a všetkých, ktorí súhlasia so stanoviskom, že vytvorením dostatočného počtu sociálnych postelí v rôznych ústavoch sa „vyriešia“ problémy seniorskej populácie. Je nevyhnutné ísť cestou zlepšovania kvality a zmysluplnosti života v senu (Holmerová, 2008). V geriatrickej je (až na určité výnimky) stredobodom záujmu zdravotníkov celok - pacient a jeho rodina. Pri realizácii diagnostiky pri posteli chorého seniora môžeme zároveň eliminovať doma prítomné zdravotné riziká, rizikové chovanie, zanedbávanie starostlivosti o seba, psychický diskomfort, pozorovať ošetrovateľský potenciál rodiny a prípadný vznik syndrómu vyhorenia u opatrovateľov. Domáce podmienky - okrem základného fyzikálneho vyšetrenia a odberu biologického materiálu na laboratórne vyšetrenie možno v domácom prostredí využiť aj prenosný EKG prístroj, tlakový Holter alebo aj zložitejšie prístroje, ktorých používanie však v súčasnosti nie je štandardné. Užitočné by bolo meranie členkového TK (ultrazvukovou sondou v baterkovom prevedení) s následným stanovením rameno-členkového indexu (určenie stupňa obliterácie ciev dolných končatín). Nemocničné podmienky - v nemocničných podmienkach je možná, okrem základného fyzikálneho a laboratórneho vyšetrenia, aj široká paleta prístrojového vyšetrenia, ktoré vykonávame najmä pri posteli u imobilných pacientov. V lokálnych nemocničných podmienkach je najfrekvencovanejšie vyšetrenie krvného tlaku ciev DK ultrazvukovou sondou, Holterovské monitorovanie krvného tlaku a srdcového rytmu, gastro (oesofago) fibroskopické vyšetrenie, ultrazvukové vyšetrenie parenchymatóznych

orgánov a veľkých ciev brušnej dutiny, echokardiografické vyšetrenie srdca a karotíd (prístroj je v rovnakej budove ako geriatrické oddelenie). Paradoxne (hlavne kvôli koncentrácii prístrojov v jednom centre) je ťažšie dostupné RTG vyšetrenie. K bed-side diagnostike zaradujeme aj všetky potrebné a dostupné konziliárne vyšetrenia lekárov rôznych odborov. Odporúčané nástroje, ktoré je možné využiť pri CGA uvádzame v tabuľke 20.

Tab. 20 Posudzovacie nástroje (Zdroj: Hoozová a kol., 2021)

Oblasť	Nástroj	Možný nález
Krehkosť	Škála krehkosti	Nie krehký / Predkrehký / Krehký
ADL	Barthelovej index	Nezávislý / Stupeň závislosti
IADL	Lawton – Brodyho test	Nezávislý / Stupeň závislosti
Fyzická zdatnosť	Test chôdze Test vstaň a choď SARC-F	Dobry výkon / nedostatočný výkon Dobry výkon / nedostatočný výkon Podozrenie na sarkopéniu áno / nie
Rovnováha	Romberg I,II,III Ortostatický test Morse Fall Scale Test podľa Tinnetiovej	Negatívny / pozitívny Negatívny / pozitívny Nízke / stredné / vysoké riziko pádu Nízke / stredné / vysoké riziko pádu
Stav výživy	Dotazník MNA (-SF)	Riziko / Malnutrícia / Obezita
Depresia	Geriatrické škála depresie (Yesavage)	Podozrenie na depresiú áno / nie
Demencia	MoCA	Podozrenie na demenciu alebo ľahkú kognitívnu poruchu
Delírium	Test na posúdenie zmätenosti (CAM)	Delírium áno / nie

Podľa zhodnotenia stavu nasleduje liečba a vypracovanie plánu starostlivosti. Je vhodné podrobnejšie hodnotiť napr. stabilitu a chôdzu, popísať, akého typu je pacientova porucha, aké pomôcky používa. U ležiaceho jedinca je potrebné uviesť polohu na posteli, sledovať, či ju dokáže meniť, eventuálne, či si vie sadnúť sám bez pomoci. Podobne by mal byť popísaný rozsah pohybov v kĺboch a svalová sila. V psychickej oblasti ide o posúdenie kognitívnych a afektívnych porúch. Uvedené údaje, ktoré majú pre pacienta často veľký význam (pre jeho sebestačnosť), zostávajú nepopísané a nezhodnotené a nachádzajú sa v určitom medicínskom medziodborovom vákuu.

Odolný a zdatný senior

Liečbou stabilizované ochorenia, Frail škála: 0, zvláda aj IADL, CGA bez zistených rizík, dobrá výkonnosť a odolnosť, rýchla rekonvalescencia, záťaž bez následkov.

Tab.21 Plán starostlivosti - Odolný a zdatný senior (Zdroj: Hoozová a kol., 2021)

Oblasť zamerania	Obsah/intervencia
Edukácia	<ul style="list-style-type: none"> - výživa - fyzická aktivita
Liečba	<ul style="list-style-type: none"> - možná bez modifikácie - vyhnúť sa polypragmázii (prehodnotenie farmakoterapie)
Prevenca	<ul style="list-style-type: none"> - krehkosti - kardiovaskulárnych ochorení - malnutricie - zhoršenia výkonnosti - deficitu vitamínu D
Sociálna intervencia	<ul style="list-style-type: none"> - skôr preventívne
Kontrola / prehodnotenie	<ul style="list-style-type: none"> - á 6 mesiacov - pri zhoršení zdravotného stavu - pri zhoršení funkčného stavu - pred plánovaným výkonom - pred kúpeľnou liečbou

Predkrehký a rizikový senior

Liečbou stabilizované ochorenia, tendencia k dekompenzácii, Frail škála: 1-2, IADL s deficitom, ADL stupeň závislosti stredný resp. ľahký, CGA zistené riziká s potenciálom intervencie, mierne znížená výkonnosť a odolnosť, záťaž s rizikom následkov, rekonvalescencia pomalá.

Tab. 22 Plán starostlivosti - Predkrehký a rizikový senior (Zdroj: Hoozová a kol.2021)

Oblasť zamerania	Obsah/intervencia
Edukácia	<ul style="list-style-type: none"> - výživa - fyzická aktivita
Intervencia	<ul style="list-style-type: none"> - zamerané na ovplyvnenie zistených rizík (napr. pády) - zlepšenie / udržanie fyzickej výkonnosti - sociálna (cielená) - kompenzačná pomôcka (ak je potrebná) - zabezpečenie
Liečba	<ul style="list-style-type: none"> - modifikovaná (vyššie riziko NUL) - ciele kompenzácie napr. DM voľnejšie - vyhnúť sa polypragmázii
Prevenca	<ul style="list-style-type: none"> - progresie krehkosti - očakávaných komplikácií - kardiovaskulárnych ochorení (ciele

	voľnejšie) - deficitu vitamínu D zhoršenia výkonnosti
Kontrola / prehodnotenie	- do 3 mesiacov - pri zhoršení zdravotného stavu - pri zhoršení funkčného stavu - pred plánovaným výkonom - pred kúpeľnou liečbou

Krehký a vysoko rizikový senior

Častá dekompenzácia chronických ochorení, opakované infekcie, intolerancia záťaže, Frail škála: 3-5, ADL stupeň závislosti ťažký CGA: malnutícia, pády, delírium, prítomný / hroziaci kognitívny deficit, zhoršenia dizability, po záťaži funkčné deficity, pokles výkonnosti a kvality života, liečba a rekonvalescencia prolongovaná / bez návratu na pôvodnú úroveň / smrť.

Tab. 23 Plán starostlivosti - Krehký a vysoko rizikový senior (Zdroj: Hoozová a kol.2021)

Oblasť zamerania	Obsah/intervencia
Edukácia	- zdieľané rozhodovanie v starostlivosti na konci života
Intervencia	- predchádzanie a riešenie zistených rizík - udržanie fyzickej výkonnosti (ak je možné) - sociálna (cieľená) - zlepšiť nutričný stav (ak je možné) - paliatívny prístup
Liečba	- preferovať konzervatívny postup - pri multimorbidite určiť priority - ciele kompenzácie voľnejšie - depreskripčia podľa priorit a reálnych očakávaní
Prevenca	- progresie krehkosti - očakávaných komplikácií - utrpenia - deficitu vitamínu D - zhoršenia výkonnosti
Kontrola / prehodnotenie	- o mesiac, podľa potreby skôr - pri zhoršení zdravotného stavu - pri zhoršení funkčného stavu - pred zvažovaním prípadnej intervencie

Je potrebné podotknúť, že napriek skúsenostiam a dobrým výsledkom CGA v zmysle zlepšenie kvality života, poklesu mortality, hospitalizácií a sociálnej inštitucionalizácie, neexistujú univerzálne odporúčania na použitie CGA. Podstatným problémom je heterogenita geriatrickej populácie, rôznorodé zdravotné politiky a kultúrne zvyklosti jednotlivých krajín a regiónov a náročné stanovenie jednoznačných cieľov v štúdiách so starými ľuďmi pre multimorbiditu, ťažkostí, sociálne dopady ochorení alebo pre celkovo nízku očakávanú dĺžku prežitia jednoducho len pre faktor vysokého veku a starobných zmien. Vypracované programy CGA alebo využitia jeho jednotlivých nástrojov a modelov starostlivosti sa líšia aj podľa situačného zamerania (geriatrická starostlivosť domáca, ambulatná, lôžková, urgentná, post-nemocničná). Mnohé štúdie však napriek týmto limitom dokazujú prospešnosť použitia CGA pri identifikácii rizikových faktorov, odvrátení ďalších komplikácií včasnou intervenciou a v procese klinického rozhodovania, kedy závery CGA pomôžu predísť nedostatočnému liečeniu fit seniorov a naopak preliečeniu tých rizikových (Mooijaart SP, 2015, Ward KT, 2021).

3.4 Vybrané nástroje využívané pri CGA

Hodnotenie sebestačnosti

Podľa Pokornej (2013) vyjadrenie sebestačnosti jednotlivca dôležitou súčasťou v ošetrovateľskej oblasti. Sestry a ďalší kompetentný ošetrovateľský personál sú hlavnými aktérmi, ktorí hodnotia, kontrolujú, vyjadrujú a pomáhajú alebo plne zabezpečujú sebestačnosť jednotlivcov. Za účelom objektívneho vyjadrenia sebestačnosti, bolo vytvorených mnoho hodnotiacich nástrojov, ktoré si vyžadujú potrebné vedomosti hodnotiteľa. Zvyčajne nie sú časovo náročné, ale vyžadujú značnú mieru skúseností s ich používaním, komunikačné schopnosti a tiež trpezlivosť.

Barthelovej test základných všedných činností, Test ADL – Activity of Daily Living Je to medzinárodne najpoužívanejší test na hodnotenie sebestačnosti pacienta. Test bol vytvorený v roku 1965. Ide o štruktúrovaný dotazník, hodnotiaci sebestačnosť vyšetovaných osôb v 10 základných oblastiach každodenného života: jedenie, pitie; obliekanie; osobná hygiena; kúpanie; močová kontinencia; kontinencia stolice; používanie toalety; chôdza po rovnom teréne; chôdza po schodoch.

IADL škála denných činností (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) V porovnaní s predchádzajúcim testom umožňuje posúdiť a vyhodnotiť mieru zvládnutia zložitejších činností a širšej sebestačnosti. Stupnica IADL koreluje s kognitívnymi schopnosťami a individuálnou depresiou. Okrem rozsahu bodov od 0 do 80 pozorujeme aj testovacie inovácie v hodnotených oblastiach. Telefonovanie, doprava – jazda dopravnými prostriedkami, nakupovanie, varenie, domáce práce, práca okolo domu, užívanie liekov, financie.

Hodnotenie demencie

Montrealský skrining kognitívnych funkcií MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Montrealský skrining kognitívnych funkcií (MoCA) bol navrhnutý ako rýchly nástroj na zachytenie miernej kognitívnej poruchy. Je zameraný na hodnotenie nasledovných kognitívnych oblastí: pozornosť a koncentrácia, exekutívne funkcie, pamäť, jazyk, vizuálno-konštruktívne schopnosti, koncepčné myslenie, počítanie a orientácia. Čas administrácie MoCA

je približne 10 minút. Maximálne skóre je 30 bodov, pričom za normálny výkon sa považuje získanie 26 alebo viac bodov.

Hodnotenie krehkosti

Tab. 24 **Krehkosť - FRAIL škála na vyslovenie podozrenia na krehkosť** (International Association of Nutrition and Aging) (Zdroj: Hoozová a kol., 2021)

F	Fatigue	Subjektívne pociťovaná únava počas posledného mesiaca.
R	Resistance	Problémy / neschopnosť vyjsť 10 schodov bez zastavenia.
A	Ambulation	Problémy / neschopnosť prejsť vzdialenosť 1 bloku domov.
I	Illness	Prítomnosť komorbidít (viac ako 5 chorôb).
L	Loss of weight	Strata hmotnosti viac ako 5 % za posledný pol rok.
Vyhodnotenie		skóre 0 nie krehký, skóre 1 - 2 predkrehký, skóre 3 - 5 krehký.

Klasifikácia klinickej krehkosti pacientov - CFS (Clinical Frailty Scale)

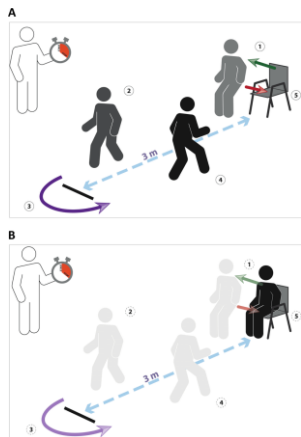
1. Zdatní - ľudia, ktorí sú zdatní, aktívni, energickí a motivovaní. Títo ľudia pravidelne cvičia. Patria k tým najzdatnejším na svoj vek.
2. Zdraví - ľudia, u ktorých sa neprejavujú príznaky ochorenia, ale sú menej zdravotne zdatní ako kategória č. 1. Cvičia alebo sú veľmi aktívni občas, napr. sezónne.
3. Zdraví s liečenými komorbiditami - ľudia, ktorých zdravotné ťažkosti sú dobre kontrolované, nie sú pravidelne aktívni nad rámec bežnej chôdze.
4. Zjavne zraniteľní - hoci nie sú závislí od každodennej pomoci ostatných, príznaky ochorenia často obmedzujú ich aktivity. Bežnou ťažkosťou je „spomalenie“ alebo únava počas dňa.
5. Mierne krehkí - títo ľudia sú často pomalší a potrebujú pomoc pri bežných aktivitách (financie, doprava, ťažké domáce práce, lieky, ...) Mierna krehkosť/znížená odolnosť zvyčajne zhoršuje nakupovanie a chôdzu vonku samostatne, prípravu jedla, či domáce práce.
6. Stredne krehkí - ľudia potrebujú pomoc pri všetkých vonkajších činnostiach a pri udržiavaní domácnosti. V interiéri majú často problémy so schodmi, potrebujú pomoc pri kúpaní a môžu potrebovať minimálnu pomoc s obliekaním.
7. Závažne krehkí - úplne závislí od osobnej starostlivosti iných z akejkoľvek príčiny (fyzickej alebo kognitívnej). Napriek tomu sa zdajú byť stabilní a nehrozí im vysoké riziko úmrtia (do 6 mesiacov)
8. Veľmi závažne krehkí - úplne závislí od starostlivosti iných, blížia sa ku koncu života. Spravidla sa nedokážu zotaviť ani z bežnej ľahkej choroby.
9. Chorí v terminálnom štádiu ochorenia - blíži sa koniec života. Táto kategória sa týka ľudí s dĺžkou života do 6 mesiacov, ktorí nie sú inak zjavne krehkí/slabí.

Krehkosť u ľudí s demenciou - stupeň krehkosti korešponduje so stupňom demencie. Medzi bežné príznaky pri ľahkej demencii patrí zabúdanie na detaily či podrobnosti o nedávnej udalosti, hoci si samotnú udalosť stále pamätá, opakovanie tej istej otázky alebo príbehu a spoločenské stiahnutie sa. Pri stredne ťažkej demencii je krátkodobá pamäť veľmi narušená, aj keď si môže zdanlivo dobre pamätať svoje minulé životné udalosti. Osobná

starostlivosť je vykonaná po pripomenutí aktivít (napr. pripomenúť, aby si pacient umyl zuby)
Pri ťažkej demencii nemôžu pacienti vykonávať osobnú starostlivosť bez pomoci.

Fyzická zdatnosť seniorov

Hodnotené komponenty: fyzická zdatnosť, obratnosť, neuromotorická koordinácia, rovnováha, stabilita, motivácia. Cieľom je vyhodnotiť fyzickú kondíciu, poruchy chôdze a riziko pádu, funkčný potenciál v prípade dizability.



Test vstaň a chod'

pacient sedí na stoličke - postaví sa - prejde 3 metre - otočí sa - prejde späť 3 metre a sadne si, pomôcka je povolená.

Dobrý výkon: do 10 sec., správne použitie pomôcky, bez instability, chôdze nie je opatrná (váhavá), primeraná dĺžka kroku, bez porúch chôdze (napr. šúchavá, kačacia), prítomné fyziologické súhyby horných končatín a otáčanie.

Hodnotenie rovnováhy a chôdze Test podľa Tinnetiovej, v praxi je najčastejšie využívaný 28 bodový test, jednu polovicu tvorí hodnotenie rovnováhy a druhú polovicu hodnotenie chôdze pacienta.

Pri teste je možné získať 28 bodov, za chôdzu 12 a za rovnováhu 16 bodov. Pri hodnotení chôdze sa posudzuje samotná chôdza, rovnováha trupu, plynulosť kroku a udržanie smeru, dĺžka kroku a podnety chôdze. Pri rovnováhe sledujeme a hodnotíme rovnováhu po postavení v trvaní 5 sekúnd, postavenie z ľahu na lôžku, postavenie zo stoličky, rovnováhu v sede, rovnováhu pri státi, státie s tlakom na sternum, státie so zavretými očami, otočenie sa o 360 stupňov a opätovné sadnutie na stoličku.

Hodnotenie stavu výživy

Mini Nutritional Assessment (MNA) umožňuje rýchly prehľad o stave výživy u seniora. MNA je časovo nenáročný a jednoduchý (Schuler, Oster, 2010). Rozdeľuje sa na dve hlavné časti. V prvej časti posudzujeme stratu chuti do jedla, stratu hmotnosti za posledný mesiac, neuropsychické poruchy, vzniknutý psychický stres za 3 mesiace a BMI index telesnej hmotnosti. V druhej časti testom zisťujeme, či pacient žije v domácnosti, koľko krát za deň konzumuje jedlo, či užíva viac ako 3 lieky denne, koľko tekutín vypije počas dňa, či má dekubity, prijíma denne ovocie a zeleninu, množstvo proteínov, obvod lýtko a obvod v strede ramena, pýtame sa na vlastné zhodnotenie stavu výživy a porovnanie s inými ľuďmi v približne rovnakom veku života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BÓRIKOVÁ I., TOMAGOVÁ M., MIERTO VÁ M., 2018. *Pády a ich prevencia u hospitalizovaných pacientov*. Martin : Osveta. 125 s. ISBN 978-80-8063-469-8.

BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2014. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovatel'stve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín : Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online]. 21.1.2014, posledná aktualizácia 22.1.2014 [cit. 2024-11-12]. Dostupné na internete.: ISSN 1337-7396.

- DVOŘAČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha : Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FRIED, L.,P., WALSTON, J.: FRAILITY AND FAILURE TO THRIVE. IN: HAZZARD, WR., BLASS, JP., HALTER, JB., OUSLANDER, JG., TINETTI, ME., at al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*.5th Ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2003:1487–1502, ISBN 2003-1487 1502.
- HOOZOVÁ, J., NÉMETH. F., LEITMANN. T., *Komplexné vyšetrenie geriatrické. SDTP*. 2021.[online]. 2019 [cit. 2024-12-12]. dostupné z: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-geriatria/> citované 2024 – 11 -12)
- HUDÁKOVÁ, A. a kol. 2017. *Evaluácia funkčných schopností seniorov*. In *Geriatria*. ISSN 1335-1850, 2017, roč. XXIII, č. 1, s. 28-32.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada. 2008. 337s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KUCKIR, M., VAŇKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I. a kol. 2017. *Vybrané oblasti a nástroje funkčného geriatrického hodnotení*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2017. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
- HOLMEROVÁ, I. *Stárnout zdravě - Projekt Ageing Well Europe*, Praha, Národní pojištění, 2000, s. 36-42.
- HUDÁKOVÁ, A. a kol. 2018. *Meracie nástroje na hodnotenie funkčného stavu seniorov*. In *Zdravotnícke listy*. ISSN 1339-3022, 2018, roč. 6, č. 1, s. 61-66.
- MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha : Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MOOIJART, SP, et al. *Evidence-based medicine in older patients: how can we do better?* The Netherlands Journal of Medicine. JUNE 2015, VOL. 73, NO 5; 211-218.
- OLEXA, P. 2022. *Vybrané kapitoly z geriatrickej a gerontologickej I. diel: Geriatrické syndrómy*. Košice
- POKORNÁ, A. a kol. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrickej: Hodnoticí nástroje*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickej ošetrovatel'stve. 1. vyd.* Martin : Osveta, 2013. 218 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
- ŠPROCHA, B., ĎURČEK, P. 2019. *Starnutie populácie Slovenska v čase a priestore*. Dostupné na internete: <https://www.prog.sav.sk/wp-content/uploads/Starnutie-populacie-SR.pdf>. 100s. ISBN 978-80-89524-39-6.

4 DEMENCIA A ALZHEIMEROVA CHOROBA

PhDr. Marek Koltáš, PhD., MBA

Demencia, najmä v podobe Alzheimerovej choroby, patrí medzi najzávažnejšie výzvy dnešnej doby, a to nielen z hľadiska medicínskeho, ale aj spoločenského. S postupujúcim starnutím populácie sa tento fenomén stáva čoraz častejším predmetom diskusie odborníkov, opatrovateľov a samotných pacientov. Čo však vlastne vieme o demencii a jej formách? Aké sú jej príčiny, rizikové faktory a možnosti diagnostiky? A predovšetkým, ako môžeme čo najlepšie podporiť ľudí žijúcich s touto diagnózou?

Demencia, ako degeneratívne ochorenie mozgu, zahŕňa množstvo rôznych prejavov a príčin. Tento príspevok sa venuje predovšetkým Alzh-eimerovej chorobe, ktorá predstavuje najčastejšiu formu demencie, a ďalším významným druhom, akými sú vaskulárna demencia, demencia s Lewyho telieskami či frontotemporálna demencia. Každý z týchto typov má svoje špecifiká, odlišné symptómy a mechanizmy vzniku, ktoré sú detailne rozoberané v jednotlivých kapitolách. Jedným z kľúčových cieľov tohto príspevku je poskytnúť komplexný pohľad na danú problematiku – od hlavných príznakov a diagnózy, cez rizikové faktory, ako sú genetické predispozície či životný štýl, až po stratégie zvládania každodenných výziev. Osobitná pozornosť je venovaná edukácii pacientov a ich rodín, podpore opatrovateľov a možnostiam prevencie, ktoré zahŕňajú duševnú a fyzickú stimuláciu. V dnešnej spoločnosti je nesmierne dôležité odstrániť stigma spojenú s demenciou a zabezpečiť, aby boli pacienti prijatí a pochopení. Verím, že tento príspevok poskytne nielen potrebné informácie, ale aj inšpiráciu k tomu, aby sme na Alzheimerovu chorobu a iné demencie nazerali ako na výzvu, ktorú môžeme spoločne zvládnuť prostredníctvom vedomostí, porozumenia a starostlivosti.

4.1 Demencia a Alzheimerova choroba

Demencia je dôsledkom vážneho ochorenia alebo iného procesu (napríklad úrazu či otravy), ktorý postihuje mozog, najmä jeho najzraniteľnejšiu časť – mozgovú kôru. Najčastejšou príčinou demencie je Alzheimerova choroba, pričom druhou najčastejšou príčinou sú poruchy cievneho zásobenia mozgu (napríklad multiinfarktová demencia). Medzi ďalšie príčiny patrí demencia spojená s Parkinsonovou chorobou, demencia s Lewyho telieskami (ktorá je sprevádzaná parkinsonskými príznakmi a pohybovými ťažkosťami), a frontotemporálna demencia (ako je Pickova choroba), ktorá sa prejavuje predovšetkým zmenami správania. (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022).

Podľa Smitha (2023) demencia môže vzniknúť aj v dôsledku cievnych porúch, kde sa zhoršuje prísun kyslíka do mozgových tkanív, čo následne vedie k degradácii kognitívnych funkcií. V takýchto prípadoch môže byť pacient náchylný na stratu pamäti, problémy so sústredením a tiež na zhoršenie orientácie v čase a priestore. Pojem demencia označuje rôzne príznaky, ktoré sa bežne vyskytujú u ľudí s ochorením mozgu vedúcim k poškodeniu a úbytku mozgových buniek. Hoci je úbytok mozgových buniek prirodzeným procesom, pri demencii prebieha oveľa rýchlejšie, čo spôsobuje postupné zhoršovanie schopností človeka. Toto poškodenie ovplyvňuje pamäť, pozornosť, schopnosť sústrediť sa, jazykové schopnosti a myslenie, čo má vplyv na každodenný život, medziľudské vzťahy, prácu, voľnočasové aktivity, a dokonca aj na základné schopnosti sebaobsluhy. Pacienti s demenciou môžu mať napríklad problémy s platením, udržiavaním témy rozhovoru, vedením auta alebo používaním

príboru. Existuje niekoľko druhov demencie. Najbežnejšou formou je Alzheimerova choroba, ktorá sa niekedy označuje ako demencia Alzheimerovho typu (DAT). Ďalšou častou formou je demencia s Lewyho telieskami (DLB), ktorá je charakterizovaná problémami s chôdzou, stabilitou, kolísaním mentálnych schopností a reakcií na podnety, ako aj vizuálnymi halucináciami a bludmi. Častá je aj vaskulárna demencia alebo multiinfarktová demencia (MID), spôsobená sériou drobných mozgových príhod (infarktov), ktoré narúšajú zásobovanie mozgu krvou. Hoci tieto príhody môžu byť malé, ich kumulatívny efekt môže viesť k vážnym problémom s myslením, úsudkom, pamäťou a komunikáciou. Niektorí pacienti trpia kombináciou Alzheimerovej choroby a vaskulárnej demencie. Typy demencie, ktoré ovplyvňujú predné časti mozgu (napríklad Pickova choroba), spôsobujú výrazné zmeny osobnosti, správania, problémy s rozhodovaním a plánovaním a jazykové ťažkosti. Tento typ demencie sa často vyskytuje u ľudí mladších ako 65 rokov (Tilkovská, Janečková, 2022).

Ako uvádza Jones (2024), existuje aj mnoho ďalších príčin demencie, ako sú poruchy metabolizmu alebo iné neurodegeneratívne ochorenia, ktoré môžu mať podobné symptómy. Demencia môže byť tiež spôsobená kombináciou viacerých faktorov, čo robí jej diagnostiku ešte zložitejšou.

Prvými príznakmi Alzheimerovej demencie, ktoré si môže všimnúť rodina alebo okolie pacienta, sú poruchy pamäti. Pacient má problémy hlavne so zapamätaním si nedávnych udalostí (kdežto na staré udalosti si zvyčajne spomína dobre) a postupne môže mať ťažkosti s vykonávaním náročnejších činností (napríklad manipulácia s peniazmi, vedenie vozidla, práca s počítačom), a neskôr aj s bežnými úkonmi (ako je jedenie či osobná hygiena). Takmer všetci pacienti s demenciou čelia aj psychickým ťažkostiam, ako sú neistota, strach, depresia alebo úzkosť, a tiež poruchám správania (napríklad nezvyčajné správanie, nepokoj, apatia či dokonca agresivita). Tieto prejavy sú často odpoveďou na situácie, ktorým pacient nerozumie. Demencia je vždy následkom chorobného procesu a nie je prirodzenou súčasťou starnutia. Používanie termínu „senilná“ alebo „stařecká demencia“ je preto nesprávne a zavádzajúce. Starnutie samo o sebe nespôsobuje kognitívne poruchy ani demenciu (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022).

Podľa Whiteho (2024) je dôležité, aby odborníci na geriatriciu a neurológovia rozlišovali medzi normálnym starnutím a patologickými stavmi, ako je demencia. Včasný rozpoznanie kognitívnych porúch môže výrazne zlepšiť život pacientov a umožniť ich efektívnejšie riadenie, čo im poskytne kvalitnejší život aj s progresívnym ochorením.

Alzheimerova choroba ovplyvňuje časť mozgu zodpovednú za myslenie, pamäť a jazykové schopnosti. Ochorenie sa začína nenápadne, postupuje pomaly a s časom sa jeho príznaky zhoršujú. Napriek intenzívnemu vedeckému výskumu príčina Alzheimerovej choroby stále nie je známa a neexistujú lieky, ktoré by ju dokázali vyliečiť. Dostupné sú však lieky a iné opatrenia, ktoré môžu spomaliť priebeh ochorenia a zlepšiť kvalitu života pacientov, ich rodín a blízkych. Ako uvádza Brown (2023), medzi účinné opatrenia patrí využívanie kognitívnych terapií a rôznych stimulačných techník, ktoré pomáhajú udržať čo najdlhšiu funkčnosť pacientov a zmierniť dôsledky ochorenia na každodenný život. Alzheimerova choroba bola pomenovaná podľa nemeckého lekára Dr. Aloisa Alzheimer, ktorý v roku 1906 opísal zmeny v mozgovej tkanive zosnulej pacientky A.D., u ktorej sa prejavovala neobvyklá duševná choroba. V rovnakom čase popísal podobné príznaky u viacerých pacientov pražský vedec

Oskar Fischer. Tieto zmeny – plaky a vláknité útvary – sú dodnes považované za charakteristické znaky Alzheimerovej choroby (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022).

Podľa Shawa (2024) sú amyloidné plaky a neurofibrilárne spleti, ktoré Alzheimer popísal, dôležitým indikátorom ochorenia, no odborníci sa stále snažia objasniť, či sú príčinou alebo dôsledkom progresívneho poškodenia mozgu. Alzheimerova choroba je nezvratné degeneratívne ochorenie, ktoré postupne a neustále poškodzuje mozgové bunky. Hlavným prejavom je narastajúca strata pamäti, ktorá najprv zasahuje krátkodobú pamäť a neskôr ovplyvňuje aj kognitívne funkcie, ako sú myslenie, reč, orientácia v čase a priestore. Choroba má vplyv aj na správanie pacienta a v pokročilých štádiách zasahuje pohyb a chôdzu.

Alzheimerovou chorobou trpí približne 1 z 15 ľudí vo veku nad 65 rokov, pričom u mladších ako 65 rokov je výskyt oveľa zriedkavejší (menej ako 1 z 1000). Je dôležité zdôrazniť, že s pribúdajúcim vekom sa pamäť prirodzene zhoršuje, no mnoho ľudí nad 80 rokov si zachováva mentálnu sviežosť. To naznačuje, že hoci pravdepodobnosť vzniku Alzheimerovej choroby stúpa s vekom, samotné starnutie toto ochorenie nespôsobuje. Ako uvádza Harris (2023), starnutie je len jedným z rizikových faktorov a výskum naznačuje, že genetická predispozícia a faktory životného štýlu, ako sú strava, pohybová aktivita a duševná stimulácia, zohrávajú významnú úlohu pri prevencii vzniku ochorenia. Nedávne výskumy však poukazujú na to, že problémy spojené s vekom, ako je ateroskleróza, môžu byť jedným z faktorov prispievajúcich k vzniku ochorenia. Okrem toho sa počet ľudí trpiacich Alzheimerovou chorobou a inými typmi demencie zvyšuje aj preto, že ľudia dnes žijú dlhšie a diagnostika týchto ochorení je presnejšia a vykonáva sa v skorších štádiách (Tilkovská, Janečková, 2022).

Ako naznačuje výskum Wrighta (2024), práve zlepšenie technológií a prístupu k zdravotnej starostlivosti vedie k častejšiemu zachyteniu príznakov Alzheimerovej choroby už v počiatkových fázach, čo pacientom poskytuje väčšiu šancu na efektívne zvládanie ochorenia. V súčasnosti je Alzheimerova choroba čoraz častejšia, čo súvisí so starnutím populácie, keďže toto ochorenie sa objavuje najmä vo vyššom veku. Postihuje však všetky skupiny ľudí bez ohľadu na sociálne postavenie, pohlavie, etnickú príslušnosť či miesto na svete. Ide o globálny problém. Ako uvádzajú Chang a Lee (2023), demencia, vrátane Alzheimerovej choroby, predstavuje významnú výzvu pre verejné zdravotníctvo a sociálne systémy, pričom starnúce spoločnosti musia riešiť jej ekonomické a sociálne dopady. Hoci sa najčastejšie diagnostikuje u starších osôb, existujú aj zriedkavé, zvyčajne dedičné formy (tzv. familiárna Alzheimerova choroba), ktoré môžu zasiahnuť aj mladších ľudí. Alzheimerova choroba postihuje len malé percento ľudí nad 65 rokov (približne 3–5 %), no jej výskyt výrazne stúpa vo veku nad 80 rokov, kde ňou trpí takmer tretina populácie (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022).

Ide o Alzheimertovu chorobu?

Autorky Holmerová a Mátlová (2020) spracovali 10 varovných príznakov:

1. Strata pamäti ovplyvňujúca každodenné pracovné úlohy

Zabudnúť občas pracovnú povinnosť, meno kolegu alebo telefónne číslo a neskôr si na to spomenúť je normálne. U ľudí s Alzheimerovou chorobou však dochádza k častejším výpadkom pamäti, pričom si informácie už nedokážu vybaviť.

2. Ťažkosti s vykonávaním bežných činností

Zaneprázdnení ľudia môžu občas zabudnúť na dusenú zeleninu na sporáku a spomenú si na ňu až po jedle. Naopak, pacienti s Alzheimerovou chorobou môžu pripraviť celé jedlo, ale nielenže zabudnú ho podávať, ale často si ani nepamätajú, že vôbec niečo pripravovali.

3. Problémy s vyjadrovaním

Každý občas hľadá správne slovo, no ľudia s Alzheimerovou chorobou zabúdajú aj základné výrazy alebo ich zamieňajú nesprávnymi slovami, čím ich vety strácajú význam.

4. Dezorientácia v čase a priestore

Je bežné zabudnúť, aký je deň, alebo premýšľať, kam človek smeruje. U pacientov s Alzheimerovou chorobou je však časté, že sa stratia vo vlastnej štvrti a nevedia, kde sú, ako sa tam dostali alebo ako sa vrátiť domov.

5. Zhoršený úsudok a neracionálne rozhodovanie

Niekedy sa môže stať, že niekto na chvíľu stratí pozornosť pri starostlivosti o dieťa. Ľudia s Alzheimerovou chorobou však môžu úplne zabudnúť, že majú dieťa pod dohľadom. Ich úsudok je natoľko oslabený, že si napríklad oblečú niekoľko vrstiev oblečenia naraz alebo si oblečú nevhodné kombinácie.

6. Problémy s abstraktným myslením

Zložitejšie platenie účtov môže niekoho zneistiť, ale človek s Alzheimerovou chorobou môže úplne stratiť schopnosť pochopiť, čo jednotlivé čísla znamenajú a aký majú účel.

7. Zakladanie vecí na nesprávne miesta

Každý občas založí peňaženku alebo kľúče na nesprávne miesto. U ľudí s Alzheimerovou chorobou však ide o ukladanie vecí na úplne neobvyklé miesta, napríklad žehličky do chladničky alebo hodínok do nádoby na cukor.

8. Zmeny nálady alebo správania

Každý môže mať občas zlú náladu. Avšak u pacientov s Alzheimerovou chorobou sa objavujú prudké a nepredvídateľné zmeny nálady. Môžu náhle začať plakať alebo sa rozzúriť bez zjavného dôvodu.

9. Zmeny osobnosti

S pribúdajúcim vekom sa môže osobnosť prirodzene mierne meniť. Avšak človek s Alzheimerovou chorobou môže prejsť výraznou zmenou. Často býva veľmi zmätený, podozrievavý alebo prehnane ustráchaný.

10. Strata iniciatívy

Je bežné, že človek občas stratí chuť do domácich prác, práce alebo spoločenských aktivít, no táto motivácia sa spravidla rýchlo vráti. Naopak, pacient s Alzheimerovou chorobou môže upadnúť do úplnej pasivity a potrebuje neustále povzbudzovanie, aby sa zapojil do akejkoľvek činnosti. (Holmerová, Mátlová, 2020).

Tab. 25 Rozdiel medzi problémami spôsobenými Alzheimerovou chorobou a prirodzeným starnutím (Zdroj: Holmerová, Mátlová, 2020)

Činnosť	Osoba s Alzheimerovou chorobou	Zdravý starnúci človek
Zabúda	Takmer všetko, čo sa kedy naučil	Len niektoré naučené veci
Spomenie si neskôr	Len veľmi zriedka	Vo väčšine prípadov áno
Dokáže splniť zadané	Postupne už nie	Väčšinou áno

Činnosť	Osoba s Alzheimerovou chorobou	Zdravý starnúci človek
úlohy		
Vie používať poznámky	Postupne stráca túto schopnosť	Väčšinou áno
Zvláda starostlivosť o seba	Časom už nie	Väčšinou áno

Rizikové faktory demencie

Príčiny mnohých chorôb sú veľmi dobre preskúmané a známe, najmä v prípade infekčných ochorení. U väčšiny ostatných ochorení však príčina nie je tak jasná a ľahko vysvetliteľná, čo platí predovšetkým pre časté a závažné ochorenia, ako sú kardiovaskulárne choroby, demencia alebo rakovina. Riziko, že človek ochorie na niektoré z týchto ochorení, závisí od rôznych faktorov (niektoré z nich sú známe, iné menej) a od relatívne dlhého obdobia, počas ktorého na tieto faktory pôsobí. Žiadny z týchto rizikových faktorov nespôsobí dané ochorenia sám o sebe. Napríklad nie každý, kto fajčí, bude mať ischemickú chorobu a nie každý, kto ju má, musel byť fajčiarom. Avšak nemožno pochybovať o tom, že fajčenie je významný rizikový faktor pre kardiovaskulárne ochorenia (Holmerová, Mátlová, 2020). Rovnako je však dôležité zdôrazniť, že k zvýšenému riziku demencie môže prispieť aj genetická predispozícia, životný štýl a environmentálne faktory (González, 2023).

Približne štvrtina ľudí vo veku 85 rokov a starších trpí nejakou formou demencie. Tri štvrtiny však nie. Je to náhoda, alebo existujú faktory, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť rozvoja demencie? Tieto a ďalšie otázky sú základom pre štúdium rizikových faktorov demencie. Niektoré rizikové faktory je možné ovplyvniť alebo odstrániť, a takisto je možné identifikovať a posilniť faktory, ktoré pôsobia ochranným spôsobom. Avšak niektoré faktory sú z povahy vecí neovplyvniteľné (Holmerová, Mátlová, 2020). Štúdie z posledných rokov sa tiež zameriavajú na dôležitosť udržiavania kognitívneho zdravia prostredníctvom pravidelnej mentálnej stimulácie a fyzickej aktivity, čo môže znižovať riziko vzniku demencie (King et al., 2023).

Existujú v podstate dva základné prístupy na identifikáciu možných rizikových faktorov. Jeden z nich spočíva v porovnaní a sledovaní dvoch skupín – jednej vystavenej predpokladaným rizikovým faktorom a druhej kontrolnej skupiny. Sledujú sa určité biochemické hodnoty, zaujímame sa o prekonané choroby alebo traumy a podobne. Toto je pravdepodobne najjednoduchšia forma štúdie, ktorú nazývame "case control study". Ak sa nejaký faktor objavuje častejšie v skupine postihnutej chorobou, môže to naznačovať rizikový faktor. Niekedy je však veľmi ťažké správne interpretovať výsledky týchto štúdií, pretože chorí ľudia alebo ich rodinní príslušníci môžu venovať väčšiu pozornosť predchorobiu a pamätať si určité udalosti lepšie (alebo horšie) než zdraví jedinci. Takisto, najmä pri ochoreniach s dlhodobým vývojom, ako je demencia, môžu ľudia zásadne zmeniť svoj životný štýl (Holmerová, Mátlová, 2020). V tejto súvislosti sa nedávno ukázalo, že sociálna izolácia a osamelosť môžu mať významný vplyv na výskyt demencie, čo zvyšuje potrebu štúdií zameraných na prevenciu týchto faktorov (Smith et al., 2022).

Druhý prístup je opačný – ide o sledovanie osôb s určitým rizikovým faktorom a kontrolnej skupiny osôb, u ktorých sa tento rizikový faktor nevyskytuje, napríklad fajčiari a nefajčiari. Tieto štúdie sa nazývajú kohortové a môžu priniesť jasnejšie informácie o vplyve rizikových faktorov. Je však potrebné zdôrazniť, že tieto štúdie sú veľmi náročné a nákladné, pretože vyžadujú dlhodobé sledovanie (Holmerová, Mátlová, 2020). Nové prístupy vo výskume

zahrnujú aj využitie pokročilých biomarkerov, ktoré by mohli prispieť k presnejšiemu určeniu rizika demencie u jednotlivých osôb (Perez et al., 2023).

Pri zvažovaní faktorov, ktoré môžu ovplyvniť vznik a rozvoj demencie, sa berie do úvahy množstvo rôznych aspektov. Niektoré faktory majú rizikový charakter, iné pôsobia ochranné. Účinok mnohých z týchto faktorov je však nejednoznačný – niektoré štúdie naznačujú ich pozitívny vplyv, iné to nepreukázali. Toto je stále predmetom ďalšieho vedeckého výskumu (Holmerová, Mátlová, 2020). Iné výskumy z posledných rokov naznačujú, že environmentálne faktory, ako sú znečistenie ovzdušia alebo vystavenie sa toxickým látkam, môžu tiež zohrávať významnú úlohu pri rozvoji demencie (Li et al., 2023).

Demencia je najširšie používaný pojem na označenie progresívneho úbytku vyšších mozgových funkcií, ako je pamäť, sústredenie a myslenie. Alzheimerova choroba je najčastejšou príčinou demencie, avšak medzi ďalšie príčiny patrí aj ateroskleróza – rôzne drobné mozgové príhody a podobne (Holmerová, Mátlová, 2020). Nové výskumy tiež ukazujú, že v niektorých prípadoch môže byť demencia spôsobená aj neidentifikovanými genetickými alebo metabolickými faktormi, ktoré si vyžadujú ďalšie štúdium (Huang et al., 2024).

Tradične sme zvyknutí členiť demencie na rôzne podskupiny podľa predpokladanej hlavnej príčiny. V súčasnosti však pribúdajú dôkazy naznačujúce, že rozvoj demencie je v drvivej väčšine prípadov zmiešaný, prekrývajúci sa proces, ktorý je veľmi ťažko jednoznačne rozdelený. Niektoré štúdie sa zaoberajú rizikovými faktormi demencie ako celku, iné sa zameriavajú iba na Alzheimerovu chorobu. V nasledujúcom prehľade budeme tieto kategórie rešpektovať (Holmerová, Mátlová, 2020).

Vek

Demencia sa môže vyskytnúť v akomkoľvek veku, avšak zriedka sa objavuje pred 60. rokom života. S pribúdajúcim vekom sa vyskytuje častejšie a postihuje približne 1 % ľudí vo veku 65 – 69 rokov, zatiaľ čo približne 24 % ľudí vo veku 85 rokov a starších. Napriek tomu nie je ešte úplne jasné, či je vek sám o sebe rizikovým faktorom, alebo či je častejší výskyt iných rizikových faktorov s rastúcim vekom.

Ženy – muži

Väčšina štúdií nepreukázala rozdiel v výskyte demencie medzi pohlaviami. Niektoré štúdie však ukázali, že ženy sú viac ohrozené Alzheimerovou chorobou než muži. Naopak, muži sú viac ohrození demenciou cievneho pôvodu.

Rodinná anamnéza a genetické faktory

Ak sa demencia vyskytne pred 60. rokom života, často ide o dedične podmienené ochorenie. Väčšina ľudí s Downov syndrómom, ktorí sa dožijú dospelosti, pravdepodobne ochorejú Alzheimerovou chorobou práve v dôsledku genetických zmien. Úloha genetických faktorov u demencie starších ľudí je menej jasná. Blízki príbuzní (deti, bratia, sestry) ľudí s Alzheimerovou chorobou majú tri až štyrikrát väčšiu pravdepodobnosť tohto ochorenia než ľudia bez tejto záťaže. Podobné riziko sa vzťahuje aj na blízkych príbuzných ľudí s Parkinsonovou chorobou a Downovým syndrómom. Jeden z génov kódujúcich apolipoproteín E môže významne ovplyvniť riziko Alzheimerovej choroby. To platí však pre veľké skupiny ľudí, nie pre jednotlivcov, pretože mnoho ľudí s pozitívnou rodinnou anamnézou a nepriaznivým apo E fenotypom Alzheimerovou chorobou neochorejú – a naopak, u mnohých pacientov sa nám nepodarí nájsť žiadny genetický rizikový faktor.

Vzdelanie

Mnohé štúdie dokazujú, že demencia, a najmä Alzheimerova choroba, sú menej časté u ľudí s vyšším vzdelaním. Napríklad jedna kanadská štúdia ukazuje, že u ľudí s desaťročným a dlhším vzdelaním bola demencia štyrikrát menej častá ako u tých, ktorí mali len šesťročné vzdelanie. Príčiny tohto javu však stále nie sú vedcom úplne jasné. Napríklad nie je známe, či to je samotná úroveň vzdelania, prirodzená úroveň inteligencie alebo socioekonomický status rodiny, ktoré mohli ovplyvniť tieto výsledky. Takisto úroveň psychickej aktivity počas celého života môže byť dôležitým ochranným faktorom. Jednou z možností je aj skutočnosť, že vyššie vzdelanie môže oddialiť vznik demencie, a naopak, mnohí ľudia s nižšou úrovňou vzdelania demenciou neochorejú.

Cievne mozgové príhody a vaskulárne ochorenia

Demencia sa vyvinie približne u tretiny ľudí po cievnej mozgovej príhode (CMP). Rozlíšenie medzi Alzheimerovou chorobou a vaskulárnou demenciou sa stáva menej jasným, pretože u mnohých ľudí s demenciou po CMP sa zdá, že ide skôr o Alzheimerovu chorobu než o typickú multiinfarktovú demenciu. Ľudia, ktorí trpia ochoreniami ovplyvňujúcimi cirkuláciu (hypertenzia, cukrovka, ochorenie srdca), sú opäť preukázateľne náchylnejší na rozvoj demencie – ale aj v tomto prípade môže ísť o vaskulárny typ demencie alebo Alzheimerovu chorobu. Je veľmi pravdepodobné, že lieky priaznivo ovplyvňujúce cirkuláciu môžu toto riziko znížiť, avšak dôkazy o tomto účinku sú stále predmetom vedeckého výskumu.

Fajčenie

Ľudia, ktorí fajčia, majú vyššie riziko kardiovaskulárnych ochorení a niektoré štúdie preukazujú, že aj vyššie riziko vzniku demencie. Najskoršie štúdie skúmali hypotézu, že fajčenie môže pôsobiť ako ochranný faktor proti Alzheimerovej chorobe. Táto hypotéza sa však úplne nepreukázala a dnes je už jasné, že fajčenie riziko Alzheimerovej choroby zvyšuje.

Alkohol

Ľudia, ktorí konzumujú väčšie množstvá alkoholu dlhší čas, môžu ochorieť na demenciu rovnako ako na iné somatické následky nadmernej konzumácie alkoholu. Tieto následky môžu byť spôsobené priamym toxickým účinkom alkoholu, ale aj sekundárnym nedostatkom vitamínov a živín u ťažkých pijákov. Účinky malých množstiev alkoholu sú stále predmetom výskumu a stále sa diskutuje, či malé množstvá alkoholu konzumované v pravidelných intervaloch môžu mať ochranný účinok.

Poranenia hlavy

Je známe, že boxeri, ktorí čelili častým poraneniam hlavy, trpia častejšie demenciou (dementia pugilistica). Niektoré štúdie tiež ukázali, že v anamnéze pacientov s Alzheimerovou chorobou sa úrazy hlavy vyskytujú dvakrát častejšie, než by sa očakávalo. V tomto kontexte poranenie hlavy zahŕňa akýkoľvek úraz, ktorý spôsobí stratu vedomia na minimálne 15 minút. Niektoré nové štúdie však naopak nepreukázali spojitosť medzi poraneniami mozgu a Alzheimerovou chorobou.

Protizápalové lieky a hormonálna substitučná liečba

Výsledky niektorých štúdií naznačujú, že ľudia, ktorí užívajú protizápalové lieky na artrózu, reumatoidnú artritídu a podobne, majú nižšie riziko Alzheimerovej choroby. Ďalšie štúdie tiež naznačujú, že ženy užívajúce hormonálnu substitučnú terapiu (HRT) majú nižšie riziko Alzheimerovej choroby. Tieto lieky by teda mohli ovplyvniť progresiu Alzheimerovej choroby, ale môžu tiež priaznivo pôsobiť na mozgovú cirkuláciu (prekrvenie mozgu). Celkový účinok týchto liekov je momentálne predmetom výskumu, pričom na potvrdenie

alebo vyvrátenie tejto hypotézy sú potrebné randomizované kontrolované štúdie, ktoré sú štandardným nástrojom na hodnotenie tohto efektu.

Depresia

Starší ľudia trpiaci depresiou majú 3 – 4-krát vyššie riziko vzniku demencie. Nie je však zatiaľ jasné, či je depresia samostatným rizikovým faktorom, alebo iba jedným z jej príznakov.

Ďalšie faktory

Demenciu môžu spôsobiť aj infekčné ochorenia (syfilis, AIDS a podobne), nedostatok vitamínov (B12, tiamín alebo kyselina listová). Ich odstránenie a liečba môžu zlepšiť stav mentálnych funkcií. V staršom veku však veľmi málo demencií vzniká v dôsledku týchto faktorov. Demencia je tiež súčasťou klinického obrazu iných ochorení mozgu – Parkinsonovej, Huntingtonovej alebo Creutzfeldt-Jakobovej choroby, ako aj roztrúsenej sklerózy. Ochorenia iných systémov môžu viesť k obrazu podobnému demencii: srdcové alebo pečenevé zlyhanie, chronická obštrukčná pľúcna choroba – CHOCHP, pokročilé onkologické ochorenia.

V oblasti skúmania rizikových faktorov demencie sme dosiahli značný pokrok, ale pred nami stále zostáva dlhá cesta. Mnohé z vyššie uvedených rizikových faktorov sa stále intenzívne skúmajú. Veda sa snaží identifikovať ďalšiu úlohu stravy, pohybu a vplyvu životného prostredia. Geografické rozdiely vo výskyte demencií môžu tiež poskytnúť cenné informácie. Očakáva sa, že veľa nových informácií prinesie genetický a biomolekulárny výskum (Holmerová, Mátlová, 2020).

4.2 Rozvíjanie stratégií, ako všetko zvládnuť

Keď ľudia s demenciou a ich opatrovatelia prekonajú počiatkový šok zo zistenia diagnózy a začnú organizovať pomoc, pravdepodobne zistia, že sa už začali rozvíjať stratégie, ako zvládať každodenné situácie. Ľudia využívajú rôzne druhy stratégií, pretože každému pomáha niečo iné, a preto je na každom z nich, aby si našiel to, čo najlepšie funguje pre neho. Vo všeobecnosti platí, že obavy a obviňovanie seba nepomáhajú tak ako konfrontácia s problémom alebo hľadanie informácií a sociálnej podpory (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022). Rovnako dôležitú úlohu zohráva aj podpora zo strany komunity a odborníkov, ktorá môže uľahčiť adaptáciu na zmeny spojené s demenciou (Smith et al., 2023).

Niektoré stratégie zahŕňajú snahu upraviť situácie tak, aby sa problém minimalizoval alebo sa mu zabránilo v jeho vzniku. To zahŕňa organizovanie praktickej pomoci, úpravu domova, vytváranie rutinných činností alebo zmenu spôsobu vykonávania každodenných aktivít. Ak tieto zmeny zahŕňajú nápisy a tabuľky po celom dome alebo iné viditeľné zmeny, je dôležité sa s tým zmieriť. Kľúčové je stanoviť si reálne ciele, uvedomiť si, čo sa podarilo dosiahnuť a vyskúšať rôzne riešenia, kým sa nezistí, čo funguje. Ako choroba postupuje, opatrovatelia sa postupne učia, ako zvládať rôzne situácie, často metódou pokus-omyl. To zahŕňa zmeny a prispôbenie existujúcich postupov (Jones et al., 2023). Podľa nedávnej štúdie, rôzne adaptácie v domácnosti, ako je organizovanie priestoru a využívanie technológií na uľahčenie každodenného života, sú kľúčové pre zníženie stresu a zlepšenie kvality života u pacientov s demenciou (Kim et al., 2022).

Ďalšou stratégiou je zmena myslenia o sebe a o ostatných, o probléme a jeho dôsledkoch. Vedomé rozhodnutie, že sa na určitú vec budete pozerieť špecifickým spôsobom, môže skutočne pomôcť. Snažte sa napríklad vidieť zábavnú stránku situácie alebo v nej nájsť niečo pozitívne. Niektorí si môžu povedať, že iní sú na tom ešte horšie ako oni. Ľudia s

filozofickým pohľadom na život alebo veriaci môžu nájsť podporu vo svojej životnej filozofii alebo viere. V podstate by ste sa mali snažiť zistiť, čo vám pomáha najlepšie zvládať každodenné problémy a netrápiť sa tým, čo prinesie budúcnosť (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022). Niektoré štúdie naznačujú, že pozitívne myslenie môže výrazne zlepšiť schopnosť zvládať náročné životné situácie, vrátane demencie a pomôcť zlepšiť psychickú pohodu (Anderson et al., 2024). Všetky tieto prístupy môžu znížiť stres a podporiť emocionálnu rovnováhu medzi pacientom a jeho rodinou.

Odporúčania pre človeka s demenciou

- Zachovajte si pozitívny prístup a pohľad na veci.
- Nezabúdajte na humor a snažte sa vychutnávať tie najpríjemnejšie momenty života, pokračujte v obľúbených činnostiach.
- Udržiavajte kontakty s rodinou a priateľmi.
- Prijímajte praktickú i emocionálnu podporu od svojich blízkych.
- Zvážte účasť v podporných skupinách alebo skupinách na svojpomoc.
- Nebojte sa vyskúšať niečo nové.
- Ak máte možnosť, prečítajte si zaujímavú knihu alebo sa pozrite na niečo zaujímavé v televízii.
- Buďte pripravení na zmeny, ktoré časom prídu. Ak nastanú, pokúste sa prispôbiť novej situácii.
- Prispôbte svoje ciele a očakávania aktuálnym schopnostiam. Ak je to potrebné, znížte trochu svoje nároky.
- Pamätajte, že demencia je choroba. Zníženie schopnosti vykonávať určité činnosti je dôsledkom choroby, nie je to dôkazom vašej neschopnosti alebo nízkej inteligencie.

Pripravte si stratégie, ako všetko zvládnuť

- Cvičte svoj mozog pravidelným čítaním, riešením hádaniek, krížoviek a podobne.
- Posúďte, čo ešte dokážete robiť bezpečne a bez problémov.
- Ak je to nevyhnutné, požiadajte niekoho, aby zhodnotil riziká, ktoré súvisia s vašimi činnosťami, z hľadiska bezpečnosti.
- Ak už nemôžete robiť veci, na ktoré ste boli zvyknutí, nezúfajte. Možno objavíte nové činnosti alebo časti úloh, ktoré zvládnete.
- Doprajte si viac času.
- Robte veci postupne, krok za krokom.
- Zaved'te pravidelný režim vo svojom živote.
- Urobte si prestávky pri činnostiach, ktoré môžu byť únavné alebo vyžadujú veľkú koncentráciu.
- Používajte kalendár, poznámky, papierové zoznamy, štítky, farebné označenia, varovania, obrázky a podobne, ak potrebujete vizuálnu podporu.

Odporúčania pre opatrovateľov

- Navrhňte stratégiu na riešenie problémov.
- Identifikujte problém, zistite možné príčiny a premýšľajte o možnostiach, ako tento problém prekonať a ako sa s ním vyrovnáť.
- Využívajte svoje vlastné vedomosti a skúsenosti a požiadajte ostatných ľudí o radu.
- Zhromažďujte toľko informácií, koľko môžete, a potom si stanovte realistické ciele.
- Skúšajte rôzne riešenia, kým nenájdete to najlepšie pre vás.

- Pokúste sa od začiatku predchádzať problémom tým, že budete plánovať vopred.
- Posúďte riziká a bezpečnosť aktivít, ktoré človek s demenciou vykonáva (ak je to potrebné, poraďte sa s kvalifikovanou osobou).

Buďte oporou

- Snažte sa prispôbiť sa meniacim sa potrebám človeka s demenciou.
- Pomáhajte, keď je to potrebné, a diskutujte o veciach spoločne (ak je to možné).
- Buďte pokojní a trpezliví, keď sa vyrovnávate s problémom.
- Povzbudzujte osobu s demenciou, aby zostala aktívna, a poskytujte jej podnety.
- Povzbudzujte ju, aby vás sprevádzala na rôzne miesta, ako napríklad na prechádzku, do telocvične alebo do miestnej knižnice.

Zaujmite pozitívny náhľad

- Vyhnite sa katastrofálnemu mysleniu (napr. „Na päť minút som stratil ženu v obchode, som úplne neschopný, už by som ju nikdy nemal brať von z domu“).
- Pamätajte na tie dobré veci, ktoré ste spolu zažili.
- Majte na pamäti, že problém je tá choroba, nie osoba s demenciou.
- Pripomínajte si veci, ktoré robíte skvele (najmä ak sa niečo nedarí!).
- Pamätajte, že nikto nie je dokonalý, a nebuďte na seba príliš tvrdí.

Udržiavanie sociálnych kontaktov

Opatrovatelia, či rodinní príslušníci často obetujú činnosti, ktoré ich tešia (napríklad dovolenky, koníčky, prácu či iné aktivity vrátane kontaktov s priateľmi a rodinou), aby mali viac času a energie na starostlivosť o osobu s demenciou. Mnohí z nich majú množstvo priorít a svoje vlastné potreby odsúvajú na druhú koľaj, pretože ich považujú za menej dôležité. Voľnočasové aktivity však podporujú psychickú a fyzickú pohodu, zvyšujú sebavedomie, umožňujú relaxáciu a prispievajú k spokojnosti so životom. Zabraňujú osamelosti, sociálnej izolácii a depresii. Navyše, voľnočasové aktivity môžu pomáhať pri zvládaní stresu, preto je dôležité si ich zachovať. Užitočné môžu byť aj podporné skupiny a osoby s demenciou (Holmerová, Janečková, Niklová, 2022).

Riziko izolácie a depresie u osôb s demenciou

S postupujúcim ochorením sú osoby s demenciou čoraz viac ohrozené izoláciou a depesiou. Často strácajú záujem o aktivity, ktoré predtým milovali. Pamätať si pravidlá hry, udržať rozhovor alebo prísť včas môže byť pre nich náročné. Kontakt s ľuďmi ich môže zmiasť a strach zo spravenia chyby ich odrádza od zapájania sa. Napriek tomu, s primeranou podporou môžu dokázať viac, než si oni alebo ich okolie myslia. Opakovanie pravidiel hry alebo vysvetlenie situácie môže byť náročné, ale podstatné je, že tieto aktivity umožňujú tráviť čas spoločne.

Udržiavanie kontaktu s priateľmi a rodinou

Udržiavanie sociálnych kontaktov je dôležité. Pri návšteve priateľov alebo rodiny sa snažte užiť si ich spoločnosť a neznepokojujte sa nad stavom svojej domácnosti alebo obavami z chyby. Niektorí ľudia môžu byť spočiatku nesvoj, preto je užitočné otvorene hovoriť o ochorení, jeho vplyve na váš život a o tom, čo všetko stále dokázate robiť spolu.

Budovanie podporných sociálnych sietí

Nájdite ľudí, ktorým dôverujete a ktorí vám môžu pomôcť, keď to budete potrebovať. Obklopte sa týmito ľuďmi ešte predtým, než sa situácia zhorší. Ďalšou možnosťou sú stretnutia s inými opatrojúcimi a osobami s demenciou

Pre človeka s demenciou

- **Udržiavajte kontakt s ostatnými ľuďmi:** Snažte sa byť v spoločnosti a komunikovať s blízkymi, priateľmi alebo komunitou. Sociálny kontakt pomáha zachovávať psychickú pohodu.
- **Akceptujte reakcie druhých:** Niektorí ľudia môžu mať obavy alebo nevedieť, ako na demenciu reagovať. Ak sa kontaktu vyhýbajú, pamätajte, že to nie je vaša vina.
- **Zachovávajte záľuby a aktivity:** Pokračujte v tom, čo vás baví, tak dlho, ako je to možné. Vaše obľúbené činnosti vám môžu prinášať radosť a pocit naplnenia.
- **Prijmite pomoc od druhých:** Ak potrebujete podporu pri pokračovaní vo svojich záujmoch, nebojte sa požiadať o pomoc. Spolupráca s ostatnými môže byť príjemná a užitočná.
- **Učte sa nové veci:** Skúste objaviť nové záľuby alebo si pripomeňte, čo ste milovali v minulosti. Nechajte si poradiť alebo pomôcť, ak je to potrebné.
- **Prispôbujte aktivity svojim schopnostiam:** Vaše schopnosti sa môžu časom meniť, preto sa snažte upraviť svoje činnosti tak, aby ste si ich mohli naďalej užívať.
- **Užívajte si spoločné chvíle:** Trávte čas s priateľmi bez obáv z toho, že by ste mohli spraviť chybu. Vychutnávajte si prítomnosť a radosť zo spoločnosti.
- **Netrápte sa chybami:** Ak urobíte chybu, nevenujte jej priveľa pozornosti. Naučte sa ju prehliadnúť a pokračovať ďalej.
- **Ak nerozumiete alebo si nepamätáte, čo ľudia hovoria,** požiadajte ich, aby to zopakovali: Nebojte sa priznať, že niečo nepochopíte alebo zabudnete. Väčšina ľudí vám ochotne vysvetlí veci znovu.

Pre opatrovateľov/rodinných príslušníkov:

- **Nezanedbávajte svoje vlastné potreby a záujmy:** Je prirodzené, že sa sústredíte na potreby vášho blízkeho s demenciou. Napriek tomu sa snažte zachovať si svoje záľuby a spoločenské kontakty. Vyhnite sa radikálnym zmenám vo svojom živote.
- **Vytvorte si čas pre seba:** Skúste nájsť niekoho, kto by na chvíľu zostal s vašim blízkym, a využite tento čas na odpočinok alebo aktivity, ktoré vás bavia.
- **Riešte prekážky sociálneho života:** Identifikujte, čo vám bráni udržiavať spoločenské kontakty (napr. nedostatok času, únava, dopravné problémy) a hľadajte praktické riešenia.
- **Požiadajte o pomoc:** Zapojte priateľov a širšiu rodinu do starostlivosti. Ak to nie je možné, obráťte sa na podporné skupiny, cirkevné komunity, dobrovoľnícke združenia alebo organizácie, ako je Slovenská Alzheimerova spoločnosť, ktoré vám môžu poskytnúť podporu a pomoc.

4.3 Formy a spúšťače demencie

AIDS – komplex demencie (ADC) je termín, ktorý sa používa na označenie demencie spôsobenej vírusom HIV. Táto demencia sa môže prejaviť aj ako následok infekcií, ktoré sú dôsledkom rozvoja ochorenia. U ľudí s AIDS môže ADC vzniknúť už v relatívne

mladom veku, aj keď častejšie sa vyskytuje v neskorších fázach choroby. Je ťažké presne určiť, u akého percenta pacientov s AIDS sa táto demencia rozvinie, pričom odhady sa pohybujú medzi 5 a 15 % všetkých pacientov. Vďaka liečbe liekmi ako azidothymidín (AZT) a kombinovanej terapii sa u väčšiny pacientov s AIDS ADC nevyvinie. U pacientov, ktorí ADC postihne, sa objavujú problémy s pamäťou, pomalé a nekoordinované pohyby, časté sú aj zmeny nálad a pocity strachu. Niektorí trpia psychózami a depresiami (Tilkovská, Janečková, 2022). Podľa výskumu v posledných rokoch sa ukazuje, že aj keď vďaka pokročilým liečebným metódam je incidencia ADC možné znížiť, stále predstavuje vážny problém u pacientov s pokročilým AIDS. Pacienti, ktorí trpia týmto stavom, vykazujú zhoršenie kognitívnych schopností, problémy s orientáciou v čase a priestore, a zhoršenú schopnosť vykonávať každodenné činnosti. Okrem toho je častý výskyt neurologických porúch ako parestézie, motorické problémy a zhoršená koordinácia pohybov (Gendelman, 2014). Výskum tiež ukazuje, že HIV-1 môže priamo poškodiť nervové bunky, čo zvyšuje riziko vzniku neurodegeneratívnych ochorení, ako je Alzheimerova choroba, aj u mladších pacientov s HIV (Antinori et al., 2019).

Alzheimerova choroba je najbežnejšia forma demencie a nesie meno po nemeckom neurologovi Aloisovi Alzheimerovi, ktorý ako prvý popísal symptómy a charakteristické vlastnosti tejto choroby. Medzi hlavné príznaky patria strata pamäti, dezorientácia v čase a priestore, zmätok, poruchy správania, emocionálne výkyvy a problémy s rečou, myslením a porozumením. Tieto príznaky výrazne zťažujú nezávislý život pacientov. Riziko vzniku Alzheimerovej choroby sa zvyšuje s vekom. Menej ako jeden človek z tisíce mladších ako 65 rokov je postihnutý touto chorobou. Po 65. roku je to približne jeden človek z dvadsiatich a po 80. roku jeden z piatich. Alzheimerova choroba nie je dedičná (s výnimkou približne 1 % prípadov). Aj keď postihuje predovšetkým starších ľudí, nie je nezvyčajné, že v rodinách je postihnutých viacero ľudí starších ako 65 rokov. V súčasnosti existujú lieky, ktoré môžu u niektorých pacientov dočasne spomaliť priebeh choroby (Tilkovská, Janečková, 2022). Najnovšie výskumy ukazujú, že genetické faktory môžu ovplyvniť vznik Alzheimerovej choroby, pričom niektoré rizikové gény, ako napríklad APOE-ε4, majú výrazný vplyv na predispozíciu k tejto neurodegeneratívnej poruche. Navyše, vedci sa zameriavajú na vývoj liekov, ktoré môžu nielen spomaliť priebeh choroby, ale aj zlepšiť jej príznaky, čo je nádejný krok v boji proti Alzheimerovej chorobe. V posledných rokoch sa tiež zvyšuje dôraz na včasnú diagnostiku a prevenciu, ktoré by mohli mať kľúčový význam pri zlepšovaní kvality života pacientov a zmiernení progresie ochorenia (Morris et al., 2017; Hardy, 2014).

Creutzfeldtova-Jakobova choroba (CJD) je pomenovaná po dvoch rakúskych neurologoch, Creutzfeldtovi a Jakobovi, ktorí pri posmrtnom výskume mozgov pacientov identifikovali spoločné znaky, ako je výrazná strata nervových buniek, prítomnosť jemnej siete vlákien a mikroskopických dier, ktoré sú často prirovnávané k štruktúre huby. Táto choroba je spôsobená veľmi nezvyčajným infekčným agensom, tzv. priónom, čo je infekčná bielkovina, ktorá sa dokáže množiť v živom organizme. Creutzfeldtova-Jakobova choroba sa zvyčajne delí na štyri hlavné typy: iatrogénnu (spôsobenú náhodným prenosom počas lekárskeho procedúr), genetickú (vyvolanú abnormálnym dedičným génom), klasickú alebo sporadickú (ktorá sa vyskytuje približne v 85 % prípadov) a variantu CJD, ktorá bola prvýkrát identifikovaná v Anglicku v roku 1996 (Tilkovská, Janečková, 2022).

Klasická Creutzfeldtova-Jakobova choroba je zriedkavé, smrteľné ochorenie mozgu, ktoré spôsobuje rýchlo sa zhoršujúcu demenciu. Až 70 % pacientov zomrie do šiestich mesiacov od objavenia sa prvých príznakov. Napriek tomu boli zaznamenané aj prípady, keď ľudia s touto

chorobou žili viac než dva roky. Počiatočné príznaky zahŕňajú zmeny nálady, výpadky pamäti, nezáujem o spoločnosť a stratu záujmu o bežné aktivity. Neskôr pacienti začínajú mať problémy s rovnováhou a koordináciou pohybov. V pokročilých štádiách ochorenia môže dôjsť k zhoršeniu zraku, problémom s rečou a prehĺtaním, stuhnutosťou končatín, občasným škubavým pohybom a inkontinenciou (Tilkovská, Janečková, 2022).

Varianta Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby (vCJD) sa od klasickej CJD líši tým, že väčšina hlásených prípadov postihla mladých ľudí, u ktorých sa prvé príznaky objavili v priemere vo veku 28 rokov. Prenos tejto choroby je spájaný s konzumáciou mäsa nakazeného BSE (bovinná spongiformná encefalopatia) a pravdepodobne aj s krvou a krvnými produktmi. Inkubačná doba, počas ktorej sa ochorenie rozvíja, je medzi 10 až 16 rokmi. Počiatočné symptómy zahŕňajú pocity strachu, depresie, vyhýbanie sa spoločnosti a zmeny v správaní. Tieto príznaky môžu byť sprevádzané trvalou bolesťou a zvláštnymi pocitmi v tvári a končatinách. Neskoršie príznaky zahŕňajú nestabilitu pri chôdzi, náhle škubavé pohyby a postupne sa zhoršujúcu demenciu (Tilkovská, Janečková, 2022).

Podľa novších výskumov sa zistilo, že priónové ochorenia ako CJD, vrátane jej variantu vCJD, sú spôsobené abnormalitami v proteínovej štruktúre, ktoré sa môžu ďalej šíriť do ďalších buniek a tkanív. Tento proces sa stal predmetom intenzívneho výskumu zameraného na identifikáciu spôsobov, ako zastaviť priónovú infekciu ešte pred jej rozvinutím do plnej choroby (Liu et al., 2018). Zistenia z týchto štúdií naznačujú, že detekcia priónov v krvi by mohla otvoriť nové možnosti v diagnostike a prevencii CJD (Bessen, 2016).

Demencia s Lewyho telieskami (DLB) dostala svoj názov podľa Frederika Lewyho, ktorý ako prvý objavil prítomnosť malých guľatých proteínových štruktúr, dnes známych ako Lewyho telieska. Táto choroba je po Alzheimerovej chorobe považovaná za druhú alebo tretiu najčastejšiu formu demencie u ľudí vo veku nad 65 rokov. Zvyčajne má pomerne náhly začiatok, spočiatku rýchlo napreduje, no v neskorších fázach sa priebeh ochorenia môže mierne stabilizovať. Demencia s Lewyho telieskami má určité prejavy podobné Alzheimerovej aj Parkinsonovej chorobe. Pacienti s DLB často trpia stratou pamäti, dezorientáciou v priestore či ťažkosťami v komunikácii, avšak ich schopnosť pamätať si môže byť čiastočne zachovaná. V súvislosti s príznakmi podobnými Parkinsonovej chorobe sa môžu objaviť spomalené pohyby, stuhnutosť svalov, tras končatín alebo charakteristické šúchanie nohami pri chôdzi. Medzi ďalšie príznaky patrí výskyt halucinácií, poruchy spánku, denné ospalosti a zvýšené riziko pádov. Charakteristické pre toto ochorenie je, že stav pacientov sa môže meniť – nielen z jedného dňa na druhý, ale dokonca aj v priebehu hodiny (Tilkovská, Janečková, 2022).

Výskumy ukazujú, že demencia s Lewyho telieskami je spôsobená akumuláciou abnormálnych proteínov v mozgu, čo vedie k poškodeniu nervových buniek a k rozvoju neurologických problémov. Podobne ako v prípade Alzheimerovej choroby a Parkinsonovej choroby, aj v prípade DLB je znížená koncentrácia neurotransmitterov, čo spôsobuje poruchy pamäti a motorických funkcií (McKeith et al., 2017). Okrem toho, choroba môže mať aj výrazný vplyv na psychické zdravie, keďže pacienti môžu trpieť halucináciami, delíriom alebo zmenami nálad (Hely et al., 2019).

Pred polstoročím sa ľudia s **Downovým syndrómom** zriedka dožívali viac než 15 rokov. Vďaka výraznému zlepšeniu lekárskej starostlivosti, predovšetkým v oblasti používania antibiotík a kardiochirurgie, sa však situácia výrazne zmenila. Dnes približne polovica ľudí s Downovým syndrómom dosahuje vek 60 rokov. Tento pokrok však so sebou priniesol aj vyššie riziko rozvoja Alzheimerovej choroby. Osoby s Downovým syndrómom majú

tendenciu ochoriť na Alzheimerovu chorobu v nižšom veku, pričom jej priebeh býva často komplikovaný epileptickými záchvatmi. Štatistiky ukazujú, že demenciou trpí najmenej 36 % osôb s Downov syndrómom vo veku 50 až 59 rokov a až 65 % ľudí vo veku nad 60 rokov. Priemerný vek nástupu demencie je 54 rokov. U viac ako 95 % osôb s Downovým syndrómom sa v mozgu objavujú zmeny typické pre Alzheimerovu chorobu. Tieto zmeny predstavujú významný faktor, ktorý ovplyvňuje kvalitu života ľudí s týmto syndrómom v staršom veku (Tilkovská, Janečková, 2022).

Frontotemporálna demencia (zahŕňajúca Pickovu chorobu) postihuje predné a bočné oblasti mozgu, známe ako čelové a spánkové laloky. V počiatočných štádiách tejto choroby môže byť pamäť stále neporušená, hoci pacienti môžu mať dojem, že trpia problémami s pamäťou, pretože majú ťažkosti s organizáciou alebo sústredením. Priebeh ochorenia je veľmi individuálny, ale medzi typické príznaky patrí strata zábran a zmena osobnosti – buď smerom k extroverzii, alebo naopak k apatii a uzavretosti. Pacienti často strácajú schopnosť empatie a porozumenia, čo môže viesť k nevhodnému správaniu, ako je hrubosť, nevhodné poznámky, nadmerná chuť na sladké, zvýšená konzumácia alkoholu, prehnané míňanie peňazí či vytváranie rutinných stereotypov. V neskorších fázach sa príznaky začínajú podobáť na Alzheimerovu chorobu. Približne polovica pacientov s frontotemporálnou demenciou má rodinnú anamnézu tejto choroby. Niektoré dedičné formy súvisia s abnormalitami na chromozómoch 3 a 17. Na druhej strane, príčiny nededičných foriem frontotemporálnej demencie nie sú doteraz známe. Choroba sa zvyčajne objavuje okolo 55. roku života. (Tilkovská, Janečková, 2022). Podobne ako iné neurodegeneratívne ochorenia, frontotemporálna demencia má vážny vplyv na osobnosť a správanie pacientov. Okrem zmien v sociálnych a emocionálnych schopnostiach môžu pacienti trpieť aj motorickými problémami, ako sú problémy s chôdzou, rovnováhou a rečou (Bang et al., 2015). Výskum naznačuje, že okrem genetických faktorov môžu byť na rozvoj tejto choroby zodpovedné aj environmentálne faktory, ako je expozícia toxínom alebo traumatickým poraneniam hlavy (Rascovsky et al., 2011). Včasná diagnostika a podporné terapeutické opatrenia môžu zmierniť niektoré symptómy a zlepšiť kvalitu života pacientov s týmto ochorením. V roku 1872 G. Huntington opísal rôzne typy choreí (nekontrolovateľné pohyby tela), ktoré neskôr niesli jeho meno. **Huntingtonova choroba (HD)** je progresívne ochorenie, ktoré kombinuje choreu s poruchami správania a demenciou. Ide o dedičnú chorobu, ktorá postihuje mužov aj ženy rovnako. Každé dieťa rodiča trpiaceho Huntingtonovou chorobou má 50% pravdepodobnosť, že ochorenie zdedí. Diagnózu HD je možné potvrdiť genetickým testom. (Tilkovská, Janečková, 2022). Príznaky ochorenia sa zvyčajne prejavujú vo veku 30 až 50 rokov, ale môžu sa objaviť aj skôr či neskôr. Počiatočné príznaky môžu zahŕňať jemné, nekontrolované pohyby, nemotornosť, problémy s krátkodobou pamäťou a koncentráciou, ako aj depresiu a zmeny nálad. Tieto výkyvy môžu niekedy zahŕňať agresívne alebo antisociálne správanie. V pokročilejších štádiách sa môžu pridať ďalšie symptómy, ako sú mimovoľné pohyby, ťažkosti s rozprávaním, problémy s prehltnutím a strata telesnej hmotnosti (Tilkovská, Janečková, 2022). Výskumy tiež ukazujú, že Huntingtonova choroba nielenže ovplyvňuje motorické a kognitívne funkcie, ale môže tiež spôsobiť vážne psychiatrické problémy, vrátane depresie, úzkosti a psychóz (Wild et al., 2016). Okrem toho sa ukazuje, že choroba postihuje aj iné aspekty životného štýlu pacientov, ako je schopnosť vykonávať každodenné činnosti, čo má výrazný dopad na kvalitu ich života (van Duijn et al., 2022). V súčasnosti neexistuje liek na Huntingtonovu chorobu, ale rôzne terapeutické prístupy, vrátane liekov a fyzioterapie, môžu pomôcť zmierniť niektoré symptómy a spomaliť progresiu ochorenia.

Parkinsonova choroba je neurodegeneratívne ochorenie centrálnej nervovej sústavy, ktoré spôsobuje úbytok určitých nervových buniek zodpovedných za kontrolu svalovej činnosti. Pacienti s Parkinsonovou chorobou majú vyššie riziko rozvoja demencie v porovnaní s ľuďmi, ktorí týmto ochorením netrpia. Napriek tomu sa demencia alebo znížené kognitívne schopnosti rozvinú len u 10 – 30 % pacientov. K najčastejším príznakom demencie spojenej s Parkinsonovou chorobou patria problémy s pamäťou, strata schopnosti správneho úsudku a ťažkosti pri vykonávaní každodenných činností, ako je plánovanie, organizovanie alebo riešenie problémov. Pacient môže byť obsesívny, pričom často stráca emočnú kontrolu, čo sa prejavuje náhlymi výbuchmi hnevu alebo úzkosti. Ak je Parkinsonova choroba sprevádzaná demenciou, môže skrátiť celkovú dobu trvania ochorenia (Tilkovská, Janečková, 2022). Riziko vzniku Parkinsonovej demencie sa zvyšuje s dĺžkou trvania ochorenia a s jeho závažnosťou. Niektorí pacienti môžu mať problémy s kognitívnymi funkciami už v skorších štádiách Parkinsonovej choroby, zatiaľ čo u iných sa tieto problémy objavujú až v neskorších fázach. Diagnóza Parkinsonovej demencie je zvyčajne založená na kognitívnych testoch a hodnotení funkcií pacientov, pričom sa vylučujú iné možné príčiny demencie (Aarsland et al., 2017). Okrem toho sa ukazuje, že lieky používané na liečbu Parkinsonovej choroby, ako sú dopaminergné lieky, môžu v niektorých prípadoch zhoršiť kognitívne funkcie a správanie pacientov, čo si vyžaduje opatrnosť pri ich predpisovaní (Emre, 2014).

Vaskulárna demencia (VaD) vzniká v dôsledku poruchy prietoku krvi do mozgu. Často sa označuje za druhú najčastejšiu formu demencie a môže sa vyskytovať súčasne s Alzheimerovou chorobou. Príčinou VaD môže byť jediná mozgová mŕtvica alebo séria viacerých mozgových príhod. Mozgová mŕtvica znamená poškodenie určitej oblasti mozgového tkaniva z dôvodu nedostatočného prekrvenia. Infarkty mozgu môžu spôsobovať rôzne prejavy, ako sú slabosť v ruke alebo nohe, nezrozumiteľná reč, emočné výbuchy alebo zmeny v chôdzi. VaD má často náhly začiatok, no jej priebeh býva postupný. Typ vaskulárnej demencie závisí od charakteru cievneho ochorenia. Multiinfarktová demencia vzniká v dôsledku série drobných mozgových infarktov. Poškodenie jednotlivých funkcií mozgu závisí od miesta, kde mŕtvica v mozgu nastala. Ak mŕtvica zasiahne ľavú hemisféru, môžu sa vyskytnúť problémy s rečou a pamäťou. Naopak, mŕtvica na pravej strane môže spôsobiť ťažkosti pri rozpoznávaní objektov a koordinácii zložitých úloh. Medzi známe rizikové faktory vaskulárnej demencie patria vysoký krvný tlak, cukrovka, zvýšená hladina cholesterolu v krvi a srdcové ochorenia, čo sú zároveň bežné rizikové faktory infarktu. Existujú lieky, ktoré dokážu znížiť riziko vzniku ďalších mozgových príhod (Tilkovská, Janečková, 2022). Vaskulárna demencia je často spojená s rôznymi neurologickými problémami, ako sú poruchy pohybu, zmeny v náladách a výpadky pamäte. Výskumy poukazujú na to, že u pacientov s touto formou demencie môže byť progresia ochorenia spomalená vďaka včasnej diagnostike a liečbe, ktorá sa zameriava na kontrolu rizikových faktorov, ako je vysoký krvný tlak a diabetes. Zaujímavé je, že vaskulárna demencia môže byť tiež výsledkom opakovaných, subklinických cerebrálnych príhod, ktoré sa neprejavujú okamžite viditeľnými symptómami, ale postupne vedú k zhoršeniu kognitívnych funkcií (Jellinger, 2016). Okrem toho sa ukazuje, že správna kontrola kardiovaskulárnych rizikových faktorov, ako aj zlepšenie zdravia ciev, môžu výrazne znížiť pravdepodobnosť vzniku vaskulárnej demencie v starobe (Iadecola, 2016). Existuje viacero liečiteľných stavov, ktoré môžu napodobňovať prejavy demencie. Preto je veľmi dôležité získať presnú diagnózu, aby sa demencia správne odlišila od iných príčin. Tilkovská a Janečková (2022) uvádzajú nasledovné:

- **Depresia:** Príznaky depresie môžu byť niekedy zamieňané za demenciu. Niektorí pacienti však môžu súčasne trpieť depresiou aj určitým typom demencie, ako je napríklad Alzheimerova choroba. Steffens a kol. (2020) tvrdia, že depresia je častou príčinou kognitívnych problémov a často sa zamieňa za demenciu. V niektorých prípadoch môže depresia spôsobiť kognitívny úpadok, ktorý je reverzibilný po liečbe depresie. Riad'te sa diferenciálnou diagnostikou, aby ste vylúčili kognitívne poruchy spôsobené inými chorobami.
- **Nedostatok vitamínov:** Deficit vitamínu B12, kyseliny listovej alebo niacínu môže spôsobiť kognitívny úpadok. Tieto nedostatky možno diagnostikovať pomocou krvných testov a následne ich korigovať užívaním výživových doplnkov, zlepšením stravy alebo liečbou problémov so vstrebávaním týchto látok. Wang a kol. (2023) dodávajú, že nové výskumy naznačujú, že nedostatky vitamínu D môžu prispieť k rozvoju demencie, pretože vitamín D hrá dôležitú úlohu v ochrane nervových buniek a neurodegenerácii. Príznaky, ako zhoršená pamäť a koncentrácia, môžu byť spojené s nízkymi hladinami vitamínu D, a preto je pravidelná kontrola jeho hladiny dôležitá, najmä u starších osôb.
- **Korsakovov syndróm:** Tento stav vzniká v dôsledku nedostatku vitamínu B1 (tiamínu) a býva spojený s dlhodobým nadmerným požívaním alkoholu alebo v zriedkavých prípadoch so závažnou podvýživou. Typickými príznakmi sú problémy s krátkodobou pamäťou, vymýšľanie fiktívnych udalostí na zaplnenie medzier v pamäti a ťažkosti s učením sa nových zručností. Progresiu ochorenia je možné zastaviť, ak pacient prestane piť alkohol a začne prijímať vitamínové doplnky spolu so zdravou stravou. Wand a kol. (2022) sú presvedčení, že toxické látky, ako alkohol, môžu spôsobovať dlhodobé poškodenie mozgu a spôsobiť Korsakovov syndróm, čo vedie k nezvratným problémom s pamäťou a orientáciou. Recentné štúdie ukazujú, že rehabilitácia a neuropsychologická podpora môžu pomôcť zmierniť niektoré symptómy.
- **Toxíny a lieky:** Niektoré toxické látky alebo lieky môžu spôsobovať kognitívne problémy. V mnohých prípadoch sa stav zlepší, ak sa liek prestane užívať. Návrat do normálu však môže nejaký čas trvať. Ako tvrdí Glick (2021), v súčasnosti sa kladie väčší dôraz na monitorovanie vedľajších účinkov liekov, ktoré môžu ovplyvniť kognitívne schopnosti. Niektoré lieky na depresiu, antipsychotiká, a benzodiazepíny môžu spôsobiť zhoršenie pamäte a zmien nálad, čo môže byť zamieňané s demenciou. Zastavenie liečby môže viesť k zlepšeniu stavu pacientov.
- **Hypotyreóza:** Znížená činnosť štítnej žľazy môže vyvolať symptómy podobné demencii, ako je zhoršenie krátkodobej pamäte a spomalenie myslenia. Tento stav je možné odhaliť jednoduchými testami a účinne liečiť. Yao a kol. (2021) hovoria, že okrem problémov s pamäťou môže hypotyreóza spôsobovať aj výrazné výkyvy nálad, únavu, a apatiu, čo môže byť zamieňané za príznaky demencie. Včasný zistenie a liečba porúch štítnej žľazy môže zmierniť kognitívne problémy a zlepšiť kvalitu života.
- **Zrakové a sluchové problémy:** Niekedy môžu byť ľudia s oslabeným zrakom alebo sluchom mylne považovaní za osoby s demenciou. Zle rozumejú tomu, čo sa im hovorí, čo môže vyvolávať dojem kognitívneho úpadku. Ich problémy môžu viesť k

sociálnej izolácii, ktorá negatívne ovplyvňuje ich psychickú pohodu (Tilkovská, Janečková, 2022).

Z týchto dôvodov je správna diagnóza zásadná, aby sa zabezpečila vhodná liečba a zabránilo sa zbytočným obavám z demencie (Tilkovská, Janečková, 2022). Demencia, a predovšetkým Alzheimerova choroba, nie je len medicínskou diagnózou – je to realita, ktorá zasahuje milióny ľudí po celom svete. Tento príspevok si kládol za cieľ priblížiť túto problematiku v jej plnej šírke – od základných prejavov a typov demencie až po jej hlboké sociálne a ekonomické dopady. Podrobné rozobratie rôznych foriem demencie, od vaskulárnej cez frontotemporálnu až po demenciu s Lewyho telieskami, odhaľuje nielen zložitost' ochorenia, ale aj výzvy, ktoré so sebou prináša pre diagnostiku a liečbu. Skúmanie rizikových faktorov, vrátane genetických predispozícií a životného štýlu, nám poskytuje dôležité nástroje na identifikáciu ohrozených skupín a možnú prevenciu. Zároveň zdôrazňuje potrebu medziodborovej spolupráce – od medicíny, cez psychológiu, až po komunitné aktivity. Alzheimerova choroba, hoci nezvratná, nám ukazuje, že pri včasnom zásahu je možné významne zlepšiť kvalitu života pacientov a ich blízkych. Prostredníctvom kognitívnej stimulácie, podpory zo strany rodiny a spoločnosti, ako aj využitia moderných terapeutických metód, sa dajú zvládnuť mnohé z náročných situácií, ktoré toto ochorenie prináša. Najväčšou výzvou zostáva budovanie povedomia o dôležitosti duševného zdravia a odstraňovanie stigmy spájanej s demenciou. Verím, že informácie obsiahnuté v tomto príspevku prispejú k hlbšiemu pochopeniu tejto problematiky a inšpirujú k aktívnemu prístupu, ktorý môže zmeniť životy mnohých ľudí. Len spoločne môžeme vytvoriť budúcnosť, kde budú osoby s demenciou žiť s úctou, dôstojnosťou a kvalitnou starostlivosťou.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- AARSLAND, D. - BRONNICK, K. - EHRT, U. 2017. *The impact of dementia on quality of life in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 88(2), 167-174. ISSN 0022-3050.
- ANDERSON, R., et al. 2024. *The impact of positive thinking on coping with dementia*. Journal of Cognitive Health, 22(3), 245-258. ISSN 2951-6285.
- ANTINORI, A. et al. 2019. *The Neurology of HIV Infection: A Review and Update*. Archives of Neurology, 66(3), 345-358. ISSN 0003-9942.
- BANG, J. - SPINA, S. - MILLER, B. L. 2015. *Frontotemporal dementia*. The Lancet, 386(10004), 1672-1682. ISSN 0140-6736.
- BESSEN, R. 2016. *Prion Transmission and Prion Diseases in Humans: A Review*. Journal of Neuroinfectious Diseases, 7(4), 1-8. ISSN 2314-7326.
- BROWN, T. 2023. Therapies for Cognitive Decline in Alzheimer's Patients. *Neurology Advances*, 41(2), 56-63. ISSN 2810-9619.
- EMRE, M. 2014. *Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia*. Movement Disorders, 29(6), 754-762. ISSN 0885-3185.
- GENDELEMAN, H. E. 2014. *HIV-associated neurocognitive disorders*. New York: Springer. ISBN 978-1493905949. 256 s.
- GLICK, H. 2021. *The effects of psychotropic drugs on cognitive function in elderly patients*. Journal of Geriatric Psychiatry, 22(3), 197-205. ISSN 0891-3521.
- GONZÁLES, J. 2023. *The role of lifestyle and environment in dementia risk: A review*. Journal of Alzheimer's Research, 17(3), 245-253. ISSN 2998-4211.

- HARRIS, K. 2023. Preventive Measures Against Alzheimer's: Role of Lifestyle and Genetics. *Journal of Cognitive Health*, 15(4), 289–298. ISSN 2951-6285.
- HELY, M. A. - REID, W. G. - HALLIDAY, G. M. 2019. *The progression of dementia in Parkinson's disease*. *Parkinsonism & Related Disorders*, 61, 13-18. ISSN 1353-8020.
- HOLEMROVÁ, I. – MÁTLOVÁ, M. 2020. *Dopisy české Alzheimerové společnosti*. Praha: Česká alzheimerova společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-31-0. 63 s.
- HOLMEROVÁ, I. – JANEČKOVÁ, J. – NIKLOVÁ, P. 2022. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: Česká alzheimerova společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-63-1. 19 s.
- HUANG, W. - LI, Y. - ZHANG, X. 2024. *Exploring genetic and metabolic contributors to dementia: Emerging insights*. *Molecular Neurodegeneration*, 19(1), 43-55. ISSN 1750-1326.
- CHANG, R. - LEE, S. 2023. Global Impact of Alzheimer's Disease on Public Health. *International Journal of Public Health*, 49(3), 201–209. ISSN 1661-8556.
- IADECOLA, C. 2016. *The pathobiology of vascular dementia*. *Neuron*, 81(4), 721-735. ISSN 0896-6273.
- JELLINGER, K. A. 2016. *Vascular cognitive impairment: The role of cerebrovascular disease in cognitive decline*. *Journal of Neurology*, 263(4), 658-669. ISSN 0340-5354.
- JONES, K., et al. 2023. *Practical strategies for dementia caregivers: How to adapt home environments for better care*. *Journal of Clinical Care*, 18(1), 65-74. ISSN 2645-7687.
- JONES, P. 2024. Príčiny demencie a jej včasné rozpoznanie. *Journal of Neurological Disorders*, 48(2), 101-109. ISSN 2329-6895.
- KIM, Y., et al. 2022. *Technology in dementia care: How technological interventions enhance caregivers' and patients' lives*. *Innovations in Aging*, 6(2), 112-119. ISSN 2399-5300.
- KING, R. - THOMAS, G. - EWELL, J. 2023. *Cognitive health across the lifespan: Prevention and intervention strategies*. *Neuropsychology*, 37(2), 110-122. ISSN 0894-4105.
- LI, Q. - ZHANG, Y. - CHEN, F. 2023. *The effects of air pollution on cognitive decline: A systematic review*. *Environmental Health Perspectives*, 131(8), ISSN 0091-6765.
- LIU, D. - TELLING, G. - LEE, C. 2018. *Prion Diseases: Mechanisms of Pathogenesis and Approaches to Diagnosis*. *Molecular Neurobiology*, 55(1), 1-12. ISSN 0893-7648.
- McKEITH, I. G., et al. 2017. *Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies*. *The Lancet Neurology*, 16(8), 734-746. ISSN 1474-4422.
- MORRIS, J. C. - KNOPMAN, D. S. - PETERSEN, R. C. 2017. *Alzheimer's Disease: Clinical and Basic Science*. New York: Springer. ISBN 978-1493952462. 348 s.
- PEREZ, C. - WANG, T. - SMITH, L. 2023. *The potential of biomarkers in early detection of dementia risk*. *Journal of Clinical Neuroscience*, 87, 104-112. ISSN 0967-5868.
- RASCOVSKY, K. - HODGES, J. R. - KNOPMAN, D. 2011. *Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia*. *Brain*, 134(9), 2456-2477. ISSN 0006-8950.
- SHAW, P. 2024. Pathophysiology of Alzheimer's Disease: The Role of Amyloid and Tau. *Brain Studies Review*, 52(1), 103–115. ISSN 1872-6321.
- SMITH, A. 2023. Vaskulárna demencia a jej vplyv na kognitívne funkcie: Nové pohľady a diagnostické metódy. *Journal of Neurology*, 58(2), 123-134. ISSN 0340-5354.
- SMITH, J. et al. 2023. *Community-based support for dementia: A review of current models and strategies*. *Journal of Geriatric Mental Health*, 30(4), 503-512. ISSN 2348-9995.
- SMITH, L. - LEE, M. – BROWN, R. 2022. *Social isolation and dementia risk: A meta-analysis*. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1023-1030. ISSN 1360-7863.

STEFFENS, D. C. - PLASSMAN, B. L. - LANGA, K. M. 2020. *Depression and its relation to cognitive decline in older adults: A review of the literature*. Journal of the American Geriatrics Society, 68(7), 1486-1493. ISSN 1532-5415.

TILKOVSKÁ, K. – JANEČKOVÁ, H. 2022. *Diagnóza Alzheimerova nemoc. A co dál?* Praha: Česká alzheimerova společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-68-6. 128 s.

van DUIJN, E. - ROOS, R. A. C. - VERBEEK, M. M. 2022. *The impact of Huntington's disease on quality of life*. Journal of Huntington's Disease, 11(3), 397-407. ISSN 1877-2577.

WAND, G. - WU, W. - MILLER, J. 2022. *Neuropsychological interventions for Korsakoff's syndrome*. Neuropsychology Review, 32(4), 298-305. ISSN 1040-7308.

WANG, L. - CHANG, X. - YANG, Y. 2023. *Vitamin D deficiency and its correlation with cognitive decline: A review*. Journal of Clinical Neuroscience, 91, 89-95. ISSN 0967-5868.

WHITE, T. 2024. Normálne starnutie vs. demencia: Klinické prístupy a diagnostika. *Geriatric Neurology Review*, 12(1), 45-53. ISSN 2799-4090.

WILD, E. J. - TABRIZI, S. J. 2016. *Therapeutic developments in Huntington's disease*. The Lancet Neurology, 15(8), 725-736. ISSN 1474-4422.

WRIGHT, L. 2024. Advances in Early Diagnosis of Alzheimer's Disease. *Journal of Neurodiagnostics*, 10(1), 45–59. ISSN 2164-6821.

YAO, J. - SUN, X. - ZHANG, Z. 2021. *Thyroid dysfunction and cognitive impairment: A systematic review*. Endocrine Reviews, 42(2), 123-137. ISSN 1064-3745.

5 TRÉNING MOZGU A PAMÄTI

PhDr. Marek Koltáš, PhD., MBA

Pamäť a schopnosť učiť sa sú dary, ktoré nám umožňujú vnímať a prežívať svet, vytvárať si životné skúsenosti a naplňovať svoje sny. Mozog, tento nesmierne komplexný a zázračný orgán, nám umožňuje nielen uchovávať spomienky, ale aj rásť a adaptovať sa na meniace sa podmienky. Moderný výskum ukazuje, že mozog je schopný prekvapivých zmien – dokáže sa „preprogramovať“ a vytvárať nové spojenia, čo je základ pre neuroplasticitu, schopnosť, ktorá nám umožňuje učiť sa a zlepšovať svoje kognitívne schopnosti bez ohľadu na vek. Téma tréningu mozgu a pamäti je aktuálna najmä v staršom veku, keď prirodzené procesy môžu viesť k poklesu kognitívnych funkcií, ale správnym prístupom a vedomým tréningom môžeme tento proces výrazne spomaliť či dokonca zvrátiť. Tento učebný text sa zameriava na to, ako lepšie porozumieť funkcii pamäti a ako ju možno podporiť prostredníctvom praktických cvičení, mnemotechník, reminiscenčnej terapie či zdravého životného štýlu. Cieľom textu je nielen poskytnúť informácie o základných princípoch fungovania pamäti, ale tiež motivovať čitateľov k aktívnemu zapájaniu sa do vlastného mentálneho rozvoja. Každá kapitola prináša osvedčené techniky, ktoré sú jednoduché, efektívne a prístupné pre všetkých. Veríme, že tento text sa stane spoľahlivým sprievodcom na ceste k mentálnej sviežosti a poskytne čitateľom nástroje na posilnenie ich schopností v každodennom živote.

5.1 Mozog a jeho funkcie

Mozog patrí medzi najdôležitejšie orgány ľudského tela. Váži približne 1,5 kilogramu a jeho veľkosť zodpovedá rozptiatu oboch dlaní. Tvorí ho asi 100 miliárd nervových buniek, ktoré sú aktívne pri každom procese myslenia, vnímania či správania. Každý neurón disponuje približne 10 000 výbežkami. Výskumy ukazujú, že tréning pamäti podporuje vznik nových nervových spojení. Nie je pravda, že starnutie nevyhnutne znamená úbytok schopností a vedomostí. Mozgové funkcie je možné udržiavať a často aj zlepšovať prostredníctvom učenia, opakovania a pravidelného tréningu. Pre udržanie optimálnej činnosti mozgu a dosahovanie jeho najlepších výkonov je dôležité dodržiavať určité zásady (Tokovská, Šavrnichová, Šolcová, 2014).

Boleková a kol. (2020) uvádza, že z fyziologického hľadiska prebiehajú v mozgu zložité biochemické procesy na úrovni nervových buniek (neurónov) a ich spojení (synáps). Čím viac synapsí má mozog, tým efektívnejšie funguje, zlepšuje sa pamäť aj schopnosť premýšľať. Nové spojenia medzi neurónmi sa vytvárajú prostredníctvom učenia, získavania nových skúseností, objavovania, zvedavosti a aktívneho prístupu k životu. Jednou z hlavných funkcií mozgu je schopnosť odhadovať a predvídať, čo sú kľúčové schopnosti pre prežitie organizmu. Mozog využíva obe hemisféry, prežíva emócie, vytvára si predstavy a rieši komplexné úlohy. Počas života je jeho aktivita neustála, dá sa však usmerňovať. Každý ľudský mozog je unikátny, pričom jeho štruktúra je ovplyvnená prostredím, učením a dedičnosťou. Ženy majú o 10 % viac komisurálnych vlákien, ktoré spájajú obe hemisféry mozgu, než muži. Schmidt (2011) zdôrazňuje, že pre správnu činnosť mozgu sú nevyhnutné kyslík (bez ktorého mozgové bunky nedokážu fungovať), cukry, bielkoviny, vitamíny, minerály a stopové prvky,

ktoré zabezpečujú optimálnu látkovú výmenu. Rovnako kľúčové je aj dodržiavanie pitného režimu, ideálne 2 – 3 litre tekutín denne, čo prispieva k zdravej funkcii mozgu. Naopak, varuje pred konzumáciou nikotínu a alkoholu, ktoré označuje za chemické jedy a rizikové faktory závislosti. Zdôrazňuje tiež dôležitosť minimalizácie stresových faktorov, ako sú pracovné preťaženie, rodinné konflikty či hektický životný štýl, ktoré negatívne ovplyvňujú duševnú pohodu. Mozog predstavuje mimoriadne komplexný systém pre spracovanie a prenos informácií, pričom vysiela elektrické impulzy cez vlákna s celkovou dĺžkou niekoľkých stoviek kilometrov. Prijaté informácie sa okamžite rozkladajú na menšie časti, ktoré sa následne spracúvajú v rôznych oblastiach mozgovej kôry. Každý mozog si ukladá informácie individuálne, na rôzne miesta a rôznymi mechanizmami. V mozgovej kôre neexistuje jedno centrálné pamäťové centrum, pretože pamäť je distribuovaná naprieč celou kôrou. Tento proces tzv. distribuovaného spracovania zahŕňa interakciu viacerých mozgových oblastí. Väčšina informácií z vonkajšieho prostredia smeruje do senzorických oblastí mozgovej kôry, ako je napríklad zraková kôra, a odtiaľ prechádza do krátkodobej pamäti v hipokampe. Počas spánku sa vybrané informácie presúvajú z hipokampu späť do príslušných častí mozgovej kôry, kde boli pôvodne fragmenty spracované. Ak sú tieto informácie dostatočne konsolidované, môžu sa uchovať v mozgovej kôre na roky alebo natrvalo ako dlhodobá pamäť. V opačnom prípade zostávajú v hipokampe (Boleková a kol., 2020).

Tokovská, Šavrnichová, Šolcová (2014) tvrdia, že pri poškodení mozgu, napríklad v dôsledku krvácania pri úrazoch, cievnych mozgových príhodách alebo iných život ohrozujúcich stavoch, dochádza k obmedzeniu určitých schopností a vedomostí v závislosti od miesta a rozsahu poškodenia. Cievne mozgové príhody často spôsobujú významné poškodenia, ktoré závisia od toho, v ktorej hemisfére mozgu došlo ku krvácaniu. Ak je poškodená ľavá hemisféra, môže to viesť k problémom s počítaním, vykonávaním postupných úloh (napríklad pri varení) a so schopnosťou porozumieť písanému alebo hovorenému textu. Poškodenie ľavej hemisféry sa zvyčajne prejavuje fyzickým postihnutím na pravej strane tela. Podľa Čunderlíkovej a Wirth (2010) je u takmer 95 % pravákov dominantná pre reč ľavá hemisféra, zatiaľ čo u ľavákov je to približne 70 %. Na stimuláciu mozgových hemisfér sa dajú využiť jednoduché cvičenia, napríklad stáť jednu minútu na ľavej nohe, čím sa aktivuje pravá hemisféra, alebo naopak. Ďalším spôsobom je počúvanie hudby alebo hovoreného slova pravým uchom, čím sa stimuluje ľavá hemisféra, a naopak.

Hipokampus, amygdala a neuroplasticita

Hipokampus je časť mozgu, ktorá zohráva zásadnú úlohu v procesoch pamäti, učenia a priestorovej orientácie. Nachádza sa v mediálnej časti spánkového laloku a tvarom pripomína morského koníka, od čoho je aj odvodený jeho názov (hippokamos v gréčtine). Patrí do limbického systému, ktorý ovláda emócie a spracovanie informácií (O'Keefe, 2014).

Funkcie hipokampu:

1. Pamäť a učenie

Hipokampus pomáha premieňať krátkodobé spomienky na dlhodobé. Tieto procesy sú kľúčové pre zapamätanie si faktov, udalostí a nadobudnutie nových schopností (Eichenbaum, 2017). Počas spánku hipokampus presúva dôležité informácie do iných častí mozgu, kde sú uložené dlhodobo.

2. Priestorová orientácia:

V hipokampe sa nachádzajú tzv. *place cells*, neuróny, ktoré vytvárajú mentálne mapy prostredia. Tieto bunky nás umožňujú navigovať v priestore a pamätať si, kde sa nachádzame (O'Keefe, 2014).

3. Emócie a stres

Hipokampus spolupracuje s amygdalou pri spracovaní emočne významných spomienok. Jeho správne fungovanie pomáha zvládať stres a udržiavať emocionálnu rovnováhu (van Praag et al., 2014).

Hipokampus a zdravie

Neurodegeneratívne ochorenia

Zmenšenie objemu hipokampu je jedným z prvých príznakov Alzheimerovej choroby. To vedie k strate pamäti a zníženiu schopnosti orientovať sa v priestore (Eichenbaum, 2017).

Neuroplasticita

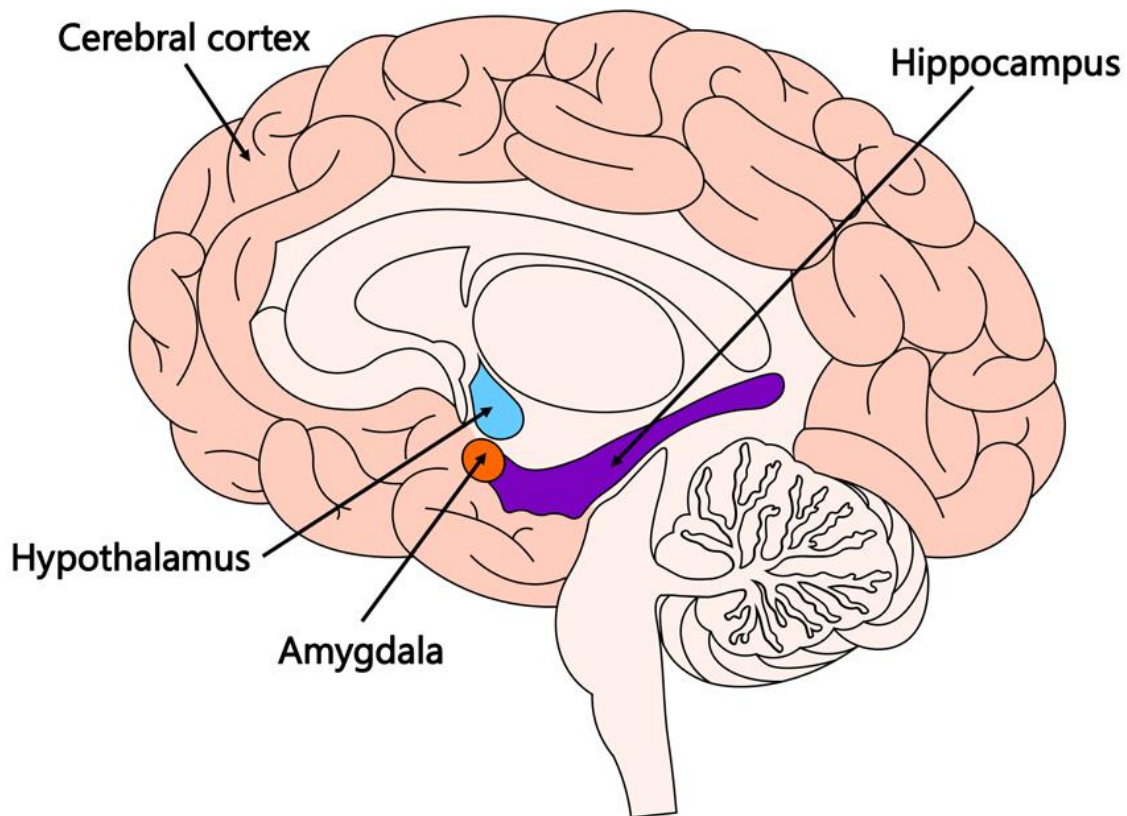
Hipokampus dokáže vytvárať nové neurónové spojenia aj v dospelosti, čo znamená, že ho môžeme posilniť. Fyzická aktivita, učenie a kvalitný spánok podporujú jeho fungovanie (van Praag et al., 2014).

Ako funguje hipokampus?

Informácie prichádzajúce do mozgu spracováva hipokampus a rozdeľuje ich do rôznych častí mozgovej kôry, kde sa ukladajú. Napríklad, fakty z učenia sa nového jazyka alebo orientácia na novej adrese sa konsolidujú práve prostredníctvom hipokampu. Ak sú informácie dôležité, ostávajú uložené na dlhodobu (Eichenbaum, 2017). Poškodenia hipokampu súvisia so vznikom neurologických a psychiatrických ochorení, pretože táto časť mozgu je kľúčová pre ukladanie nových spomienok. Boleková a kol. (2020) uvádza, že ak je hipokampus poškodený, človek stráca schopnosť zapamätať si nové informácie, pričom staršie spomienky, ktoré boli uložené v mozgovej kôre pred poškodením, zostávajú väčšinou prístupné.

- Retrográdna amnézia sa týka problémov so spomienkami na udalosti, ktoré sa stali pred poškodením. Tento problém vzniká pri poškodení zadnej časti hipokampu.
- Anterográdna amnézia je charakterizovaná neschopnosťou zapamätať si udalosti po poškodení. Tento stav sa spája s poškodením prednej časti hipokampu.
- Niekedy sa amnézia prejavuje narušením schopnosti pamätať si len nové informácie. Pacienti sú schopní chápať, ale nemajú schopnosť uchovávať nové spomienky. Tento stav môže byť vyvolaný silným emocionálnym zážitkom.
- Aj malé zmeny v štruktúre hipokampu môžu mať vážne klinické dôsledky. Čím silnejší je emočný zážitok spojený s informáciou, tým väčšie je poškodenie krátkodobej pamäti.
- Obojstranné poškodenie hipokampu vedie k strate krátkodobej pamäti a problémom s asociačnou pamäťou. Pacient sa nedokáže zapamätať nové fakty, nespoznáva nových ľudí, zabúda na to, čo práve hovoril.
- Funkcie hipokampu pri tvorbe pamäťových stôp môžu byť ovplyvnené aj stresom, ktorý spôsobuje zmeny v krvnom prietoku a okysličovaní mozgu. Hipokampus je veľmi citlivý na hypoxiu (nedostatok kyslíka) a toxíny.
- Poškodenie hipokampu môže tiež narušiť schopnosť vytvárať podmienené reflexy, ktoré sú založené na priestorovej orientácii.

- Poruchy funkcie hipokampu, spôsobené metabolickými, organickými alebo neurologickými zmenami, sú častým príznakom mnohých neurodegeneratívnych a psychiatrických ochorení. Medzi najznámejšie patrí Alzheimerova choroba, Korsakoffov syndróm, niektoré depresie a schizofrénia. Alzheimerova choroba sa vyznačuje postupným zhoršovaním pamäti.
- Počas starnutia dochádza k úbytku objemu hipokampu približne o 1,6 až 1,7 % ročne. Pri Alzheimerovej chorobe však úbytok objemu dosahuje až 3,5 až 4 % ročne.



Obr. 1 Umiestnenie hipokampu a amygdaly v mozgu človeka

(Zdroj: <https://www.brainframe-kids.com/emotions/facts-brain.htm>)

Amygdala je malá, ale veľmi dôležitá časť mozgu, ktorá sa nachádza v temporálnych lalokoch, a hrá kľúčovú úlohu v regulácii emócií, ako aj v spracovávaní stresových reakcií. Je známa svojou úlohou v emocionálnych procesoch, predovšetkým v strachu, úzkosti a agresii, ale tiež v spracovaní pamäťových informácií, ktoré sú emočne nabité. Boleková a kol. (2020, s. 27) ju definuje ako „mandľovité teleso, lat. *corpus amygdaloideum*. Je tvorená zhlukmi neurónov na podkôrovej úrovni, funkčne patrí do limbického systému, ale nie vývojovo“. Ďalej dodáva, že amygdala si uchováva spomienky z obdobia raného detstva, kým hipokampus nie je úplne vyvinutý. Má schopnosť rozpoznať tváre a na ich základe vyhodnotiť emocionálny stav človeka. Ak dôjde k poškodeniu amygdaly, môže to viesť k narušeniu emocionálnych reakcií, čo sa prejaví napríklad zvýšenou chuťou do jedla a stratou prirodzeného strachu.

Funkcia amygdaly

Je primárne zodpovedná za spracovanie emócií, najmä tých, ktoré sú spojené so strachom a hrozbami. Aktivuje reakcie na nebezpečenstvo, ktoré môžu zahŕňať fyziologické odpovede ako zrýchlený tep srdca, zrýchlené dýchanie alebo uvoľňovanie stresových hormónov (napr. adrenalín). Okrem toho hrá dôležitú úlohu v spracovaní emočných spomienok, čo znamená, že pomáha „zafarbiť“ naše spomienky podľa ich emocionálneho významu (LeDoux, 2000).

Spojenie s pamäťou: Amygdala tiež zohráva úlohu pri formovaní a udržiavaní emocionálnych spomienok, najmä tých, ktoré sú spojené so silnými pocitmi strachu alebo úzkosti. Počas stresujúcich alebo traumatických udalostí sa amygdala aktivuje, čím zvyšuje pamäťovú kapacitu pre tieto udalosti (McGaugh, 2004). Tento mechanizmus je evolučne podmienený a slúži na to, aby si organizmy pamätali nebezpečné situácie a vyhýbali sa im v budúcnosti.

Poruchy spojené s amygdalou: Poškodenie alebo dysfunkcia amygdaly môže viesť k rôznym neurologickým a psychiatrickým problémom, ako sú úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha (PTSD) a depresia. Napríklad v prípade PTSD amygdala nesprávne vyhodnocuje neškodné podnety ako hrozbu a aktivuje stresovú reakciu aj v situáciách, kde nie je skutočné nebezpečenstvo (Rauch et al., 2006). Okrem toho, poškodenie amygdaly môže viesť k neschopnosti prežívať a rozpoznať strach, ako je to vidieť u niektorých pacientov s poškodením tejto oblasti, ktorí neprejavujú obvyklé emocionálne reakcie na hrozby.

Neuroplasticita

Mozog neustále spracováva a prijíma rôzne podnety, prispôsobuje sa novým okolnostiam a meniacemu sa prostrediu. Každá aktivita, ktorú vykonávame – či už fyzická činnosť, učenie sa, myslenie, alebo zmyslové vnímanie – zanecháva v mozgu stopy a spôsobuje jeho zmenu. Tieto zmeny môžu prebiehať buď vedome (napríklad učením sa jazyka alebo hraním na hudobný nástroj), alebo nevedome, pod vplyvom okolitého prostredia. Mozog sa teda neustále vyvíja, prispôsobuje a mení počas celého života. Boleková a kol. (2020) je presvedčená, že používanie a tréning mozgu vedú k trvalým zmenám v jeho štruktúre a funkcii. Najväčšie zmeny v kognitívnych schopnostiach a inteligencii nastávajú počas detstva, dospievania a mladého dospelého veku. Avšak, podľa výskumu Hartshorna a Germinea (2015), ktorý zahŕňa viac ako 50 000 respondentov, kognitívne schopnosti dosahujú svoj vrchol v rôznych obdobiach života. Mozog tak môže dosiahnuť vrchol v niektorých oblastiach v rôznych vekových obdobiach, pričom v každom veku je možné sa zlepšovať, stagnovať alebo zhoršovať. Funkcia spracovávania faktov bez potreby kombinácie s inými informáciami vrcholí medzi 18. a 19. rokom života, zatiaľ čo schopnosť spracovať a vybaviť si informácie dosahuje vrchol okolo 20. roku. Krátkodobá pamäť sa zlepšuje do 25. roku, udržiava sa do 35. roku a následne postupne klesá. Fluidná inteligencia, ktorá zahŕňa schopnosť riešiť problémy v nových situáciách bez predchádzajúcich skúseností, vrcholí okolo 20. roku. Kryštalická inteligencia, ktorá závisí od vzdelania a skúseností, vrcholí okolo 40. roku života. Emočná inteligencia dosahuje svoj vrchol medzi 40. a 50. rokom, a schopnosť strategického myslenia kulminuje okolo 50. roku a zostáva na tejto úrovni až do 70. rokov života.

Neuroplasticita mozgu, teda jeho schopnosť prispôbiť sa a meniť sa, sa týka procesu, počas ktorého mozog modifikuje svoju štruktúru a funkcie. Rakús (2009) definuje tento pojem ako

súhrn všetkých funkčných a štruktúrnych zmien, ktoré sa vyskytujú v nervovom systéme v dôsledku rôznych aktivít a ktoré zabezpečujú efektívnejšie alebo adaptívnejšie vykonávanie týchto aktivít. Neuroplastické zmeny môžu prebiehať na úrovni jednotlivých neurónov (tzv. neurónová plasticita) alebo v rámci komplexnejších mozgových štruktúr, čo zahŕňa aj zmeny v určitých anatomických oblastiach mozgu. Hulín a kol. (2009) dodávajú, že jedným z kľúčových aspektov neuroplasticity je účinnosť prenosu signálov na synapsách, ktorá sa môže počas života zmeniť v závislosti od individuálnych skúseností a učenia sa.

Kolb & Whishaw (2014) spresňujú, že neuroplasticita umožňuje mozgu prispôbiť sa novým úlohám a prostrediam, a to ako v mladom veku, tak aj v priebehu celého života. V prípade poranení mozgu alebo neurodegeneratívnych ochorení, ako je napríklad mŕtvica alebo Alzheimerova choroba, mozog reaguje pomocou neuroplasticity, pričom sa snaží kompenzovať poškodené oblasti a obnoviť stratené funkcie (Cramer et al., 2011).

Neuroplasticita je kľúčovým mechanizmom adaptácie mozgu, ktorý umožňuje zlepšiť kognitívne schopnosti, obnoviť funkcie po úrazoch a podporiť dlhodobý mentálny rozvoj počas celého života.

5.2 Pamäť

Pamäť je veľmi dôležitý mentálny proces, ktorý nám umožňuje uchovávať, spracovávať a vyvolávať informácie. Predstavte si ju ako "sklad" našich myšlienok, skúseností a vedomostí. Pamäť nie je len o tom, že si zapamätáme telefónne číslo alebo meno, ale aj o schopnosti učiť sa, spomínať si na dôležité momenty zo života alebo riešiť každodenné úlohy. Podľa Ebbinghauza (2017) môžeme pamäť prirovnať k rieke, ktorá neustále prúdi, uchováva a zároveň stratí informácie v priebehu času. Aj keď sa nám môžu niektoré spomienky vytrátiť, iné, dôležité alebo časté, pretrvávajú. Je to dynamický proces, ktorý nám pomáha vytvárať nové spojenia v mozgu, ktoré sú potrebné pre učenie a prispôbenie sa novým situáciám. (Neisser, 2018). Procesy pamäti sú kľúčové mechanizmy, ktoré umožňujú nášmu mozgu spracovávať a uchovávať informácie. Tieto procesy zahŕňajú rôzne fázy, ktoré zabezpečujú, že informácie, ktoré vnímame, sa dostanú do našich pamäťových systémov a sú neskôr dostupné na vybavenie. Hlavné fázy pamäťového procesu sú **kódovanie**, **ukladanie** a **vybavovanie**. Každý z týchto procesov zohráva dôležitú úlohu v tom, ako sa informácie dostávajú do pamäti, ako sa uchovávajú a ako ich neskôr vyvoláme.

1. Kódovanie

Kódovanie je prvý krok v procese pamäti, kde sa informácie, ktoré získame z nášho okolia, spracúvajú tak, aby sa mohli uložiť do pamäte. V tejto fáze sa rozhoduje, ktoré informácie budú ďalej spracovávané a uložené. Kódovanie môže byť automatické alebo intencionálne. Automatické kódovanie nastáva bez toho, aby sme sa o to vedome snažili, napríklad si zapamätáme, čo sme mali na obed. Intencionálne kódovanie si vyžaduje vedomú snahu, ako napríklad pri učení sa na skúšku (Schacter, 2015).

2. Ukladanie

Ukladanie sa týka procesu, počas ktorého sa informácie trvalo uchovávajú v pamäti. Informácie sa môžu ukladať v rôznych formách a rôznych časových intervaloch. Krátkodobá pamäť uchováva informácie iba na niekoľko sekúnd alebo minút, zatiaľ čo dlhodobá pamäť môže tieto informácie uchovávať na mesiace alebo roky. Informácie, ktoré sú pre nás významné alebo emocionálne nabité, sa ukladajú s väčšou pravdepodobnosťou. Ukladanie je

tiež ovplyvnené opakovaním a asociačnými procesmi, ktoré pomáhajú informáciám zostať v pamäti (Baddeley, 2018).

3. Vybavovanie

Vybavovanie je proces, pri ktorom si spomíname na informácie, ktoré boli uložené v pamäti. Tento proces môže byť automatický alebo vedomý. Môže ísť o vyvolanie konkrétnej spomienky (explicitné vybavenie) alebo o vykonanie nevedomej činnosti, ako je jazda na bicykli (implicitné vybavenie). Faktory ako sú kontext, emócie alebo počet opakovaní môžu uľahčiť alebo sťažiť vybavenie (Tulving, 2013).

Všetky tieto procesy sú ovplyvnené rôznymi faktormi. Napríklad, pozornosť zohráva kľúčovú úlohu v kódovaní informácií, pretože bez dostatočnej koncentrácie si nie sme schopní informácie správne zapamätať. Rovnako je dôležitá aj motivácia – ak nás informácia zaujíma, je pravdepodobnejšie, že ju budeme ukladať do dlhodobej pamäti (Schacter, 2015). Ďalej, kognitívna záťaž môže ovplyvniť, ako efektívne dokážeme spracovávať informácie, keď je príliš vysoká, môže to viesť k zníženej kapacite pamäti (Sweller, 2011).

Neurovedy rozlišujú tri základné typy pamäti, ktoré sa líšia podľa trvania uchovávaných informácií a ich spracovania:

1. **Ultrakrátká pamäť** (alebo okamžitá, zmyslová pamäť) je veľmi rýchla a umožňuje reakciu na zmyslové podnety, ktoré okamžite spracovávame. Tieto informácie zostávajú v pamäti len veľmi krátko, maximálne niekoľko sekúnd, a spracováva sa v nej množstvo vizuálnych, sluchových a hmatových podnetov. Avšak len malá časť týchto podnetov sa dostane do našej vedomej pamäte.
2. **Krátkodobá pamäť** (nazývaná aj pracovná alebo operatívna pamäť) je nevyhnutná pre každodenné fungovanie. Umožňuje nám rýchlo uchovávať a vyvolávať informácie, ktoré potrebujeme na riešenie aktuálnych úloh a situácií. Informácie v tejto pamäti sa udržiavajú len krátko, zvyčajne maximálne 30 sekúnd, a buď sa zabudnú, alebo sa presunú do dlhodobej pamäti. Krátkodobá pamäť má obmedzenú kapacitu, preto je potrebné neustále uvoľňovať priestor pre nové informácie.
3. **Dlhodobá pamäť** je miestom, kde sa uchováávajú informácie dlhodobo, a to aj na celý život. Tieto informácie sa do nej ukladajú postupne a pomalšie, ale keď sú tam raz uložené, môžeme ich získať na základe podnetov alebo asociácií. Dlhodobá pamäť obsahuje tie informácie, ktoré považujeme za významné, emocionálne alebo zaujímavé, a tie, ktoré sú spojené s našimi osobnými skúsenosťami. Pre lepšie uloženie informácií do dlhodobej pamäti je dôležité pravidelné opakovanie a pozornosť venovaná podnetom, ktoré sú neobvyklé alebo neznáme (Boleková a kol., 2020).

Proces využívania pamäti je komplexný a zahŕňa rôzne faktory, ktoré ovplyvňujú to, ako efektívne dokážeme uchovávať, spracovávať a vybavovať informácie. Medzi kľúčové faktory, ktoré sa zapájajú do procesu využívania pamäti, patria:

1. Pozornosť

Je základom pre úspešné kódovanie informácií do pamäti. Bez dostatočnej pozornosti nie sú informácie správne spracované a uložia sa do pamäti len povrchno alebo vôbec. Napríklad, ak sa nedokážeme sústrediť na učebný materiál, nebudeme schopní ho efektívne uložiť do dlhodobej pamäti (Baddeley, 2018).

2. Opakovanie

Opakovanie je kľúčovým faktorom pri uložení informácií do dlhodobej pamäti. Čím viackrát si informácie opakujeme, tým väčšia je pravdepodobnosť, že sa zapíšu do trvalej pamäti. Tento proces, známy ako "spaced repetition" (rozdelené opakovanie), zvyšuje trvácnosť spomienok (Cepeda et al., 2006).

3. Emocionálny náboj

Informácie, ktoré sú emocionálne nabité alebo pre nás osobne významné, sa často lepšie ukladajú do pamäti. Silné emocionálne zážitky, ako sú radosť, strach alebo prekvapenie, môžu zlepšiť schopnosť pamätať si detaily týchto udalostí. Emócie aktivujú limbický systém, ktorý zohráva dôležitú úlohu pri spracovaní a uchovávaní spomienok (McGaugh, 2015).

4. Kognitívna záťaž

Kognitívna záťaž sa týka množstva informácií, ktoré musíme spracovať súčasne. Ak je záťaž príliš vysoká, naše kognitívne kapacity sú preťažené, čo môže sťažiť efektívne využívanie pamäti. Optimálna kognitívna záťaž podporuje lepšie učenie a pamäť (Sweller, 2011).

5. Súvislosti a asociácie

Pamäť je veľmi silne ovplyvnená schopnosťou vytvárať asociácie medzi rôznymi informáciami. Informácie, ktoré sú navzájom prepojené alebo ktoré môžeme vložiť do širšieho kontextu, sa ľahšie pamätajú. Tvorenie mentálnych máp alebo použitie mnemotechnických pomôcok môže zlepšiť vybavovanie spomienok (Tulving, 2013).

6. Fyzické zdravie a výživa

Fyzické zdravie, najmä zdravie mozgu, zohráva významnú úlohu v schopnosti využívať pamäť. Nedostatok spánku, stres, nezdravá strava alebo ochorenia môžu ovplyvniť kognitívne funkcie a znížiť kapacitu pamäti. Naopak, vyvážená strava bohatá na vitamíny, minerály a omega-3 mastné kyseliny podporuje zdravie mozgu a tým aj pamäť (Borella et al., 2018).

7. Vek

Vek zohráva významnú úlohu v efektívnosti pamäti. S pribúdajúcim vekom môže dochádzať k prirodzeným zmenám v pamäťových procesoch, ako je znížená kapacita krátkodobej pamäti alebo pomalšie vybavovanie informácií. Avšak, pravidelný mentálny tréning, fyzická aktivita a zdravý životný štýl môžu tieto zmeny spomaliť (Koehl et al., 2023).

8. Motivácia a záujem

Motivácia je ďalším dôležitým faktorom, ktorý ovplyvňuje schopnosť využívať pamäť. Ak je človek motivovaný alebo zaujíma sa o konkrétnu tému, je pravdepodobnejšie, že sa informácie z tejto oblasti lepšie zapamätá. Záujem o materiál zvyšuje úsilie, ktoré venujeme jeho spracovaniu, čo má pozitívny vplyv na dlhodobé ukladanie informácií (Deci & Ryan, 2000).

5.3 Spomienky

Spomienky sú neoddeliteľnou súčasťou nášho bytia. Dodávajú životu význam, môžu byť zdrojom radosti, ale aj bolesti. Niekedy sú tým jediným, čo človeku zostáva – nehmotné, jedinečné, nenahraditeľné a nepredajné. Obzvlášť v starobe, keď prítomnosť už nemusí prinášať potešenie a budúcnosť môže vzbudzovať neistotu. Spomínanie je prirodzený a bežný aspekt života každého z nás. Ide o senzorický, prevažne vizuálny zážitok, ktorý môžu vyvolať zvuky, vône, chute alebo pohľad na konkrétnu scénu. Suchá a Holemrová (2019) dodávajú, že

spomínanie pomáha seniorovi prehodnocovať jeho životné skúsenosti a zároveň udržiava osobnú identitu – to, čo človek prežil a uskutočnil, ostáva uchované v jeho spomienkach.

Spomienky sú úzko späté s emóciami – či už ide o smútok, radosť, hnev, nenávisť alebo zmierenie. Predstavujú hlboký a bohatý zážitok, ktorý je viac než len záznam minulých udalostí – je to aktívny proces znovuprežívania minulosti. Hoci spomínať dokáže každý, spôsob, akým to robíme, sa líši. So spomienkami možno pracovať aj zámerne a cielene, čo využívajú odborníci pri reminiscenčnej terapii – socioterapeutickom prístupe zameranom na prácu s minulými zážitkami (Tokárová, Šaurňuchová, Šolcová, 2014). Reminiscenčná terapia je forma terapeutickej práce, ktorá využíva spomienky jednotlivca na aktivizáciu jeho psychických a emocionálnych schopností. Táto metóda sa najčastejšie používa u seniorov, kde slúži na zlepšenie ich mentálneho stavu, podporu komunikácie a zmiernenie psychických ťažkostí, ako sú depresia alebo demencia. Hlavným cieľom reminiscenčnej terapie je pomôcť klientovi znovu zažiť pozitívne zážitky z minulosti a posilniť jeho pocit identity a sebavedomia. Medzi hlavné metódy reminiscenčnej terapie patrí využívanie podnetov, ako sú fotografie, hudba, predmety, vône alebo iné spomienkové predmety, ktoré evokujú minulé zážitky. Terapia môže zahŕňať aj rozprávanie príbehov, ktoré súvisia s významnými udalosťami alebo obdobím v živote klienta, čím sa podporuje jeho zapojenie a aktívna účasť v sociálnom prostredí. Podľa Kurčíkovej (2017) reminiscenčná terapia predstavuje aktivizačnú metódu využívajúcu dlhodobú pamäť na oživenie skúseností klienta. Cieľom je nielen terapeutická pomoc, ale aj celkové zlepšenie kvality života, čo potvrdzuje jej účinnosť v práci so seniormi.

Autorky Špatenková a Bolomská (2011) funkcie spomínania identifikovali nasledovne:

1. Identitná funkcia: Spomínanie pomáha človeku upevniť pocit vlastnej identity tým, že reflektuje jeho minulé skúsenosti a ich význam v kontexte celého života.
2. Sociálna funkcia: Prostredníctvom spomínania sa posilňujú vzťahy s inými ľuďmi. Skupinové reminiscenčné aktivity podporujú zdieľanie príbehov a zážitkov, čo vedie k prehĺbovaniu sociálnych väzieb a zabraňuje osamelosti.
3. Kognitívna funkcia: Reminiscencia aktivuje mozgové procesy, čím pomáha uchovávať pamäť a kognitívne schopnosti. Táto funkcia je dôležitá najmä pri prevencii poklesu mentálnych funkcií v starobe.
4. Emocionálna funkcia: Spomienky umožňujú spracovanie emócií spojených s minulosťou. Pozitívne spomienky môžu priniesť radosť a pokoj, zatiaľ čo spracovanie negatívnych zážitkov vedie k emocionálnemu zmiereniu.
5. Terapeutická funkcia: Reminiscencia umožňuje ľuďom vyrovnáť sa s náročnými životnými udalosťami, prispieva k zmiereniu a k pocitu životnej naplnenosti. Špatenková a Bolomská (2011) zdôrazňujú, že reminiscenčná terapia nie je len spôsobom, ako pracovať s minulosťou, ale aj cestou k zlepšeniu kvality života v prítomnosti.

5.4 Mnemotechniky

Mnemotechniky sú účinné techniky, ktoré pomáhajú zlepšiť pamäť a uľahčujú zapamätanie si informácií prostredníctvom rôznych stratégií, ako sú asociácie, vizualizácie alebo zjednodušenia informácií. Tieto metódy využívajú kreativitu a schopnosť spájať nové poznatky s už známymi, čím sa vytvárajú silné pamäťové stopy.

Základné typy mnemotechník:

1. Metóda loci (pamäťový palác): Táto technika zahŕňa vizualizáciu miest, ktoré sú známymi lokalitami v našom prostredí. Do týchto miest si uložíme konkrétne informácie, ktoré sa následne vybaví, keď prejdeme mentálne cez tieto miesta. Technika loci sa považuje za jednu z najstarších a najefektívnejších mnemotechník, ktorá pomáha pri zapamätávaní veľkého množstva údajov (Buzan, 2014).

2. Akronymy a akrostichy: Vytváranie skratiek zo začiatkových písmen informácií, ktoré si chceme zapamätať, je ďalším spôsobom zjednodušiť zapamätanie. Tieto techniky sa používajú na uľahčenie zapamätania si komplexných údajov, ako je poradie operácií v matematike (PEMDAS) (Foer, 2011).

3. Rytmizácia a rýmovanie: Táto technika zahŕňa vytváranie rýmov alebo rytmických fráz, ktoré sú ľahšie zapamätateľné. Príkladom môže byť rýmovanie historických faktov alebo chemických vzorcov, čo podporuje dlhodobú pamäť a rýchle vybavovanie informácií (Foer, 2011; Buzan, 2014).

4. Vizualizácia: Spájanie informácií s obrazmi je jednou z najúčinnejších mnemotechník. Pri vizualizácii si predstavu všetky informácie v podobe jasných a živých obrazov, čo umožňuje ľahšie zapamätanie a vybavovanie týchto informácií (Buzan, 2014).

Používanie mnemotechník môže výrazne zlepšiť kvalitu učenia a efektívnosť zapamätávania, pretože tieto metódy zjednodušujú komplexné informácie a vytvárajú trvalé pamäťové stopy. Mnemotechniky sa široko používajú v rôznych oblastiach, vrátane vzdelávania, osobného rozvoja a profesionálnej prípravy (Foer, 2011).

5.5 Prostriedky na podporu pamäti

Prostriedky na podporu pamäti môžeme rozdeliť do niekoľkých hlavných kategórií, ktoré zahŕňajú techniky, metódy a zvyky podporujúce kognitívne zdravie a zlepšujúce pamäťové funkcie. Tieto metódy sú užitočné nielen pre starších dospelých, ale aj pre všetkých, ktorí sa chcú udržať mentálne aktívni a podporiť svoje kognitívne schopnosti. Okrem kognitívneho tréningu, fyzickej aktivity a kvalitného spánku existujú aj ďalšie prístupy, ktoré môžu výrazne prispieť k zlepšeniu pamäti.

1. Kognitívny tréning a mentálne cvičenia

Kognitívny tréning zahŕňa cvičenia a aktivity zamerané na zlepšenie rôznych aspektov pamäti, ako je zapamätávanie informácií, vybavovanie spomienok a zvyšovanie schopnosti koncentrácie. Mentálne hry, ako sú sudoku, krížovky, pamäťové hry alebo špeciálne aplikácie na tréning mozgu, môžu pomôcť stimulovať mozog a zlepšiť jeho výkon. Výskum ukazuje, že pravidelný tréning kognitívnych funkcií môže podporiť dlhodobé zlepšenie pamäti a schopnosti učiť sa (Kelly et al., 2014).

2. Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je kľúčová pre zdravie mozgu a zlepšenie pamäťových funkcií. Aeróbne cvičenia, ako je beh, chôdza alebo plávanie, podporujú prietok krvi do mozgu a zvyšujú jeho neuroplasticitu – schopnosť vytvárať nové neurónové spojenia. Tieto aktivity môžu viesť k zlepšeniu kognitívnych funkcií, ako je pamäť, koncentrácia a schopnosť učiť sa, najmä u starších dospelých (Chaddock-Heyman et al., 2015). Fyzická aktivita znižuje aj hladinu stresových hormónov, ktoré môžu negatívne ovplyvniť pamäť.

3. Kvalitný spánok

Spánok má zásadný význam pre konsolidáciu pamäti – proces, pri ktorom sa informácie uložené počas dňa presúvajú do dlhodobej pamäte. Nedostatok spánku môže viesť k problémom s pamäťou a koncentráciou. Kvalitný spánok zlepšuje schopnosť učiť sa a zapamätať si nové informácie, preto je dôležité zabezpečiť si dostatočný a kvalitný spánok (Walker, 2017).

4. Strava a výživové doplnky

Výživa zohráva dôležitú úlohu pri podpore pamäti a kognitívnych funkcií. Potraviny bohaté na antioxidanty, omega-3 mastné kyseliny a vitamíny B sú nevyhnutné pre zdravie mozgu. Strava, ktorá obsahuje ryby, orechy, bobule, zelený čaj alebo tmavú čokoládu, podporuje zdravie mozgu a jeho schopnosť učiť sa a pamätať si informácie. Okrem toho existujú výživové doplnky, ako je ginkgo biloba, ktoré sa používajú na podporu kognitívnych funkcií a zlepšenie pamäti (Yurko-Mauro et al., 2010). Ľudia, ktorí konzumujú nadmerné množstvo tukov a cukrov, majú oslabenú krátkodobú pamäť. U osôb s nadváhou sa častejšie vyskytovali mierne poruchy niektorých kognitívnych schopností, ako sú pozornosť, rozhodovanie a krátkodobá pamäť (Boleková a kol., 2020).

5. Sociálna aktivita

Sociálna angažovanosť je ďalší významný faktor pri podpore pamäti. Rôzne štúdie preukázali, že pravidelný kontakt s inými ľuďmi, či už prostredníctvom rozhovorov, spoločenských aktivít alebo dobrovoľníctva, môže pomôcť stimulovať mozog a zlepšiť jeho výkon. Sociálne interakcie zvyšujú mentálnu stimuláciu a prispievajú k udržaniu kognitívnych funkcií (Wright et al., 2015).

6. Znižovanie stresu a relaxačné techniky

Stres má negatívny vplyv na pamäť a koncentráciu. Chronický stres môže viesť k zhoršeniu kognitívnych funkcií, najmä v oblasti pamäti a učenia. Relaxačné techniky, ako je meditácia, joga, hlboké dýchanie alebo mindfulness, pomáhajú znižovať hladinu stresu a podporujú lepšiu schopnosť pamätať si a sústrediť sa (Lupien et al., 2009).

Pre správnu činnosť mozgu, ako uvádza Oppolzer (2019), je nevyhnutná vyvážená strava, ktorá zahŕňa bielkoviny, tuky a sacharidy. Bielkoviny a tuky sú kľúčové pre tvorbu bunkových membrán, vrátane tých nervových, a sú dôležité pre štruktúru dendritov a formovanie neuronových sietí. Bielkoviny sú základom pre tvorbu enzýmov, hormónov a imunoglobulínov a tvoria aj súčasť hemoglobínu, ktorý zaisťuje prenos kyslíka v tele, a sú nevyhnutné aj pre rast svalov. Bielkoviny sa skladajú z aminokyselín, ktoré sa usporiadajú podľa pokynov DNA, aby plnili svoje špecifické úlohy. V strave by sme mali mať aspoň 10 esenciálnych aminokyselín, ktoré si telo nedokáže vytvoriť samo a ktoré sú obsiahnuté najmä v živočíšnych produktoch ako mäso, mliečne výrobky a vajcia. Napríklad fenylalanín pomáha zlepšiť pamäť a učenie a zvyšuje motiváciu. Cholín, nachádzajúci sa v žĺtku, sa v mozgu premieňa na acetylcholín, čo zlepšuje vnímavosť a pamäť. Tryptofán, esenciálna aminokyselina, je predchodcom serotonínu, ktorý je známy ako „hormón šťastia“ a prispieva k pocitu pohody a relaxácie. Serotonín tiež pomáha tlmiť bolesť, znižuje chuť do jedla a pôsobí upokojujúco. Metionín je dôležitý pri hojení rán a taurín je najmä v ranom veku kľúčový pre správny vývoj nervového systému. Tyrozín je aminokyselina, ktorú telo nezíska samo a je predchodcom rôznych neurotransmitterov, ktoré zvyšujú bdelosť a podporujú koncentráciu. Zabezpečiť iba príjem esenciálnych aminokyselín nestačí. Je dôležité, aby bola

strava vyvážená, s dostatočným prísunom bielkovín, tukov a sacharidov. Aminokyseliny môžu správne fungovať len vtedy, keď sú prítomné aj iné látky, ako vitamíny, minerály a sacharidy. Okrem toho je potrebné zabezpečiť správnu koncentráciu žalúdočných štiav na efektívne spracovanie bielkovín. Preto je lepšie piť tekutiny počas dňa, no nie tesne pred jedlom, počas jedla alebo pol hodiny po ňom, pretože to ovplyvňuje nielen trávenie, ale aj našu schopnosť myslieť, pamätať si a vybaviť si informácie. Ak sú vaše raňajky bohaté na bielkoviny a kvalitné sacharidy, pomôže vám to predísť stresu, podporí tvorbu neurotransmitterov a poskytne vám viac energie.

Minerálne látky a vitamíny hrajú kľúčovú úlohu pri udržiavaní optimálneho fungovania mozgu, koncentrácie a pamäte. Tu sú niektoré z najdôležitejších živín a ich účinky:

1. **Horčík** - Tento minerál je nevyhnutný pre správnu funkciu nervového systému a ochranu mozgu pred poškodením. Nedostatok horčíka môže byť spojený s neurodegeneratívnymi ochoreniami, ako je Alzheimerova choroba. Jeho dostatočný príjem pomáha znižovať zápal a zlepšovať kognitívne funkcie. Potraviny ako tekvicové semienka, mandle, špenát a jogurt sú vynikajúcimi zdrojmi horčíka (Ansel, 2023).
2. **Vitamín D** - Výskumy ukazujú, že dostatočná hladina vitamínu D zlepšuje pamäť a spomaľuje kognitívny úpadok. Tento vitamín má protizápalové účinky a pomáha chrániť mozog pred oxidačným stresom. Bohatými zdrojmi sú tučné ryby, obohatené mliečne výrobky a vajcia (Ansel, 2023).
3. **Cholín** - Cholín je dôležitý pre tvorbu acetylcholínu, neurotransmiteru, ktorý hrá kľúčovú úlohu pri regulácii pamäti a nálady. Jeho dostatočný príjem môže znížiť riziko kognitívnych porúch u starších ľudí. Vysoké množstvo cholínu sa nachádza v potravinách ako vajcia, kuracie mäso a sójové produkty (Boules, 2023).
4. **Omega-3 mastné kyseliny** - Tieto zdravé tuky sú nevyhnutné pre ochranu nervových buniek a podporujú kognitívne funkcie, vrátane učenia a pamäte. Sú prítomné najmä v tučných rybách ako losos, ale aj v rastlinných zdrojoch ako ľanové semienka a vlašské orechy (Ansel, 2023).
5. **Vitamín B12** - Tento vitamín je nevyhnutný pre tvorbu neurotransmitterov a správnu funkciu nervového systému. Jeho nedostatok môže viesť k zhoršeniu pamäti a koncentrácie. Nachádza sa hlavne v živočíšnych produktoch ako mäso, ryby a mliečne výrobky (Palinski-Wade, 2023).
6. **Kyselina listová (vitamín B9)** - Kyselina listová podporuje tvorbu červených krviniek a zlepšuje kognitívne funkcie. Je dôležitá pre správnu funkciu nervového systému a môže pomôcť znížiť riziko neurodegeneratívnych ochorení. Bohaté zdroje zahŕňajú zelenú listovú zeleninu, fazuľu a citrusové plody (Palinski-Wade, 2023).

Tieto živiny zohrávajú zásadnú úlohu pri podpore zdravia mozgu, zlepšovaní koncentrácie a pamäte. Je dôležité, aby strava bola vyvážená a obsahovala širokú škálu týchto živín pre optimálny výkon mozgu.

5.6 Mýty o mozgu

1. Ľudia využívajú iba 10 % svojho mozgu

Tento rozšírený mýtus tvrdí, že väčšina mozgových kapacít zostáva nevyužitá. Moderné zobrazovacie techniky však ukazujú, že takmer všetky oblasti mozgu sú aktívne počas dňa.

Boyd a Trout zdôrazňujú, že aj jednoduché činnosti si vyžadujú zapojenie mnohých oblastí mozgu (Boyd & Trout, 2015).

2. Ľavá a pravá mozgová hemisféra dominujú rôznym typom osobnosti

Ide o veľmi rozšírený mýtus, ktorý tvrdí, že ľudia s dominantnou ľavou hemisférou sú logickí a analytickí, zatiaľ čo pravá hemisféra je spojená s kreativitou. Nielsen zistil, že obe hemisféry spolupracujú pri väčšine činností, a žiadna hemisféra nemá výlučnú dominanciu nad osobnostnými črtami (Nielsen et al., 2013).

3. Mozog prestane rásť po dosiahnutí dospelosti

Kedysi sa verilo, že po dosiahnutí dospelosti mozog už nevykazuje žiadne zmeny. Výskum neuroplasticity však dokazuje opak. **Maguire** poukázal na to, že mozog si zachováva schopnosť adaptácie a vytvárania nových spojení po celý život (Maguire et al., 2017).

4. Alkohol zabíja mozgové bunky

Zatiaľ čo nadmerné pitie alkoholu môže vážne poškodiť mozog, neznamená to, že každá konzumácia alkoholu priamo spôsobí smrť mozgových buniek. **Harper a Matsumoto** potvrdzujú, že alkohol narúša komunikáciu medzi bunkami a spôsobuje poškodenie, ale priamo nezabíja neuróny pri miernom užívaní (Harper & Matsumoto, 2016).

5. Mozog funguje ako počítač

Mozog je často prirovnávaný k počítaču, ale jeho fungovanie je omnoho komplexnejšie a flexibilnejšie. **Maguire** vysvetľuje, že mozog pracuje v prepojených sieťach, ktoré umožňujú paralelné spracovanie informácií, čo je iný proces ako lineárne spracovanie počítača (Maguire et al., 2017).

6. Veľkosť mozgu určuje inteligenciu

Predstava, že väčší mozog znamená vyššiu inteligenciu, je mylná. Kramer zistil, že inteligencia je viac spojená s kvalitou a efektívnosťou neurónových spojení než s veľkosťou mozgu samotného (Kramer et al., 2015).

7. Mozgové bunky sa nedokážu regenerovať

Tento mýtus naznačuje, že ak raz mozgové bunky odumrú, sú nenahraditeľné. Výskum však dokazuje, že neurogenéza – tvorba nových neurónov – prebieha aj v dospelosti, najmä v hipokampe. Výsledky výskumu **Erikssona** preukázali, že dospelý mozog môže tvoriť nové neuróny, čo pomáha pri učení a pamäti (Eriksson et al., 2014).

8. Pamäť je ako videokamera

Ľudia si často myslia, že pamäť zaznamenáva udalosti presne, podobne ako videokamera. Výskum však ukazuje, že pamäť je subjektívna a náchylná na chyby. Loftus poukazuje na to, že pamäť je rekonštrukčná, čo znamená, že pri vybavovaní spomienok dochádza k ich úprave (Loftus, 2017).

9. Kreatívni ľudia používajú viac pravú hemisféru

Mnohí veria, že kreativita pochádza výlučne z pravej hemisféry, no štúdie ukazujú, že kreativita zapája rôzne oblasti mozgu. **Beaty a kolektív** zistili, že kreatívne myslenie zahŕňa aktivitu v oboch hemisférach, pričom najmä prepojenie medzi nimi umožňuje inovatívne nápady (Beaty et al., 2018).

10. Mozog sa neovplyvňuje stravou

Ľudia často veria, že strava nemá zásadný vplyv na mozgové funkcie, no výskumy ukazujú opak. Gómez a Pinilla zdôrazňuje, že strava bohatá na omega-3 mastné kyseliny, vitamíny a antioxidanty podporuje zdravie mozgu a zlepšuje kognitívne funkcie (Gómez-Pinilla, 2015).

Zaujímavosti o mozgu

Ľudský mozog je fascinujúci orgán, ktorý riadi všetky aspekty nášho života – od myšlienok, cez emócie, až po fyzické pohyby. Jeho schopnosti a neustála adaptácia nás sprevádzajú od narodenia až do staroby. Mozog sa neustále mení, učí a vytvára nové spojenia, pričom jeho zložitá štruktúra a funkcie nás stále udivujú. Boleková (2020) spracovala niekoľko zaujímavostí o ľudskom mozgu:

- **Mozog si zachováva schopnosť vytvárať nové spojenia počas celého života.** Pri každej novej myšlienke alebo spomienke vzniká nové prepojenie, pričom proces učenia ich podporuje najviac. Spánok tieto spojenia upevňuje.
- **Štruktúra neurónových okruhov dospelého mozgu sa neustále mení podľa zážitkov.** Každý objav, vnem či skúsenosť ovplyvňuje jeho fungovanie a architektúru, čo zabezpečuje nepretržitú prestavbu mozgu.
- Napriek skorším vedeckým názorom, že mozog dospelého je nemenný, **nové neuróny a spojenia sa tvoria až do staroby**, predovšetkým v hipokampe.
- **Mozog obsahuje 90 – 100 miliárd neurónov**, čo je mnohonásobne viac ako počet ľudí na svete. Väčšinu jeho objemu tvoria výbežky neurónov, ktoré môžu dosahovať dĺžku viac ako meter. Ľavá hemisféra má o 186 miliónov neurónov viac než pravá.
- Priemerný mozog obsahuje **15 – 33 miliárd neurónov**, ktoré sú prepojené pomocou synáps až s 10-tisíc ďalšími neurónmi. Povrch mozgovej kôry má plochu 1500 – 2200 cm², pričom brázdy zvyšujú túto plochu o 70 %.
- **Denná myšlienková aktivita človeka zahŕňa 25 – 70 tisíc myšlienok**, z ktorých väčšina je opakujúca sa. V bdelom stave vznikne približne jedna myšlienka za sekundu.
- **Mozog je energeticky náročný a vyžaduje stály prísun glukózy**, ktorú denne spotrebuje asi 115 gramov. Pri nedostatku energie sa objavujú príznaky ako zmätok, a v extrémnych prípadoch môže dôjsť ku kŕčom alebo smrti.
- **Mozog tvorí približne 80 % vody, 12 % tuku a 8 % bielkovín.** Po odvodnení ho z väčšej časti tvorí tukový myelín.
- **Mužský a ženský mozog sa odlišujú.** Muži majú viac mozgových buniek (o 4 %), ženy však majú lepšie prepojenia medzi hemisférami.
- Evolúcia zvýšila hmotnosť mozgu, no **neexistuje vzťah medzi jeho hmotnosťou a inteligenciou.** Napríklad mozog Alberta Einsteina vážil len 1230 gramov.
- **Vývoj mozgu prebieha najintenzívnejšie v detstve.** Už v troch rokoch dosahuje 95 % veľkosti dospelého mozgu a do 17 rokov je inteligencia úplná. Učenie a intelektuálna činnosť však pomáhajú udržať IQ na vyššej úrovni.
- **Mozgové cievy majú dĺžku až 150 tisíc kilometrov.** Neuróny mozgovej kôry prežívajú bez kyslíka 4 – 6 minút, potom začínajú odumierať, čo môže viesť k trvalému poškodeniu.
- Počas embryonálneho vývoja sa **neuróny tvoria tempom 250-tisíc za minútu.** Po narodení ich počet postupne klesá, no tvorba synapsí dosahuje vrchol.
- **Za sekundu prebehne v mozgu 100-tisíc chemických reakcií** a nervové impulzy sa šíria rýchlosťou od 2 do 430 km/h.
- **Podvedomie spracúva informácie omnoho rýchlejšie než vedomá myseľ**, ktorá riadi len 5 % denného fungovania mozgu.

- **Kapacita ľudskej pamäti je prakticky nevyužitelná**, ekvivalentná 4 terabajtom dát. Aj v spánku spotrebuje mozog toľko energie ako malá žiarovka.
- **Nedostatok spánku zhoršuje pamäť a kognitívne schopnosti**, ktoré sa však môžu po dostatočnom odpočinku obnoviť.
- **Sny si človek pamätá iba krátko po prebudení**. V priemere snívame 1 – 2 hodiny za noc, pričom veľkú časť snov zabudneme už do niekoľkých minút.
- **Mozog nedokáže registrovať bolesť**, keďže neobsahuje receptory na vnímanie tlaku či teploty.
- **Meditácia, vzdelávanie a hudba podporujú činnosť mozgu**, zatiaľ čo existenciu fotografickej pamäte sa nepodarilo vedecky dokázať.

Počas celého života je pamäť neustále v pohybe, mení sa a prispôsobuje našim potrebám, zážitkom a skúsenostiam. Starnutie však neznamená, že naša pamäť musí slabnúť či že už nemôžeme objavovať nové stránky svojej mysle. Naopak, každý vek nám otvára dvere k novým poznatkom a možnostiam, ak si tieto dvere otvoríme a pustíme sa do objavovania a učenia. Význam pravidelného mentálneho tréningu a využívania kognitívnych techník je preto nesmierne dôležitý – nielen pre udržanie kognitívnej sviežosti, ale aj pre prehĺbenie osobného uspokojenia, pocitu vlastnej hodnoty a schopnosti plnohodnotne žiť. Dúfame, že vás tento text inšpiroval k tomu, aby ste sa stali aktívnymi tvorcami svojej mentálnej kondície. Techniky a princípy, ktoré sme tu predstavili, sú navrhnuté tak, aby vám pomohli udržiavať váš mozog a pamäť v čo najlepšej kondícii. Pamäť je nielen funkciou mozgu, ale aj esenciou našej identity – je to most, ktorý nás spája s našimi blízkymi, s minulosťou i s našimi snami. Každý tréning, každá investícia do našej pamäti je teda investíciou do bohatstva našich budúcich zážitkov, do vitality a kvality života. Nech sa vám na tejto ceste darí a nech je pamäť vašim verným spoločníkom a silou na každý deň.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ANSEL, D. 2023. Must-Have Nutrients for Brain Health. Next Avenue. [online]. [citované 2024-11-18]. Dostupné na internete: <https://www.nextavenue.org>.
- BADDELEY, A. 2018. Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1-29. ISSN: 0066-4308.
- BEATY, R. E. et al. 2018. The neuroscience of creative thinking. *Psychological Bulletin*, 144(6), 549-570. American Psychological Association, Washington, DC. ISSN 0033-2909.
- BOLEKOVÁ, A. a kol. 2020. *Ako sa učiť a nezabúdať*. Košice: Vydavateľstvo ŠafárikPress UPJŠ Košice. ISBN: 978-80-8152-898-9. 150 s.
- BORELLA, E. et al. 2018. Working memory and aging: A review of findings and cognitive training perspectives. *Journal of Aging and Health*, 30(4), 571-591. ISSN: 0898-2643.
- BOULES, B. 2023. The Importance of Choline for Brain Function and Cognitive Health. Barbie Boules Longevity Wellness. [online]. [citované 2024-11-18]. Dostupné na internete: <https://barbieboules.com>
- BOYD, R., TROUT, D. 2015. *The Brain Book: Neuroscience for Educators*. New York: Routledge. ISBN: 978-1138914382. 250 s.
- BUZAN, T. 2014. *The Mind Map Book*. London: BBC Active. ISBN 978-1-4066-3097-6. 336 s.
- CEPEDA, N. J. - PASHLER, H. - VUL, E. et al. 2006. Spaced retrieval and learning: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 132(3), 354–380. ISSN: 0033-2909.

- CRAMER, S. C., et al. 2011. Neuroplasticity and brain repair after stroke. *Current Opinion in Neurology*, 24(6), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 573-579. ISSN: 1350-7540.
- ČUNDERLÍKOVÁ, M., WIRHT, M. 2010. *Tréner pamäti seniorov*. Bratislava: Centrum Memory. ISBN 978-80-970355-0-1. 26 s.
- DECI, E. L., RYAN, R. M. 2000. The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. ISSN: 1047-840X.
- EBBINGHAUS, H. 2017. *Über das Gedächtnis [O pamäti]*. Leipzig: Duncker & Humblot. ISBN 978-3428083181. 432 s.
- EICHENBAUM, H. 2017. Memory: Organization and Control in the Hippocampus. *Cerebral Cortex*, Oxford: 27(9), 5315–5327. ISSN: 1047-3211.
- ERIKSSON, P. S. et al. 2014. Neurogenesis in the adult brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(4), 206-214. Elsevier, Amsterdam. ISSN 1364-6613.
- FOER, J. 2011. *Moonwalking with Einstein: The Art and Science of Remembering Everything*. New York: Penguin Press. ISBN 978-1-59420-229-2. 307 s.
- GÓMEZ-PINILLA, F. 2015. Brain foods: The effects of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(6), 408-419. Nature Publishing Group, London. ISSN 1471-003X.
- HARPER, C., MATSUMOTO, I. 2016. Ethanol and brain damage. *Alcohol Research: Current Reviews*, 37(2), 179-188. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD. ISSN 2326-6496.
- HARTSHORNE, J. K., GERMINE, L. T. 2015. When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the life span. *Psychological Science*, Thousand Oaks: 26(4), 433–443. ISSN: 0956-7976.
- HULÍN I. a kol. 2009. *Molekulové mechanizmy učenia a pamäti*. In: Patofyziológia. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-8095-043-9. 1288 s.
- CHADDOCK-HEYMAN, L. et al. 2015. Physical activity and brain health in children and older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 41. Frontiers Media, Lausanne. ISSN 1663-4365.
- KELLY, M. E., et al. 2014. The effects of cognitive training interventions on older adults' cognitive performance: A systematic review. *Psychology and Aging*, 29(2), 200-214. ISSN 0882-7974.
- KOEHL, M. et al. 2023. Impact of Aging on Memory Function: Insights from Animal Models. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 17, Article 1232670. Frontiers Media S.A. ISSN: 1663-4365.
- KOLB, B., WHISHAW, I. Q. 2014. *An Introduction to Brain and Behavior*. New York: Worth Publishers. ISBN 978-1464102547. 600 s.
- KRAMER, J. H. et al. 2015. The larger brain and better cognition. *Annual Review of Psychology*, 66, 103-128. Annual Reviews, Palo Alto, CA. ISSN 0066-4308.
- KURČÍKOVÁ, V. 2017. *Vademecum sociálnej práce*. Bratislava: Vydavateľstvo sociálnych vied. ISBN 978-80-123-4567-8. 250 s.
- LeDOUX, J. 2000. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster. ISBN 978-0684801598. 384 s.
- LOFTUS, E. F. 2017. Memory distortion and reconstruction. *Annual Review of Psychology*, 68, 123-139. Annual Reviews, Palo Alto, CA. ISSN 0066-4308.
- LUPIEN, S. J. et al. 2009. Effects of stress hormones on human memory: The influence of stress hormones on memory and cognitive function. *Neurobiology of Learning and Memory*, 92(2), 53-61. Elsevier, Amsterdam. ISSN 1074-7427
- MAGUIRE, E. A. et al. 2017. The brain's complex networks. *NeuroImage*, 112, 116-123. Elsevier, Amsterdam. ISSN 1053-8119.

- McGAUGH, J. L. 2004. The Amygdala and Memory Consolidation. In M. E. Lewis, J. M. H. Kapp, & R. L. L. M. W. (Eds.), *The Neurobiology of Learning and Memory* (pp. 451-474). San Diego: Elsevier. ISBN 978-0125476329. 784 s.
- McGAUGH, J. L. 2015. *Memory and emotion: The making of lasting memories*. New York: Columbia University Press. ISBN: 978-0231168172. 216 s.
- NEISSER, U. 2018. *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts. ISBN 978-0132859429. 640 s.
- NIELSEN, J. A. et al. 2013. An evaluation of the left-brain vs. right-brain hypothesis. *PLOS ONE*, 8(8), e71275. PLOS, San Francisco, CA. ISSN 1932-6203.
- O'KEEFE, J. 2014. Spatial navigation and the hippocampus. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, Londýn: 369(1635). ISSN: 0962-8436.
- OPPOLZER, U. 2019. *Zlepšete si paměť, koncentraci a myšlení*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-2877-8. 224 s.
- PALINSKI-WADE, S. 2023. How Vitamin B12 and Folate Help Maintain Brain Health. WebMD. [online]. [citované 2024-11-18]. Dostupné na internete: <https://www.webmd.com>
- RAKÚS, A. 2009. Neuroplasticita. *Neurológia pre prax*, 10(2), Bratislava: SOLEN. 83–85. ISSN 1335-7346.
- RAUCH, S. L., SHIN, L. M., & PHELPS, E. A. (2006). Neurocircuitry of fear and anxiety disorders. In *Neuroscientific Foundations of Mental Disorders* (pp. 53-65). San Diego: Elsevier. ISBN 978-0126516603. 576 s.
- SCHACTER, D. L. 2015. The Seven Sins of Memory: Insights from Psychology and Cognitive Neuroscience. *American Psychologist*, 70(7), 731–741. ISSN: 0003-066X.
- SCHMIDT, G. 2011. *IQ trénink – mozgový jogging*. Martin: REBO Productions. ISBN: 978-80-255-0503-8. 252 s.
- SUCHÁ, J., HOLMEROVÁ, I. 2020. *Praktický poradca pre život seniora*. Bratislava: Lindeni. ISBN: 978-80-566-1718-2. 166 s.
- SWELLER, J. 2011. Cognitive load theory. *Psychology of Learning and Motivation*, 54, 37-76. New York: Elsevier. ISSN: 0079-7421.
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-861-6. 192 s.
- TOKOVSKÁ, M.- ŠAVRNOCHOVÁ, M. – ŠOLCOVÁ, J. 2014. *Trénovanie pamäti a pohybu*. Banská Bystrica: Vydavateľstvo PF UMB Katedra sociálnej práce Banská Bystrica. ISBN: 978-80-557-0717-4. 160 s.
- TULVING, E. 2013. *The Oxford Handbook of Memory*. Oxford: University Press. ISBN 978-0199237398. 1072 s.
- VAN PRAAG, H., KEMPERMANN, G., GAGE, F. H. 2000. Neural consequences of environmental enrichment. *Nature Reviews Neuroscience*, 1(3), Londýn: 191-198. ISSN: 1471-003X.
- WALKER, M. 2017. *Why We Sleep: Unlocking the Power of Sleep and Dreams*. New York: Simon & Schuster. ISBN 978-1-5011-4432-5. 360 s.
- WRIGHT, T. W. et al. 2015. The impact of social engagement on cognitive health. *Journal of Aging and Health*, 27(5), 819-837. Sage Publications, Thousand Oaks, CA. ISSN 0898-2643.

6 PODPORA A ROZVOJ FYZICKÉHO ZDRAVIA SENIOROV

PhDr. Zuzana Patináková

Starostlivosť o fyzické zdravie je kľúčová skutočnosť pre zachovanie vysokej kvality života, pevného zdravia, nezávislosti a celkovej pohody. S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje riziko rôznych zdravotných problémov, ako napríklad oslabenie svalov, znížená pohyblivosť kĺbov a chrbtice, vyššie riziko pádov a podobne. Správna edukácia a prevencia môžu seniorom pomôcť predísť týmto ťažkostiam a udržať si vitalitu čo najdlhšie. Tieto edukačné materiály poskytujú teoretické a praktické rady a tipy na udržanie, podporu a rozvoj fyzického zdravia. Ich účelom je napomôcť seniorom k získaniu teoretických základov o pohybových aktivitách, ich účinkoch a spôsoboch vykonávania. Rovnako ich povzbudí k správnej fyzickej aktivite, ktorá bude primeraná veku, zdravotnému stavu a potrebám. Zároveň ponúkajú odporúčania pre zlepšenie každodenných návykov v stravovaní, výžive, hydratácii, ústnej hygieny a v prevencii pádov (McPhee, 2016). Fyzická aktivita seniora je jeho akýkoľvek pohyb, ktorý je výsledkom práce kostrového svalstva, teda kontrakcie a relaxácie svalov ovládaných vôľou. Cvičenie je konkrétna forma štruktúrovanej fyzickej aktivity seniora. Typicky prebieha opakovane počas určitého obdobia, ktoré nazývame tréning. Postupne vedie k zlepšovaniu fyzickej zdatnosti, výkonnosti, kondície a prispieva k celkovému zdraviu. Preto je dôležité v každodennom živote oddelovať akýkoľvek pohyb od systematického a cieleného cvičenia. Ku pohybu ako takému radíme všetky bežné denné činnosti, kdežto cvičenie je presne ohraničená aktivita, ktorá má uzdravujúce účinky (Ukropcová, 2016).

Základným determinantom vykonávania pohybovej činnosti u seniorov je podľa Balogovej (2005) chápanie prínosu a úžitku pravidelného pohybu na zdravie. V období staroby je dôležité pozeráť sa na pohyb ako na prostriedok, ktorý napomáha dosiahnuť lepšiu kvalitu života. Základom je vytvoriť si pravidelnú pohybovú aktivitu a vytvoriť si určitú cvičebnú rutinu (Balogová, 2005).

6.1 Význam fyzického zdravia v seniorskom veku

Pravidelná fyzická aktivita je tým najefektívnejším a nefarmakologickým prostriedkom na zlepšenie funkcie stavu našich ciev. Tento mechanizmus zlepšuje využitie kyslíka, prispieva k ekonomickej činnosti srdca a teda zlepšuje funkciu srdcovocievneho systému (Ukropcová, 2016). Tento princíp ďalej ovplyvňuje všetky ostatné aspekty a rozširuje význam pohybovej aktivity na nasledovné účinky:

- Rozvoj svalového systému a podpora kostrového aparátu.
- Prevencia chorôb: kardiovaskulárne ochorenia, osteoporóza, diabetes, obezita a iné.
- Zlepšenie celkovej pohyblivosti kĺbov a chrbtice .
- Tréning rovnováhy a stability.
- Zníženie rizika pádu.
- Kognitívne funkcie: zlepšuje koncentráciu a pamäť.
- Psychologické benefity: zlepšenie nálady, boj proti depresii a úzkosti.
- Iné: zlepšuje spánok, udržiavanie sociálnych kontaktov (Krak, 2018).

Okrem toho u osôb vykonávajúcich pohybovú aktivitu v dostatočnej intenzite môžeme sledovať zvýšenie bazálneho metabolizmu o 25 % hneď po tréningu, čo trvá 12 nasledujúcich hodín. Ďalších nasledujúcich 12 hodín je zvýšený bazálny metabolizmus o 13 % (Krak, 2018).

Základné parametre fyzickej aktivity

Medzi základné parametre fyzickej aktivity sa radí intenzita, trvanie a frekvencia. Tieto aspekty je treba zohľadniť pri plánovaní tréningu nielen v krátkodobom ale aj dlhodobom horizonte. Pre dosiahnutie optimálnych a očakávaných výsledkov je dôležité nájsť rovnováhu medzi týmito jednotlivými faktormi. Je nutné ich prispôbiť individuálnym potrebám a pravidelne svoje výsledky prehodnocovať (Krak, 2018).

Intenzita fyzickej aktivity

Intenzita sa týka náročnosti vykonávanej činnosti. Hodnotí sa podľa srdcového tepu, vnímania námahy a spotreby kyslíka. Jeden z takýchto identifikátorov je parameter srdcovopľúcnej, teda kardiorespiračnej fyzickej zdatnosti. Zistiť sa dá podľa Rockportovho testu chôdze na 1609 metrov (Ukropcová, 2016). Treba si však uvedomiť, že pohybová záťaž nevyvoláva u každého jedinca rovnakú odozvu a preto je dôležité ju individuálne indikovať. Pre seniorov, ktorí si chcú otestovať svoju fyzickú zdatnosť len v domácom prostredí pre nevýskumné účely a podľa výsledkov si chcú indikovať intenzitu cvičenia je najvhodnejšou verziou určenie maximálnej srdcovej frekvencie a pomocou nej si vypočítať intenzitu zaťaženia (Bollardová, 2001).

Výpočet **maximálnej srdcovej frekvencie (MSF)** je dôležitý pre určenie bezpečných úrovní intenzity cvičenia u seniorov. Pre výpočet maximálnej srdcovej frekvencie sa používa tento vzorec:

$$\text{MSF} = 220 - \text{vek}$$

Napríklad, pre 60-ročného človeka by bola maximálna srdcová frekvencia:

$$\text{MSF} = 220 - 60 = 160 \text{ úderov za minútu.}$$

Pre tohto človeka je najvyšší počet úderov srdca za minútu 160, ktoré je jeho srdce schopné dosiahnuť počas intenzívneho fyzického zaťaženia. Túto hranicu je možné prekročiť, ale neodporúča sa to.

Podľa maximálnej srdcovej frekvencie a pokojovej srdcovej frekvencie vieme vypočítať **rezervu srdcovej frekvencie RSF**. Tento pojem sa používa pri výpočte tréningových zón, ktoré zohľadňujú individuálnu kondíciu a fyzickú zdatnosť človeka. **Pokojová srdcová frekvencia (PSF)** je počet úderov srdca za minútu, keď je telo v úplnom pokoji, najlepšie sa meria ráno hneď po prebudení, ešte pred vstávaním z postele. S vekom sa pokojová srdcová frekvencia zvyčajne zvyšuje, hoci sa to líši medzi jednotlivcami. Pre dospelých je normálny rozsah pokojovej srdcovej frekvencie zvyčajne medzi 60 a 100 úderov za minútu. Pre tréňovaných športovcov môže byť pokojová srdcová frekvencia aj nižšia, typicky 40 až 60 úderov za minútu. Najjednoduchšie meranie PSF je pomocou inteligentných hodínok, hneď ráno po prebudení, pred zapojením tela do fyzickej aktivity. Ak poznáme hodnotu PSF, tak výpočet rezervy srdcovej frekvencie je nasledovný (Bollardová, 2001):

$$\text{RSF} = \text{MSF} - \text{PSF}$$

Napríklad, pre 60-ročného človeka, ktorý má PSF 80 by výpočet vyzeral takto:

$$\text{RSF} = 160 - 80 = 90$$

Rezerva srdcovej frekvencie tohto človeka ja 90 úderov srdca za minútu.

Tieto hodnoty boli potrebné, aby sme mohli získať údaje na výpočet **intenzity zaťaženia**. Vypočítava sa primárne podľa veku a podľa aktuálnej úrovne telesnej zdatnosti. Sekundárne intenzitu zaťaženia vypočítavame podľa cieľov, ktoré chceme dosiahnuť. Podľa výpočtov vytvárame takzvané tréningové zóny v nasledovných intenzitách (Bollardová, 2001):

1. **30 – 40 % z RSF s trvaním 30 – 60 minút, 3x týždenne:** redukcia rizika chronických ochorení, stresu a celkové zlepšenie zdravotného stavu
2. **40 – 55 % z RSF s trvaním 30 – 60 minút, 3-4x týždenne:** redukcia nadváhy
3. **55 – 70 % z RSF s trvaním 30 – 60 minút, 3-5x týždenne:** zlepšenie kondície a vytrvalosti

Intenzitu zaťaženia v tréningovej zóne si vypočítate nasledovne (Bollardová, 2001):

$$\text{Intenzita zaťaženia} = (\text{RSF} \times \% \text{ intenzity}) + \text{PSF}$$

Pre človeka z nášho vyššie spomínaného príkladu, hodnotu intenzity tréningovej zóny od 30 – 40 % vypočítame nasledovne:

$$\text{Intenzita zaťaženia} = (90 \times 0,30) + 80 = 107$$

$$\text{Intenzita zaťaženia} = (90 \times 0,40) + 80 = 116$$

Medzi činnosti s nízkou intenzitou od 30 – 40 % patrí napríklad chôdza. Je vhodná pre začiatočníkov s obmedzenou pohybovou schopnosťou. Medzi športy v strednej intenzite 40 až 55 % zaradzujeme napríklad plávanie, bicyklovanie alebo turistiku. Tieto aktivity výrazne zvyšujú srdcovú činnosť a spaľujú kalórie. Vysoká intenzita od 55 až 70 % zlepšuje kondíciu a vytrvalosť. Tento typ cvičenia je napríklad jogging, intervalový tréning alebo nordic walking (Bollardová, 2001).

Trvanie fyzickej aktivity

Trvanie označuje ako dlho fyzická aktivita je vykonávaná počas jedného tréningu. Odporúča sa aby jednotlivé tréningy trvali minimálne 20 až 30 minút, pričom záleží od cieľov, ktoré chce senior dosiahnuť. Podľa toho rozdeľujeme krátke, stredné a dlhé trvanie. Optimálne trvanie závisí od typu vykonávanej aktivity (Wu, 2021). Krátke trvanie do 30 minút je vhodné primárne pre začiatočníkov. Pre pokročilých sa využíva, ak sa cvičí v kombinácii s vysokou intenzitou. Stredne dlhé trvanie je od 30 do 60 minút. Je ideálne pre väčšinu seniorov, ktorí sa snažia udržať si dobrú fyzickú kondíciu. Stredne dlhé tréningy umožňujú vykonávanie v svojom procese kombináciu silových a vytrvalostných cvičení. Dlhé trvanie cvičebnej jednotky, nad 60 minút, je vhodné pre pokročilých cvičencov a využíva sa na zlepšenie kondície, vytrvalosti a spaľovanie kalórií. Obzvlášť u seniorov je veľmi podstatné pri dlhších tréningoch venovať dostatočnú pozornosť hydratácii a neskôr dostatočnej regenerácii. Medzi takéto aktivity radíme napríklad dlhé prechádzky alebo turistiku (Wu, 2021).

Frekvencia fyzickej aktivity

Frekvencia nám udáva, ako často sa fyzická aktivita vykonáva. Je dôležitá pre udržanie konzistentného energetického výdaja pre vytvorenie návyku. Iba pravidelné vykonávanie pohybových činností podporuje dlhodobé zdravie. Preto je dôležité, aby tieto aktivity boli zahrňované do každodenného života. Frekvencia určitých pohybových aktivít sa môže vykonávať zriedka, napríklad lyžovanie alebo plávanie. Iné môžeme vykonávať niekoľkokrát v týždni. Napríklad cvičenie s odporovými gumami či turistiku. Nordic walking je aktivita ktoré bez problémov môže byť vykonávaná denne (Wu, 2021).

Preskripcia pohybovej aktivity

Odporúčaná dávka pohybovej aktivity sa líši od veku seniora, zdravotného stavu ale aj typu cvičenia. Do úvahy sa berú tiež fyzické schopnosti a potreby. Medzi druhy odporúčanej fyzickej aktivity seniorov radíme (WHO, 2020):

- Aeróbne cvičenie je také, ktoré zvyšuje srdcovú frekvenciu a teda schopnosť tela využívať kyslík, svetová zdravotnícka organizácia WHO odporúča aspoň 150 minút takéhoto nízko až stredne intenzívneho tréningu do týždňa, v prepočte je to aspoň 20 minút denne,
- Silové cvičenia sa odporúčajú dvakrát týždenne,
- Rovnovážne cvičenia a strečing sa odporúčajú ako doplnkové cvičenia pomedzi aeróbne a silové alebo ako cvičenia na zahriatie pred samotným tréningom (WHO, 2020).

6.2 Prevencia chorôb

Podporu zdravia seniorov môžeme chápať ako proces, v ktorom seniori svojimi činmi a aktivitami zvyšujú kontrolu nad svojím zdravím. V dnešnej dobe už je zrejmé, že úroveň svojho zdravia vieme do 70 % ovplyvniť životným štýlom a prostredím. Faktory, ktoré vplývajú na zdravie a vieme ich do určitej miery modifikovať rozdeľujeme takto:

- Životné a pracovné prostredie, ovplyvňujú zdravie na 15-20 %
- Životný štýl zahŕňa zvyklosti týkajúcich sa výživy, pohybovej aktivity, závislostí a prežívania stresu, odzrkadlenie týchto determinantov predstavuje 50-60 % (Šulcová, 2012).

Kardiovaskulárne ochorenia sú širokou skupinou ochorení postihujúcich srdce a cievy. Hypertenzia je stav, kedy je zvýšený krvný tlak v cievach. Je to jedna z najhlavnejších príčin vzniku kardiovaskulárnych ochorení. Na liečbu vysokého krvného tlaku sa používajú lieky nazývané diuretiká a beta-blokátory. Diuretiká podporujú vylučovanie vody z tela a beta-blokátory znižujú srdcový výdaj. Tieto lieky majú však vedľajšie účinky. Spôsobujú napríklad poruchy minerálnej rovnováhy alebo môžu zhoršovať astmu či cukrovku. Mnohé z týchto liekov zhoršujú mentálne zdravie, sexuálne funkcie a fyzickú výkonnosť. Lieky by mali brať len tí, ktorým sa hodnoty krvného tlaku neznížili zmenou životného štýlu (Brštiak, 1994).

Pravidelný pohyb, najmä aeróbna fyzická aktivita ako chôdza, beh, plávanie, cyklistika, zlepšujú funkciu srdca a elasticitu ciev. Spôsobujú tiež, že srdce pracuje efektívnejšie a s menším úsilím pumpuje krv do celého tela. Tým dochádza tiež k lepšiemu okysličovaniu

tkanív. Medzi kardiovaskulárne ochorenia patrí ischemická choroba srdca, náhla cievna mozgová príhoda a infarkt myokardu. Luknár (2005) popisuje ako prvý prostriedok na zníženie hypertenzie, ktorá neskôr vedie k ischemickej chorobe srdca práve pravidelnú pohybovú aktivitu. Odporúča minimálne 30 minút denne, kde človek bude vykonávať napríklad rýchlu chôdzu a to niekoľkokrát do týždňa. Pri dodržiavaní tohto režimového opatrenia môžeme očakávať pokles systolického tlaku o 4 – 9 mm Hg (Luknár, 2005). „Recept na zníženie krvného tlaku je teda vo väčšine prípadov jednoduchý: menej soli, viac pohybu, menej alkoholu a viac oddychu“ (Brštiak, 1994, s. 10). **Alzheimerové ochorenie** je taktiež závislé na aktívnom životnom štýle a práve životospráva má významný vplyv na vývoj tohto ochorenia. Vhodnými pohybovými aktivitami sú každodenné činnosti, ako chôdza ale aj športové aktivity, ako tanec alebo aj práca v záhrade. Pohybová aktivita u týchto pacientov prináša mnoho výhod, ako napríklad zlepšený prietok krvi v mozgu. Tým sa spomaľuje kognitívny úpadok a oneskoruje sa nástup demencie. Ďalšie spôsoby ako môžeme udržiavať aktívny mozog je riešenie hádaniek, čítanie, učenie sa nových zručností a iné aktivity, ktoré stimulujú myseľ (Burgeois, 2011).

Pravidelný pohyb ovplyvňuje aj patologické hodnoty **cholesterolu** a to tak, že znižuje hladinu zlého LDL cholesterolu a zvyšuje dobrý HDL cholesterol. Pohyb pomáha znižovať tvorbu aterosklerotických plátov v cievach. Aterosklerotický plát je zhromaždenie tukových látok, cholesterolu, vápnika a iných zložiek, ktoré sa usadzujú v stenách ciev. Tvoria pevné a tvrdé pláty. Tento proces sa nazýva **ateroskleróza**. Podľa toho, ktoré a ako sú postihnuté cievy v srdci môže vzniknúť infarkt alebo ischemická choroba srdca. Alebo náhla cievna mozgová príhoda, pri postihnutí ciev mozgu. Pri postihnutí ciev končatín sú prítomné príznaky ako bolesť, zmena farby pokožky a sú lokalizované v mieste uzáveru. Okrem nedostatku pohybu a sedavého životného štýlu je cholesterol a potom aj pokračujúca ateroskleróza pôsobená aj inými faktormi ako napríklad zvýšené a nerovnomerné zastúpenie tukov v krvi, hypertenzia, fajčenie a cukrovka (Skoumas, 2003).

Obezita a nadhmotnosť sú tiež nebezpečnými faktormi na rozvoj kardiovaskulárnych ochorení. Popis obezity je veľmi variabilný. Najvýstižnejšia charakteristika z pohľadu kvality života je, že ide o ochorenie, ktoré výrazne skracuje život a robí ho obťažným. Svoju optimálnu hmotnosť môžeme určiť veľmi jednoducho. Od výšky odpočítame 100, tak napríklad 170 centimetrov vysoký človek by mal mať hmotnosť 70 kilogramov. Samozrejme toto číslo je len orientačné, pretože konštitúcia muža, ženy, mladších ľudí a starších ľudí sa líši. Je dôležité brať do úvahy zastúpenie tukov, svalov, hustotu kostí a množstvo vody v tele. Jednou z hlavných príčin obezity je podľa Brštiaka (1994) nadmerný príjem potravy a nedostatok pohybu. Obezita teda nastáva, keď telo prijíma viac kalórií, než je schopné spaľiť. Tieto nadbytočné kalórie sa ukladajú v tele vo forme tuku, pričom viscerálny vnútrobrušný tuk je jedným z hlavných miest ukladania pri nadmernej hmotnosti. Obezita a viscerálny tuk sú úzko prepojené. Viscerálny tuk je považovaný za najrizikovejší typ tuku, pokiaľ ide o zdravie. Viscerálny tuk sa ukladá okolo vnútorných orgánov v brušnej oblasti, ako sú pečeň, pankreas, črevá a ďalšie. Tento typ tuku sa líši od podkožného tuku, ktorý sa nachádza pod pokožkou, a má špecifické zdravotné riziká (Brštiak, 1994). Pohybová aktivita pomáha regulovať telesnú hmotnosť a zabráňuje hromadeniu nadbytočného telesného tuku, čo priamo prispieva ku prevencii. S obezitou je spojená aj inzulínová rezistencia, ktorá spôsobuje, že telo nedokáže regulovať hladinu cukru v krvi (Fábryová, 2019).

Chronický zápal a pohybová aktivita sú prepojené tak, že pravidelné cvičenie stimuluje uvoľňovanie protizápalových cytokínov. Tie pôsobia na znižovanie zápalových procesov tým, že potláčajú tvorbu cytokínu, ktorý je známy svojimi účinkami v prospech zápalu (Wärnberg, 2010).

Pohybová aktivita významne ovplyvňuje aj ochorenie nazývané **diabetes**, najmä diabetes 2. typu. Je dokázaná zvýšená inzulínová citlivosť, zlepšená regulácia krvného cukru a ďalšie zmeny zahŕňajúce celkové zdravie z pohľadu metabolizmu cukrov v tele. Vedecké štúdie tiež dokazujú, že mierna pohybová aktivita dokáže redukovať aj samotné riziko vzniku diabetu 2. typu. Ak už toto ochorenie máte, tak pri cvičení je dôležité sledovať hladinu cukru v krvi, pretože pohyb môže viesť k jeho zníženiu. Ak je hladina cukru v krvi príliš nízka, nastáva hypoglykémia. Dôležité je poznať príznaky **hypoglykémie** ako je nevoľnosť, závraty, triaška, potenie alebo únava. V tom prípade môže byť potrebné urgentne prijať rýchlo vstrebateľné sacharidy. Takže ak máte už cukrovku a cvičíte intenzívne alebo dlhšie, je potrebné si sledovať hladinu cukru v krvi aj počas cvičenia, najmä ak cvičíte viac ako 30-45 minút (Sheri, 2016).

Morbus Parkinson teda Parkinsonova choroba je zapríčinená postupným odumieraním mozgových buniek, ktoré produkujú dopamín. Je to chemická látka, ktorá je potrebná na prenos informácií o pohybe a jeho koordinácii. Napriek tomu, že cvičenie nedokáže chorobu a jej príznaky vyliečiť, pravidelná fyzická aktivita výrazne spomaľuje progresiu a uľahčuje zvládanie bežných denných činností. Hlavné motorické príznaky tejto choroby sú tremor teda tras, rigidita čiže svalová stuhnutosť a bradykinéza, čo sú spomalené pohyby. Pohyb pomáha pacientom zlepšiť mobilitu, koordináciu a flexibilitu (Baumeister, 2021).

Osteoporóza je často spojená so ženami v post menopauzálnom veku, kedy dochádza ku poklesu hladiny estrogénu, čo zvyšuje riziko tohto ochorenia. U mužov je tento úbytok hustoty kostí pomalší ale napriek tomu sa ich tento problém týkla. Každá tretia žena a každý piaty muž nad 50 rokov sú ohrození rizikom osteoporózy. Vedecké štúdie dokazujú, že už pri miernej pohybovej aktivite zameranej na dolné končatiny sa významne posilňujú bedrové kĺby a kosti v oblasti panvy. Týmto procesom sa znižuje riziko zlomenín krčka stehennej kosti, ktoré sú jednou z najzávažnejších a najčastejších dôsledkov osteoporózy. Riziko úmrtia u žien po zlomenine krčka stehennej kosti je rovnako veľké ako úmrtie na rakovinu prsníka či maternice. U mužov je riziko zlomeniny krčka stehennej kosti väčšie ako riziko rakoviny prostaty (Račková, 2015). Vhodné sú cvičenia s váhou, činkami a odporové cvičenia, ktoré aktivujú svalové tkanivo a to stimuluje tvorbu kostného tkaniva. Aktivity ako chôdza, beh alebo tanec podporujú zaťažovanie kostí a tým zvyšujú kostnú denzitu, čím sa kosti stávajú odolnejšími a pevnejšími (Muir, 2013).

Úloha fyzickej aktivity má nezastupiteľné miesto aj pri konzervatívnej liečbe **artrózy**. Pohyb udržiava kĺby flexibilné, zároveň posilňuje svaly a znižuje stuhnutosť opotrebovaných kĺbov. Okrem zdravého rozsahu pohybu kĺbov sa zvyšuje aj pružnosť svalov a väzov okolo nich. Na zlepšenie flexibility sú vhodné strečingové cvičenia, napríklad jóga. Pri výrazných problémoch váhonosných kĺbov sa odporúča začať s cvičeniami vo vodnom prostredí, kde je tiaž tela eliminovaná vodným prostredím. Ak je prítomná artróza vo vyšších stupňoch je dôležité konzultovať svoj stav s lekárom predtým, než začnete športovať (Zampogna, 2020).

Výskum publikovaný v časopise *Epidemiologic Reviews* zdôrazňuje, že fyzická aktivita môže prispievať k lepšej imunitnej odpovedi a potencióálne redukovať progresiu určitých druhov

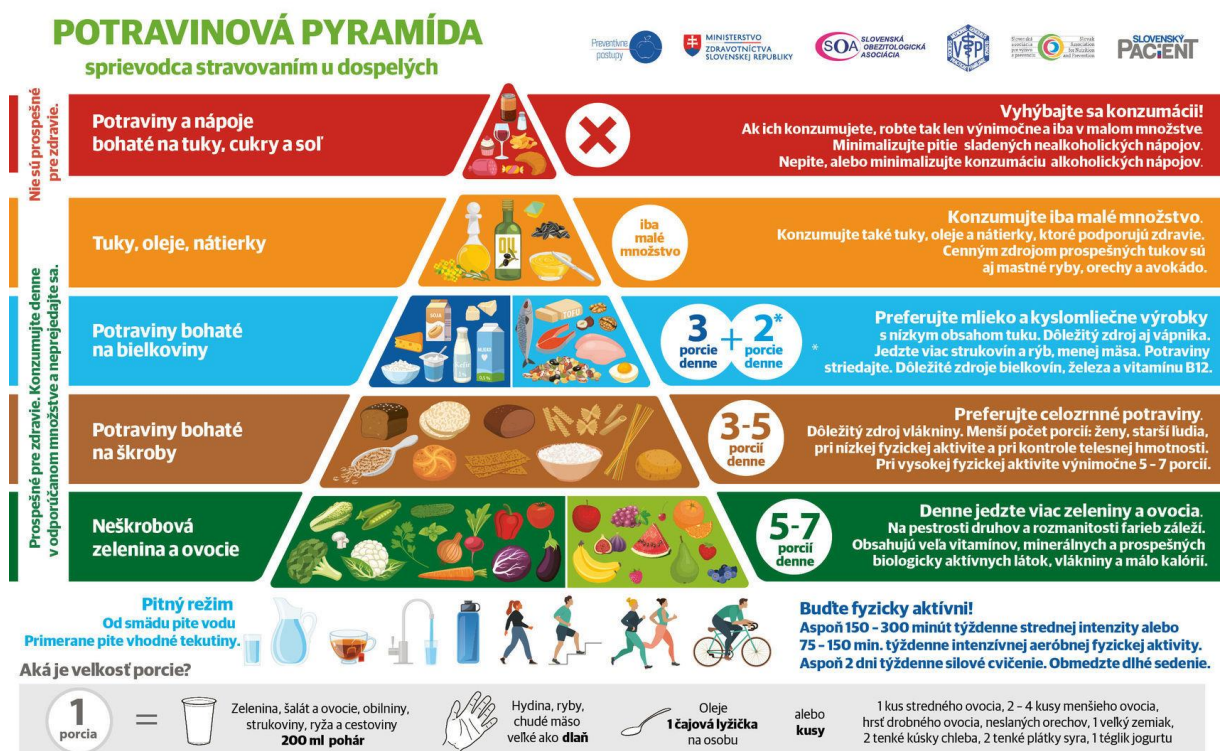
rakoviny. Účinok sa sprostredkováva pomocou celkového zlepšenia zdravia, regulácie telesnej hmotnosti, znižovania zápalu a zlepšenia funkcie imunitného systému a jeho odpovedí. Fyzická aktivita urýchľuje pohyb tráviaceho traktu, čo znižuje čas, počas ktorého môžu karcinogénne látky ovplyvňovať stenu čreva. Tento proces znižuje riziko vzniku rakoviny konečníka. Reguláciou metabolických a hormonálnych mechanizmov u žien a správnu reguláciu hormónov môže pohybová aktivita znížiť riziko vzniku hormonálne závislej rakoviny prsníka alebo krčka maternice (Cormie, 2017).

Cirhóza pečene sa primárne spája s činiteľmi ako sú nadmerné užívanie alkoholu, vírusová hepatitída ale aj v súvislosti s obezitou či metabolickými poruchami. Nealkoholická tuková choroba pečene je jednou z hlavných príčin cirhózy u ľudí s obezitou alebo cukrovkou. Aeróbne cvičenia a silový tréning zvyšujú funkciu pečeneových markerov, enzýmov a priaznivo ovplyvňujú aj inzulínovú rezistenciu (Kenneally, 2017).

6.3 Výživa a hydratácia

Venovanie sa výživovým potrebám seniorov je základný krok pri zvýšenej pohybovej aktivite. Dôležité je aj prispôbenie stravy vzhľadom na metabolické zmeny, ktoré vznikajú vekom. Tieto skutočnosti na seba nadväzujú a preto sa im venujeme v jednej celej kapitole. Pri pohybe pálime kalórie, ktoré je potom potrebné adekvátne a správne doplniť. Strava by mala byť pestrá a vyvážená s bohatým zastúpením mikro a makro živín. Správne stravovanie je jednoduché, v súlade by malo byť to, koľko spotrebujeme a koľko naozaj potrebujeme. To znamená, že do organizmu treba dodať len toľko látok a v takých množstvách, ako je naozaj potrebné (Bršiak, 1994). Potravinová pyramída je nástroj, ktorý odborníci na výživu vytvorili, aby vám pomohla lepšie sa orientovať v širokej škále výživových odporúčaní. Tento jednoduchý a prehľadný systém vám ukáže, ktoré potraviny sú pre vaše zdravie najdôležitejšie a v akom množstve by ste ich mali konzumovať. Potravinová pyramída existuje už viac ako päťdesiat rokov a počas tejto doby sa potraviny na jednotlivých poschodiach pyramídy postupne upravovali, aby zohľadňovali nové vedecké poznatky o výžive a zdraví. Potravinová pyramída na Obrázku 1 je vytvorená podľa preventívneho postupu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 2022. Slovenskí vedci oddelili tuky, oleje a nátierky od potravín a nápojov, ktoré sú bohaté na tuky, cukry, soľ a teda nie sú prospešné pre naše zdravie. Okrem toho došlo k zmene poradia prvého a druhého poschodia pyramídy. Pyramída nám ukazuje ako je správne interpretovať, ktoré potraviny by mali byť v našom jedálničku zastúpené najviac, a ktorým by sme sa mali vyhýbať. Čítame ju odspodu smerom nahor, pričom v rámci jednotlivých poschodí sa potraviny zoradia zľava doprava. Základ našej stravy by mali tvoriť potraviny z najnižšieho poschodia pyramídy. Tieto potraviny by sme mali konzumovať čo najčastejšie. Prvé poschodie potravinovej pyramídy už nepatrí skupine potravín ako chlieb, pečivo, obilniny, ryža a cestoviny, ktoré sa kedysi považovali ako základ stravy. Teraz tvoria základ stravy zelenina a ovocie, ktoré by mali byť až polovicou toho, čo si kladieme na tanier. Ovocie a zelenina sú výborným zdrojom rozložiteľnej a nerozložiteľnej vlákniny, vitamínov, minerálov a antioxidantov, ktoré chránia telo pred pôsobením voľných radikálov. Ovocie je tiež skvelým zdrojom sacharidov. Odporúča sa konzumovať 5 až 7 porcií zeleniny a ovocia denne, čím podporíme svoje zdravie a imunitný systém. Druhá potravinová skupina je bohatá na zložené sacharidy (škrob), vlákninu (nestráviteľné polysacharidy), vápnik, železo a vitamíny skupiny B. Ľudia, ktorí

trpia neznášanlivosťou lepku, by mali byť pri výbere potravín z tejto skupiny opatrní. Tretie poschodie potravinovej pyramídy tvoria dve skupiny potravín: mlieko a mliečne výrobky a mäso, mäsové výrobky, strukoviny, vajcia a ryby. Tieto potraviny sú dôležitým zdrojom bielkovín, minerálnych látok, železa, zinku a vitamínov B, A, D. Olejnaté morské ryby sú bohaté na omega-3 mastné kyseliny, ktoré chránia srdce, no kvôli obsahu ortuti sa neodporúča konzumovať ich viac ako dvakrát týždenne. Rovnako by sme s konzumáciou mäsa nemali toľko preháňať. Štvrté poschodie pyramídy tvoria tuky, ktoré sú tiež nevyhnutné pre správne fungovanie organizmu, pretože v nich sa rozpúšťajú vitamíny A, D, E a K. Tuky nájdeme aj v semenkách a orechoch, no mali by tvoriť len menšiu časť našej stravy. Posledná skupina v pyramíde zahŕňa potraviny a nápoje bohaté na tuky, cukry a soľ, ktoré by sa mali úplne vyhnúť, pretože ich konzumácia nie je pre naše zdravie prospešná (Preventívny postup MZ SR, 2022).



Priemerná denná energetická potreba pre dospelých **muži** fyzicky aktívni: 10 500 kJ/2500 kcal fyzicky neaktívni/sedaví: 8 400 kJ/2 000 kcal **ženy** fyzicky aktívne: 8 400 kJ/2 000 kcal fyzicky neaktívne/sedavé: 7 560 kJ/1 800 kcal.

Potravinová pyramída pripravená podľa Preventívneho postupu MZ SR 2022. Odporúčania pre stravovanie a výživu u dospelých založené na potravinových skupinách. Tieto odporúčania sú všeobecným návodom pre zdravie prospešné stravovanie u dospelých, nenahrádzajú rady lekára. Vždy je potrebné zohľadniť zdravotný stav a ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú stav výživy jedinca.

ROZMANITOSŤ
PRIMERANOSŤ UMIERENOSŤ
3 princípy stravovania prospešného pre zdravie

Obr. 2 Potravinová pyramída (Zdroj: Odporúčania pre stravovanie a výživu u dospelých)

Ako prevencia straty svalovej hmoty u seniorov je dôležitá v prvom rade **bielkovina**. Množstvo denného príjmu bielkovín a seniorov by sa mal pohybovať medzi 1 – 1,2 gramov bielkovín na kilogram hmotnosti človeka (avšak u určitých ľudí, napríklad u ľudí s ochorením obličiek, sa tento príjem môže líšiť). Potraviny, v ktorých nájdeme patričné zastúpenie bielkovín sú napríklad mliečne výrobky ako syry, cottage, skry a podobné. Ďalej to je mäso, šunky, ryby, vajička a strukoviny. Dostatočný príjem bielkovín by mal byť doplnený s ostatnými prvkami výživy, to sú zdravé tuky, vitamíny, minerály ale aj dostatočný pitný režim, teda hydratácia. **Sacharidy** sú zdrojom energie a komplexné sacharidy ba mali byť súčasťou každého jedáľníčka. Poskytujú zároveň vlákninu, ktorá pomáha predchádzať zápche. Nájdeme ich v celozrnnom pečive, cestovinách, ovsených vločkách, zelenine alebo ovocí. V

súčasnosti sa nadmerná spotreba a konzumácia tukov považuje za najrizikovejší faktor vzniku srdcovocievnych a onkologických ochorení. V minulosti, keď boli ľudia vystavení skôr hladovaniu alebo celkovému nedostatku potravín, boli mastné a ťažké jedlá považované za potrebné pre vytváranie energetickej rezervy. Dnes je rozšírený sedavý životný štýl, preto je potrebné zmeniť jedálny plán. **Tuky** zjednodušene delíme na nenasýtené a trans tuky. Medzi nenasýtené, teda zdravé tuky, radíme napríklad smotanu, maslo, mäso, kokosový a palmový olej. Trans tuky sú tie, ktoré sú priemyselne vyrábané, patria sem aj oleje používané na prípravu smažených jedál a často sú to aj polotovary, instantné jedlá a sušienky. Zdravé tuky sú nevyhnutné pre správne fungovanie mozgu a srdca. Omega-3 mastné kyseliny môžu pomôcť pri znižovaní zápalov a zlepšovaní srdcovocievneho systému. Túto ochrannú masťnú kyselinu omega-3 nájdeme aj v našej sladkovodnej rybe, v kaprovi. Zdravé tuky nájdeme napríklad v olivovom oleji, avokáde a orechoch. Pred každým fyzickým cvičením pripravte svoje telo správnym spôsobom, aby ste zabezpečili optimálny výkon a vyhli sa náhlym výkyvom hladiny cukru v krvi. **Vyvážené jedlo** obsahujúce komplexné sacharidy, bielkoviny a zdravé tuky sú ideálnou voľbou pre tých, ktorí sa chystajú na fyzickú aktivitu. Tento druh stravy poskytuje telu stabilný a dlhodobý zdroj energie, ktorý je nevyhnutný na udržanie výkonu počas celého cvičenia. Ak plánujete cvičiť po jedle, je dôležité počkať, kým sa vaša hladina cukru v krvi stabilizuje. Po jedle počkajte minimálne 30 až 60 minút, aby vaše telo malo čas spracovať potravu a hladina cukru sa ustálila na normálnej úrovni. Cvičenie príliš skoro po jedle môže spôsobiť nepohodlie, ako sú kŕče, nadúvanie alebo dokonca tráviace problémy, preto je lepšie dať telu čas na trávenie. Dobre načasované jedlo a správne dávkovanie energie pred fyzickou aktivitou môžu výrazne zlepšiť váš výkon, znížiť riziko únavy a zabrániť náhlym výkyvom hladiny cukru, čo prispieva k lepšiemu cvičebnému zážitku a celkovému zdraví. **Vláknina** je nevyhnutná súčasť našej stravy, ktorá má mnoho zdravotných výhod. Je to zložka rastlinných potravín, ktorá pomáha udržiavať zdravie tráviaceho systému. Rozlišujeme dve hlavné formy vlákniny: rozpustnú a nerozpustnú. Rozpustná vláknina, ktorá sa nachádza napríklad v ovsených vločkách alebo strukovinách, pomáha regulovať hladinu cukru v krvi a znižovať cholesterol. Nerozpustná vláknina, ktorú nájdeme v celozrnných výrobkoch alebo zelenine, podporuje pravidelný pohyb čriev a prevenciu zápchy. Pre seniorov je odporúčaný denný príjem vlákniny približne 25 – 30 gramov, čo môžeme dosiahnuť konzumáciou ovocia, zeleniny, celozrnných produktov a strukovín (Bršiak, 1994).

S pribúdajúcim vekom dochádza k zmenám v absorpcii niektorých vitamínov a minerálov, preto je ich príjem dôležitý pre prevenciu ochorení a udržanie vitality. Vitamín D je nevyhnutný pre zdravie kostí. Pomáha pri vstrebávaní vápnika. Seniori sú vystavení vyššiemu riziku z nedostatku vitamínu D, najmä tí, ktorí trávia málo času na slnku. Odporúča sa dopĺňať vitamín D z potravín ako sú ryby (makrela, losos), mliečnych výrobkov alebo vajec. V niektorých prípadoch je vhodné zväziť doplnenie vitamínu D prostredníctvom výživových doplnkov. Vápnik súvisí so spomínaným vitamínom D. Spoločne vytvárajú prevenciu pred vznikom osteoporózy, ktorá je bežná u starších ľudí. Seniori by mali konzumovať potraviny, ktoré sú bohaté na vápnik, ako napríklad mliečne výrobky (mlieko, jogurt, syr), obohatené sójové výrobky alebo tmavozelenú listovú zeleninu (špenát, kel). S vekom sa ďalej znižuje aj schopnosť vstrebávania vitamínov skupiny B. Pri nedostatku vitamínu B12 dochádza okrem iného aj k anémii, únave alebo rôznym neurologickým problémom. Je obzvlášť dôležitý pre

tvorbu **myelínovej vrstvy** okolo nervových vlákien, ktorá zabezpečuje rýchly prenos nervových signálov. Jeho nedostatok môže viesť k neurologickým problémom, ako sú **zmätenosť, depresia, problémy s pamäťou a dýchavičnosť**. Potraviny bohaté na B12 sú ryby, vajcia, mäso a mliečne výrobky. Horčík je minerál dôležitý na správne fungovanie svalov a nervov. Pomáha regulovať krvný tlak a prispieva k správne fungovaniu srdcového rytmu. Nedostatok horčíka môže viesť k **nervozite, úzkosti, nespavosti a svalovým kŕčom**, ktoré sú veľmi časté ráno. Horčík pomáha zmierniť stres a podporuje **dobrý spánok**. Seniori môžu profitovať z potravín bohatých na horčík, ako sú orechy, semená, celozrnné obilniny a tmavozelená listová zelenina. Draslík odporuje srdcovú činnosť a pomáha regulovať krvný tlak. Pomáha udržiavať rovnováhu tekutín v tele, podporuje správnu funkciu srdca, svalov a nervového systému a má vplyv na mnohé ďalšie telesné procesy. Draslík sa nachádza v mnohých potravinách, ako sú banány, zemiaky, špenát, citrusy, avokádo, strukoviny, ryby a morské plody (Blumberg, 1997).

Hydratáciu a pitný režim sa odporúča pre seniorov dodržať v množstve 1,5 až 2 litre tekutín na deň. Seniori by mali piť nielen pri pocite smädu ale aj priebežne, pretože stáva sa, že tento vnem u nich nie je taký intenzívny ako u mladších ľudí. Pred, počas a po fyzickej aktivite sa objem odporúčaných tekutín odporúča ešte zvýšiť. Medzi vhodné tekutiny, ktoré sa počítajú do pitného režimu radíme polievky, bylinné čaje, riedené ovocné šťavy a samozrejme čistá voda.

So zdravým životným štýlom a výživou súvisí aj dostatočná a správna ústna hygiena. **Zubné náhrady** by sa mali čistiť každý deň, pretože sa na nich môžu kumulovať baktérie, ktoré vedú k zápalom a infekciám. Okrem toho starostlivosť a pravidelnú úpravu zubnej protézy treba vykonávať z dôvodu atrofie ďasien. To je úbytok tkaniva, kvôli ktorému protéza nepasuje tak, ako by mala. Nefunkčná a nesprávne nasadajúca protéza spôsobuje, že seniori sa vyhybajú konzumácii určitých jedál, ktoré sú pre zdravý životný štýl nevyhnutné.

6.4 Pohybový režim a šport

Správne držanie tela je základom pre ďalší pohybový rozvoj. Mnoho problémov, ako sú bolesti chrbta, kĺbov či únava, sú priamo spojené so zlým držaním tela. Zlepšenie držania tela je jednoduché a môže výrazne prispieť k lepšiemu zdraviu. Zlé držanie tela, ako je napríklad zhrbený chrbát alebo zvesené a guľaté ramená, môžu viesť k dlhodobým problémom s chrbticou, šijou a ramenami. Správne držanie tela pomáha vyrovnať zaťaženie kĺbov a znižuje bolesť. Správne držanie tela umožňuje pľúcam efektívnejšie pracovať, zvyšuje sa vitálna kapacita pľúc, čo vedie k lepšiemu okysličeniu tela. Pri sedení by mali byť nohy pevne na zemi a kolená by mali byť v pravom uhle. Chrbtica by mala byť ideálne dvakrát esovito zakrivená, ramená uvoľnené a zatahnuté dozadu. V stoji dbajte na to, aby ste mali rovnomerne rozloženú váhu na oboch nohách. Brucho jemne vtiahnuté, panva má byť podsadená, ramená zatahnuté dozadu a dole. Hlava a brada je v neutrálnej pozícii, nie sklonená dopredu ani predsunutá. Venujte pozornosť svojmu telu každý deň a skúste sa sústrediť na to, ako sedíte, stojíte a chodíte. Zo začiatku to chce čas, trpezlivosť na uvedomenie si svojho tela. Vďaka preprogramovaniu vžitých nesprávnych vzorcov budú nové pohyby stále ľahšie a budete sa cítiť lepšie. Aj malé zmeny môžu mať veľký vplyv na vaše zdravie a pohodlie (Krak, 2018).

Nordic Walking Je to forma chôdze, ktorá využíva špeciálne palice na zlepšenie fyzickej kondície a využitie maximálnej efektívnosti pohybu. Tento šport pochádza z Fínska a pôvodne bol vyvinutý ako tréning pre bežcov na lyžiach počas leta. V súčasnosti je nordic walking obľúbený po celom svete, pretože ponúka mnohé zdravotné a fyzické výhody. Jednou z výhod, prečo by sa mali seniori venovať práve tomuto športu je, že znižuje zaťaženie kĺbov a poskytuje celkovú svalovú aktivitu. Tento typ cvičenia zapája až 90 % svalov, čo je oveľa viac ako pri bežnej chôdzi. Posilňuje srdce, zlepšuje kardiovaskulárnu kondíciu, zvyšuje svalovú silu, zlepšuje flexibilitu tela a pomáha pri redukcii hmotnosti. Palice sú základnou súčasťou výbavy pri nordic walkingu. Rovnako ako pri bežkovaní, palice pomáhajú rozložiť náhamu medzi dolnú a hornú časť tela. Takéto špeciálne palice sú ľahšie a dlhšie ako bežné turistické palice, čo umožňuje správnu techniku a zapojenie celého tela. Dôležité je, aby palice boli nastaviteľné, čo umožňuje prispôbiť ich dĺžku podľa výšky osoby a typu terénu. Mali by mať správnu dĺžku a táto optimálna dĺžka palíc je zvyčajne 70 % vašej výšky (to je vaša výška \times 0,7). Rukoväte by mali byť ergonomické, aby sa minimalizovalo riziko preťaženia zápästia, a remienky na ruky zabezpečia stabilitu a lepšie využitie síl pri odraze. Obuv je ďalší kľúčový prvok pri nordic walkingu. Na rozdiel od bežných tenisiek je pre tento šport ideálna obuv s dobrou podporou klenby, ktorá poskytuje stabilitu pri chôdzi. Obuv by mala mať protišmykovú podrážku, ktorá je zároveň flexibilná, čím umožňuje prirodzený pohyb chodidla. Dôležité je, aby obuv bola pohodlná a ľahká, aby nebránila voľnému pohybu v členkovom kĺbe. Okrem palíc a obuvi je dobré mať aj ďalšie doplnky, ako sú odolné športové oblečenie (najlepšie vyrobené z materiálov, ktoré odvádzajú vlhkosť). Ďalej ochranu pred slnkom a pohodlné rukavice, ktoré ochránia ruky pri dlhšom používaní palíc. Na začiatok hľadajte rovný a stabilný terén, kde sa budete cítiť bezpečne, napríklad parkové chodníky alebo cesty s mäkkším povrchom. Začnite s kratšími trasami, na začiatok stačí 10 až 15 minút chôdze a až postupne predlžujte čas a vzdialenosť podľa toho, ako sa budete cítiť. Ako sa postupne zlepšujete zvyšujte dĺžku trasy a aj tempo. Dôležité je však udržať si počas chôdze tempo, ktoré je pre vás pohodlné. Po chôdzi nezabúdajte na jemný strečing, ktorý pomôže uvoľniť svaly a predchádza preťaženiu (Škopek, 2010).

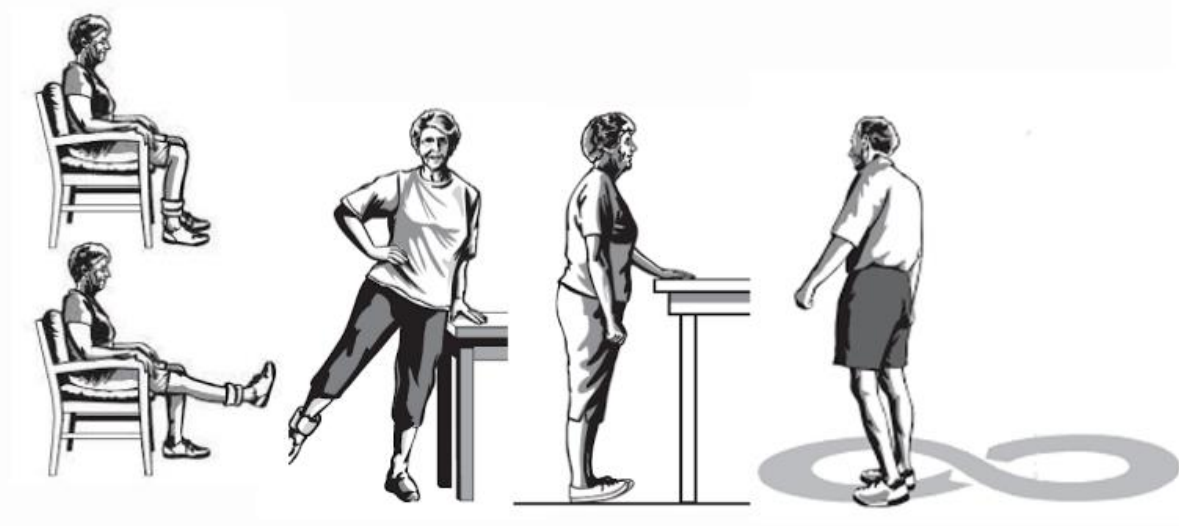
Odporové cvičenia

Sú známe aj ako silový tréning a by mali byť neoddeliteľnou súčasťou zdravého životného štýlu, najmä pre seniorov. S pribúdajúcim vekom dochádza k prirodzenému úbytku svalovej hmoty a sily, čo môže ovplyvniť každodenné činnosti a kvalitu života. Pravidelný silový tréning však môže pomôcť zvrátiť tento proces. Môže prinášať mnohé výhody, ako je zlepšenie mobility, rovnováhy a pôsobí ako prevencia voči pádu a úrazu. Odporové cvičenia pomáhajú udržiavať alebo zvyšovať svalovú hmotu. To je kľúčové pre vykonávanie každodenných činností, ako je vstávanie zo stoličky, chodenie alebo zdvíhanie predmetov. Silné svaly sú zásadné pre stabilitu a rovnováhu, čo môže znížiť riziko pádov. Pád je častým problémom u starších ľudí a môže mať vážne následky. Cvičenia zamerané na dolné končatiny, ako je drep, výpady alebo výpony na špičkách, zlepšujú stabilitu a podporujú bezpečnú chôdzu. Odporové cvičenia pomáhajú zvyšovať hustotu kostí, čo je obzvlášť dôležité pri prevencii osteoporózy. Silný kostný systém je dôležitý pre prevenciu zlomenín a zlepšenie zdravia kostí. Na začiatku je dôležité začať pomaly a postupne zvyšovať intenzitu cvičení. Pred začatím akéhokoľvek cvičebného programu sa odporúča tento krok konzultovať

s lekárom, najmä ak má senior nejaké zdravotné problémy. Pre začiatočníkov je najlepšie začať s ľahkými činkami alebo odporovými pásmi, ktoré umožňujú bezpečne zvyšovať záťaž a silu. Cvičiť je možné aj s vlastnou váhou. Cvičenie by malo zahŕňať cviky na hornú aj dolnú časť tela. Dôležité je pracovať na všetkých svalových skupinách – nohy, chrbát, hrudník, ramená a ruky (Motalebi, 2018).

Balančné cvičenia

Cvičenia zamerané na stabilitu a rovnováhu sú spísané v takzvanom Otago cvičebnom programe (Obrázok 2). Je to vedecky podložený tréningový program, ktorý sa zameriava na zlepšenie rovnováhy, silových schopností a celkovú fyzickú kondíciu seniorov. Bol vyvinutý na Novom Zélande a jeho primárnym cieľom je znížiť riziko pádov. Program pozostáva z cvičení zameraných na posilnenie dolných končatín, zlepšenie stability a zníženie rizika zranení spôsobených pádmi. Cieľom programu je posilniť svaly, zlepšiť rovnováhu a získať kontrolu nad pohybom, čím sa znižuje riziko pádov a zranení. Program bol navrhnutý tak, aby bol bezpečný a účinný, pričom zohľadňuje špecifické potreby starších ľudí, ktorí môžu mať obmedzenú pohyblivosť alebo zníženú silu. Cvičenia sú prispôbené individuálnym potrebám a schopnostiam účastníkov (Campbell, 2003).



Obr. 3 Príklady cvikov Otago cvičeného programu (Zdroj: Campbell AJ., Robertson Mc., 2003. Otago Exercise Programme to prevent falls in order adults - A homebased, individually tailored strength and balance retraining programme. Wellington: ACC Thinksafe.)

Balančný disk je pomôcka, ktorá je naplnená vzduchom a vyzerá ako malá vankúšová plocha. Cvičenie na balančnom disku zlepšuje stabilitu a rovnováhu tým, že zvyšuje náročnosť bežných cvikov. Môžete ho použiť na posilňovanie svalov dolných končatín, zlepšenie držania tela alebo ako pomôcku pri stabilizačnom tréningu. Cvičenie na tomto disku stimuluje stabilizačné svaly, ktoré sú často zanedbávané pri bežných tréningoch. **Bosu lopta** je polkruhová lopta umiestnená na pevnej platforme, ktorá umožňuje cvičenie na oboch stranách, buď na jej ploche alebo na vypuklej strane. Tento nástroj je výborný pre zlepšenie rovnováhy, koordinácie a sily. Pri cvičeniach na Bosu lopte sa aktivujú stabilizačné svaly, ktoré pomáhajú zlepšiť držanie tela a pohybovú kontrolu. Cvičenie na **fitlopte** je efektívne na

posilnenie jadra tela (brucha, chrbta a bokov), ale aj na zlepšenie flexibility. Na fitlopte je sedenie svalovo aktívnejšie, pretože si musíte neustále udržiavať rovnováhu. Tento typ aktívneho sedenia môže znížiť riziko negatívnych účinkov, ktoré spôsobuje dlhodobé nehybné sedenie na pevnej stoličke.

Cyklistika

Bicyklovanie je šetrné k kĺbom, pretože na rozdiel iných aktivít nezahŕňa nárazy na kĺby, najmä na kolená a bedrá. Je to šetrná aktivita, ktorá sa dá prispôbiť rôznym úrovňam kondície a je vhodná pre každého, kto sa chce udržať v kondícii, zlepšiť svoju pohyblivosť a vychutnávať si čas strávený na čerstvom vzduchu. Je vynikajúcim cvičením na zlepšenie zdravia srdca a pľúc. Pravidelná jazda na bicykli zvyšuje kapacitu pľúc, zlepšuje obeh krvi a pomáha regulovať krvný tlak. U seniorov, ktorí sú náchylní na srdcové ochorenia, môže cyklistika pomôcť predchádzať kardiovaskulárnym problémom. Posilňuje hlavne dolné končatiny, stehná, lýtka a sedacie svaly. Vzhľadom na to, že je to aktivita s nízkym dopadom na kĺby, je ideálna pre seniorov s problémami so zápalmi kĺbov alebo osteoporózou. Cyklistika tiež pomáha udržiavať kostnú hustotu, čo je dôležité na jej prevenciu. Rozvíja tiež motoriku a reakčné schopnosti, čo prispieva k celkovej stabilite. Tým, že je to aeróbná aktivita, podporuje spaľovanie tukov a pomáha seniorom udržať si zdravú hmotnosť, čo znižuje riziko obezity a s ňou spojených ochorení (Patináková, 2024)

Ako začať s cyklistikou ako senior:

1. Vyberte si správny bicykel: Pre seniorov je dôležité vybrať si bicykel, ktorý je pohodlný a stabilný. Na začiatok môžete kľudne skúšať stacionárny bicykel v domácom prostredí. Dobrým riešením je mestský bicykel alebo hybrid, ktorý má nízke sedadlo a je ľahko ovládateľný. Elektrobicykle môžu byť tiež výbornou voľbou, pretože poskytujú dodatočnú podporu pri šliapaní, čo môže byť užitočné pre tých, ktorí majú obmedzenú silu.
2. Začnite pomaly a postupne zvyšujte intenzitu: Ak nie ste zvyknutí na pravidelnú fyzickú aktivitu, začnite s krátkymi jazdami na rovine a postupne zvyšujte dobu a náročnosť.
3. Dbajte na bezpečnosť: Bezpečnosť pri cyklistike je veľmi dôležitá. Uistite sa, že máte na hlave prilbu a zapnuté bezpečnostné svetlá. Jazdite na málo frekventovaných a dobre udržiavaných cestách alebo cyklotrasách. Je dobré mať reflexné prvky na oblečení, najmä ak jazdíte v šere alebo tme. Ak máte zdravotné problémy, poraďte sa s lekárom pred začatím pravidelných cyklistických jazd.
4. Udržujte bicykel v dobrom stave: Pred každou jazdou si skontrolujte bicykel, aby ste sa uistili, že je bezpečný a v dobrom technickom stave.
5. Urobte si to zábavné: Cyklistika môže byť nielen cvičením, ale aj zábavou. S priateľmi alebo rodinou môžete objavovať nové miesta alebo sa vydať na cyklistické výlety, ktoré vám prinesú nielen fyzické výhody, ale aj duševnú pohodu (Patináková, 2024).

Ostatné športy

Plávanie a vodná gymnastika sú šetrné ku kĺbom a voda poskytuje odpor, ktorý posilňuje svaly bez rizika zranení. Vodná gymnastika je obzvlášť vhodná pre ľudí s problémami s pohyblivosťou alebo obezitou. Navštevujte miestne plavárne a bazény. Vo vode skúšajte

jednoduché pohyby končatinami. Pre seniorov, ktorí sa rozhodnú začať s plávaním alebo vodnou gymnastikou, platí vo všeobecnosti to, čo aj pri ostatných športoch. Začnite s nízkou intenzitou a postupne zvyšujte náročnosť. Vhodné je cvičenie pod dohľadom odborníka, najmä ak máte nejaké zdravotné obmedzenia (Kieffer, 2012).

Jóga a Pilates sú výborné formy cvičenia, ktoré môžu seniorom pomôcť zlepšiť flexibilitu, rovnováhu a celkovú silu. Jóga pomáha zvyšovať rozsah pohybu v kĺboch a pružnosť svalov. Pravidelné cvičenie pomáha zmierniť stuhnutie a bolesti spojené s artritídou, atrózou alebo inými degeneratívnymi ochoreniami. Jóga je známa svojimi dychovými cvičeniami, ktoré pomáhajú posilniť pľúca a zlepšiť kapacitu dýchania. Pilates je cvičebný systém zameraný na posilňovanie svalov, najmä jadra (brúcho, chrbát a boky), pričom kladie dôraz na kontrolu pohybu, stabilitu a flexibilitu. Cvičenie sa dá vykonávať v sede, na podložke, alebo s použitím pomôcok, ako sú bloky či pásy, čo umožňuje každému cvičiť podľa svojich možností (Patináková, 2024).

Práca v záhrade a okolo domu môže mať pre seniorov mnoho pozitívnych účinkov, ktoré prispievajú k ich fyzickému, mentálnemu a emocionálnemu zdraviu. Záhradníctvo vyžaduje plánovanie, organizáciu a rozhodovanie. Seniori, ktorí sa venujú záhradníctvu, môžu podporiť svoju mentálnu aktivitu a udržiavať si kognitívne schopnosti. Môže to byť aj príležitosť pre spoluprácu a zdieľanie skúseností. Riešenie problémov v záhrade, ako napríklad rozhodovanie, ktoré rastliny vysadiť alebo ako sa starať o záhradu, pozitívne stimuluje mozog. Kladne ovplyvňuje náladu, poskytuje pocit uspokojenia a znižuje pocity osamelosti. Záhrada sa môže stať miestom, kde seniori môžu relaxovať a vychutnávať si prírodu. Záhradníctvo je mierne fyzicky náročná aktivita, ktorá pomáha udržiavať mobilitu a flexibilitu. Kopat', strihať rastliny, zalievať a presádzať sú činnosti, ktoré môžu prispieť k posilneniu svalov a kardiovaskulárnej kondícii. Záhrada poskytuje rôzne zmyslové podnety, od vôní kvetov, zvukov prírody až po textúry rastlín a pôdy. Ak seniori pestujú svoje vlastné ovocie a zeleninu, môžu si zabezpečiť čerstvé a výživné potraviny, ktoré podporujú ich zdravie. Tak isto umožňuje tráviť čas na slnku, čo vedie k načerpaniu D vitamínu. Existuje mnoho vedeckých prác, ktoré dokazujú, že záhradníctvo je dôležité nielen kvôli zdravotným benefitom v oblastiach sociálnych fyzických ale aj z hľadiska spolupráce zdravotníckych pracovníkov a terapeutických špecialistov na vytvorenie terapeutickej aliancie s pacientmi (Austin, 2006).

Tanec je skvelý spôsob, ako zlepšiť kardiovaskulárne zdravie, flexibilitu, rovnováhu a koordináciu. Vyžaduje si koordináciu pohybov a udržiavanie rovnováhy, čo pomáha seniorom udržiavať a zlepšovať tieto zručnosti. Zlepšenie rovnováhy môže znížiť riziko pádov. Je tiež známy svojím pozitívnym vplyvom na psychiku. Pomáha znižovať úzkosť, depresiu a stres. Pohyb a hudba môžu zvýšiť hladiny endorfinov, čo sú "hormóny šťastia", ktoré zlepšujú náladu a celkový pocit pohody. Okrem toho tanec môže pomôcť zmierniť pocity osamelosti a izolácie. Seniori, ktorí tancujú, môžu zlepšiť svoju schopnosť pamätať si kroky, rytmus a tanečné vzory, čo zlepšuje ich mentálnu bystrosť. Tanec umožňuje seniorom vyjadriť svoje emócie a kreativitu. Existuje možnosť precvičovať si jednoduché tanečné línie, ktoré nevyžadujú partnera, ale tancuje sa v skupine. Tieto tance umožňujú účastníkom sústrediť sa na individuálny pohyb a koordináciu v rámci skupiny, čo vytvára príjemnú a podporujúcu atmosféru. Tanečné línie môžu byť rôzne, od pomalších, po dynamickejšie a sú vhodné pre

tých, ktorí sa nechcú zamerať na spoluprácu s partnerom, ale skôr na zábavu a pohyb v kolektíve. Pre začiatočníkov sú ideálne spoločenské tance v pomalšom tempe, ako valčík, foxtrot alebo tango. Tieto tance sú pomalšie a menej zložité, čo umožňuje začiatočníkom získať istotu v základných krokoch, rytme a koordinácii. Zároveň poskytujú dostatok času na to, aby si účastníci osvojili techniku a cítili sa pohodlne pri tanci. Na druhej strane, tance ako salsa, rumba alebo zumba sú dynamickejšie a rytmickejšie, čo ich robí vhodnými pre tých, ktorí už majú skúsenosti s tancom a chcú sa pohnúť na vyššiu úroveň. Tieto tance sú rýchlejšie a vyžadujú viac energie, koordinácie a schopnosti držať krok s rýchlym rytmom, čo je výzvou pre pokročilejších tanečníkov, ktorí sa nebránia intenzívnejšiemu pohybu a zábave. Na nemeckej univerzite porovnávali a testovali 14 účastníkov tanečnej skupiny s 12 účastníkmi fitness skupiny. Priemerný vek seniorov bol medzi 67-68 rokov. Výsledky preukázali, že práve tanečníci vykazovali zvýšené bilančné skóre. To znamená, že v oblasti testovania rovnováhy boli ich výsledky lepšie. Aj preto môžeme povedať, že práca tanec je sľubným kandidátom na boj proti poklesu fyzických a duševných schopností súvisiacich s vekom (Rehfeld, 2017).

Turistika je prirodzená a prispôsobiteľná aktivita, ktorá môže byť upravená podľa individuálnych schopností a zdravotného stavu. Turistika, alebo jednoducho chôdza v prírode, je skvelým spôsobom, ako seniori môžu zostať fyzicky aktívni, bez toho, aby sa vystavovali nadmernému zaťaženiu. Môže to byť nenáročná prechádzka po miestnych parkoch, ako aj náročnejší výlet do kopcov alebo po lesných chodníkoch. Chôdza v prírode, či už ide o prechádzky po miestnych parkoch, lesoch, horách alebo popri riekach, je nielen prospešná pre zdravie, ale aj pre duševnú pohodu. Príroda ponúka upokojujúce prostredie, ktoré znižuje psychický stres a podporuje relaxáciu. Tieto výhody sú obzvlášť dôležité pre seniorov, ktorí môžu čeliť zvýšenému stresu alebo úzkosti v dôsledku starnutia a so zdravotnými problémami spojenými s vekom. Ide aj o nové vnímanie svojich problémov a vypradávanie sa s nimi. Pre seniorov, ktorí sa rozhodnú začať s turistikou, je dôležité vybrať si vhodné trasy a prispôbiť intenzitu aktivít vlastným schopnostiam. Zčať sa dá s ľahšími, rovinnými trasami a postupne sa presúvať na náročnejšie túry. Dôležité je tiež:

- zvoliť známe alebo bezpečné turistické chodníky,
- nosiť pri sebe mobilný telefón,
- robiť si pravidelné prestávky,
- nosiť pohodlnú obuv a vhodné oblečenie,
- nezabudnúť na dostatok vody a výživné či ľahko prenosné potraviny,
- ochranu pred slnkom (Weiss, 2010).

Ciele a motivácia

Ak chcete zlepšiť svoju fyzickú kondíciu a zdravie, je dôležité stanoviť si konkrétne a dosiahnuteľné ciele. Pre seniorov, ktorí sa rozhodnú začať alebo pokračovať v cvičení, je kľúčové mať jasný plán a vedomé úsilie smerujúce k zlepšeniu. Začnite tým, že si stanovíte konkrétny cieľ, ktorý je reálny a merateľný. Napríklad: „*Budem cvičiť 3x týždenne po dobu 45 minút.*“ Tento cieľ je jasný a dosiahnuteľný. Určte si, kedy počas týždňa budete cvičiť, a vytvorte si pravidelný rozvrh, ktorý bude vyhovovať vašim schopnostiam a životnému štýlu. Je dôležité pochopiť, čo chcete dosiahnuť a aký je váš skutočný zámer. Či už je vašim cieľom

zníženie hmotnosti, zlepšenie stability pri chôdzi, posilnenie svalov, zvýšenie vytrvalosti alebo zlepšenie koordinácie. Každý z týchto cieľov má svoj prínos pre vaše celkové zdravie. Keď si uvedomíte, čo je pre vás najdôležitejšie, môžete sa lepšie motivovať a sústrediť sa na svoj progres. Postupujte pomaly a dávajte si dostatok času na prispôsobenie sa novému režimu. Začnite s ľahšími cvičeniami a postupne zvyšujte intenzitu a trvanie tréningov. Systematický prístup vám pomôže vybudovať si návyk a znížiť riziko zranenia. Pamätajte, že každé zlepšenie, aj to najmenšie, je krokom k dosiahnutiu vašich cieľov. Jedným z najúčinnějších spôsobov, ako si udržať motiváciu, je zapisovať si svoje aktivity. Aby bol pohyb prospešný odporúčajú sa dodržať tieto štyri pravidlá (Sanofi-aventis Pharma Slovakia, 2008):

1. Pravidelnosť
2. Jednoduchosť
3. Potešenie
4. Postupnosť

Vytvorte si kalendár cvičení, do ktorého si zapíšete každý tréning. Tento kalendár (Obr. 4) vám umožní vidieť váš pokrok a pomôže vám zostať disciplinovaní. Okrem toho, zaznamenávanie svojich aktivít vám poskytuje jasný prehľad o tom, ako sa zlepšujete, čo vás motivuje pokračovať v úsilí (Sanofi-aventis Pharma Slovakia, 2008).

Pondelok	Utorok	Streda	Štvrtok	Piatok	Sobota	Nedeľa
Dátum:	Dátum:	Dátum:	Dátum:	Dátum:	Dátum:	Dátum:
<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:	<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:	<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:	<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:	<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:	<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:	<input type="checkbox"/> Prechádzka minúty:
<input type="checkbox"/> Cvičenie:	<input type="checkbox"/> Cvičenie:	<input type="checkbox"/> Cvičenie:	<input type="checkbox"/> Cvičenie:	<input type="checkbox"/> Cvičenie:	<input type="checkbox"/> Cvičenie:	<input type="checkbox"/> Cvičenie:
<input type="checkbox"/> Iná činnosť:	<input type="checkbox"/> Iná činnosť:	<input type="checkbox"/> Iná činnosť:	<input type="checkbox"/> Iná činnosť:	<input type="checkbox"/> Iná činnosť:	<input type="checkbox"/> Iná činnosť:	<input type="checkbox"/> Iná činnosť:

Obr. 4 Kalendár cvičení (*vlastný zdroj*)

Ak trávite dlhý čas pred televízorom, využite prestávky počas reklám na to, aby ste sa postavili a trochu sa poprechádzali. Môžete sa tiež venovať jednoduchým činnostiam ako upratovanie alebo natiahnutie tela. Pri presúvaní sa z domu si dajte viac času a namiesto auta, autobusu či taxíka sa rozhodnite ísť pešo, alebo vystúpte o jednu zastávku skôr a zvyšok cesty prejdite pešo. Využite každú príležitosť na chôdzu alebo bicyklovanie. Vždy, keď máte možnosť, uprednostnite schody pred výťahom. Pokúste sa vyjsť aspoň jedno poschodie pešo (Sanofi-aventis Pharma Slovakia, 2008).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ARGALÁŠOVÁ, Ľ. 2023. Zdravie a prevencia chorôb. In *Acta Andragogica*. roč. 8. ISBN 978-80-8127-330-8.

AUSTIN, E. N., JOHNSTON, Y. A., MORGAN, L. L. 2006. Community gardening in a senior center: A therapeutic intervention to improve the health of older adults. In *Therapeutic Recreation Journal*, Volume 40, Issue 1, pp. 48.

BAUMEISTER, S., MEISINGER C., LEITZMANN M., et al. 2021. Physical activity and Parkinson's disease: a two sample Mendelian randomisation study. In *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* Volume 92, pp. 334–335.

BLUMBERG, J. 1997. Nutritional needs of seniors. In *Journal of the American College of Nutrition*, Volume 16, Issue 6, pp. 517–523. doi: 10.1080/07315724.1997.10718714.

- BOLLARDOVÁ, D., HRONCOVÁ, E., 2001. *POHYBOVÁ AKTIVITA: Manuál pre poradenskú činnosť v optimalizácii pohybovej aktivity v rámci poradenských centier ochrany a podpory zdravia*, vydal ŠZÚ SR, Bratislava.
- BOURGEOIS, M.S., HICKEY, E. 2011. *Dementia: From Diagnosis to Management - A Functional Approach*. Taylor & Francis. pp. 432, ISBN 978- 1136-8742-46.
- CAMPBELL, A.J., ROBERTSON, MC. 2003. Otago Exercise Programme to prevent falls in order adults - A homebased, individually tailored strenght and balance retraining programme. Wellington: ACC Thinksafe.
- COLBERG, S. R., SIGAL, R. J., YARDLEY, J.E. et al. 2016. *Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association*. In *Diabetes Volume 39*, Issue 11, pp. 2065–2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>.
- CORMIE, P. et al. 2017. *The Impact of Exercise on Cancer Mortality, Recurrence, and Treatment-Related Adverse Effects*, In: *Epidemiologic Reviews*, Volume 39, Issue 1, pp. 71–92, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx007>.
- CUBOVÁ, M. 2012. *Vzdelávanie seniorov v problematike zdravého starnutia*. In *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta: zborník zo 4. Slovenského chirurgického dňa, Ľubovnianske kúpele v Starej Ľubovni, 28.-29.04.2011* [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2024 [cit. 2024-12-03], s. 156. ISBN 978-80-555-0512-1. Dostupný na internete <http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/index.html>.
- FÁBRYOVÁ, L., 2019. Obezita, diabetes mellitus (diabezita) a kardiovaskulárne ochorenia: nebezpečná metabolická triáda. In *Forum Diab* 8(3), s. 178-183.
- HELLEBRANDT, P. a kol. 2023. *Manuál pre špecializovanú poradňu zdravej výživy*, vydal Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, ISBN 978-80-7159-248-8
- KENNEALLY, S., SIER, J.H., MOORE, J.B. 2017. *Efficacy of dietary and physical activity intervention in non alcoholic fatty liver disease: a systematic review*. In *Gastroenterology Volume 4*, doi: 10.1136/bmjgast-2017-000139.
- KIEFFER, H.S., LEHMAN, M.A., VEACOCK, D.M., KORKUCH, L. 2012. *The Effects of a Short Term Novel Aquatic Exercise Program on Functional Strength and Performance of Older Adults*. In: *International Journal of Exercise Science*, Volume 5, Issue 4, pp. 321–333.
- KOPŘIVOVÁ, J., GMELA R., JADVIDŽÁK I., 2002. *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů II*. Brno: Propag, 2002, s. 23.
- KRAK, J. a kol. 2018. *Manuál pre prácu v nadstavbovej poradni optimalizácie pohybovej aktivity*. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, III. Vydanie, ISBN 978-80-7159-241-9.
- LUKNÁR, M., LÍŠKA, B. 2005. *Prevenia ischemickej choroby srdca*. In *Via pract.* Roč. 2 (4), s. 178 –182.
- MCPHEE, J.S., FRENCH, D.P., JACKSON, D. et al. 2016. *Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty*. In *Biogerontology*. Volume 17, Issue 3, pp. 567–580. doi: 10.1007/s10522-016-9641-0.
- MOTALEBI, S. A. et al. 2018. *Effect of low-cost resistance training on lower-limb strength and balance in institutionalized seniors*. In *Experimental Aging Research*, Volume 44, Issue 1, pp. 48–61. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2017.1398810>.

- MUIR, J.M., YE, C., BHANDARI, M. et al. 2013. The effect of regular physical activity on bone mineral density in post-menopausal women aged 75 and over: a retrospective analysis from the Canadian multicentre osteoporosis study. In *Musculoskelet Disord*, Volume 14, pp. 253. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-253>.
- PREVENTÍVNY POSTUP MZ SR, 2022. *Odporúčania pre stravovanie a výživu u dospelých*. Vydal: Ministerstvo zdravotníctva SR.
- REHFELD, K., et al. 2017. Dancing or fitness sport? The effects of two training programs on hippocampal plasticity and balance abilities in healthy seniors. In *Frontiers in human neuroscience*, Volume 11, pp. 1-12. <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00373>.
- ROSSITER-FORNOFF, J., WALF, S., WOLFSON, L. 1995. A cross-sectional validation study of the FICSIT common data base static balance measures. In *Gerontol A Biol Sci Med Sci* Volume 50A, Issue 6, pp. 291– 297.
- SKOUMAS, J., PITSAVOS, C., PANAGIOTAKOS, D.B. et al. *Physical activity, high density lipoprotein cholesterol and other lipids levels, in men and women from the ATTICA study*. In: *Lipids Health Dis*, Volume 2, Issue 3. <https://doi.org/10.1186/1476-511X-2-3>.
- STIJNTJES, M. et al. 2014. *Low Cognitive Status Is Associated with a Lower Ability to Maintain Standing Balance in Elderly Outpatients*. In *Gerontology*, Volume 61, DOI: 10.1159/000364916.
- ŠKOPEK, M. 2010. *Nordic walking*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3242-8.
- ŠOLTISOVÁ SEMEŠIOVÁ, M., 2007. K andragogickým aspektom rozvoja telesnej kultúry seniorov. In *Úloha andragogiky v spoločnosti založenej na vedomostiach : zborník príspevkov zo slovensko-českej vedeckej konferencie* [online] . Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2007 [cit. 2024-11-20], s. 223. ISBN 978-80-8068-634-5. Dostupný na internete http://www.pulib.sk/elpub/FF/Pirohova1/pdf_doc/soltisova_semesiova.pdf.
- ŠULCOVÁ, M., EGNEROVÁ, E. 2012. *Zdravie – determinanty, indikátory zdravia, nerovnosti v zdraví*. In *Verejné zdravotníctvo*, s. 35-55. Bratislava: Veda.
- UKROPCOVÁ, B., UKROPEC, J., 2016. *Pohybová aktivita v manažmente obezity*. Ústav experimentálnej endokrinológie, Bratislava: Biomedicíncke centrum SAV.
- WÄRNBERG, J., CUNNINGHAM, K., ROMEO, J., MARCOS, A. 2010. *Physical activity, exercise and low-grade systemic inflammation*. In *Proceedings of the Nutrition Society*. Volume 69, Issue 3, pp. 400 – 406. doi:10.1017/S0029665110001928.
- WEISS, B. D., TOMASA, L. 2010. *Hiking on the geriatrics rotation*. In *Famili Medicine*, Volume 42, Issue 7, pp. 473 – 475
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Internet on <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> [cit. 2024-11-20].
- WU, C., et al. 2021. *The effect of intensity, frequency, duration and volume of physical activity in children and adolescents on skeletal muscle fitness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Volume 18, Issue 18, p. 9640. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189640>.
- ZAMPOGNA, B. et al. 2020. *The Role of Physical Activity as Conservative Treatment for Hip and Knee Osteoarthritis in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis*. In *Journal of Clinical Medicine*, Volume 9, p. 1167.

7 PODPORA A ROZVOJ PSYCHICKÉHO ZDRAVIA SENIOROV

PhDr. Ingrid Ferencíková, PhD.

Demografické starnutie je historicky nezvratný fenomén, ktorý vedie k zásadnej premene vekových štruktúr populácie vo vyspelých krajinách. Nejde len o vzrastajúci počet seniorov, ale predovšetkým o ich životné podmienky. V súčasnosti u seniorov narastá význam subjektívneho hodnotenia zdravia, kvalita života sa považuje za významnejší a vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita, či mortalita. Seniori sú nútení vyrovnávať sa s množstvom zmien, zhoršovaním zdravotného stavu, často bez vyhliadky jeho zlepšenia. Aj napriek tomu je možné, aby si seniori udržali kvalitu života do vysokého veku. V každej spoločnosti majú mať seniori svoje miesto, podstatnú rolu – rolu rodiča či starého rodiča, by mal senior zastávať vo svojej rodine, ktorá by mu mala vytvoriť zázemie a istotu, poskytnúť záruku pomoci, dostatočnú oporu po stránke psychickej, fyzickej i hmotnej. Senior by mal zažívať v rodine pocit užitočnosti, potrebnosti, v rámci svojich možností a schopností sa chce zapájať do chodu domácnosti, pomáhať v starostlivosti o domácnosť či vnúčatá. Takáto starostlivosť je akosi prirodzenou aktivitou prispievajúcou k zlepšovaniu jeho psychických i fyzických schopností, preto priáním seniora je prežívanie poslednej fázy života v kruhu svojej rodiny, samozrejme v rodiny dobre fungujúcej, kde senior cíti, že tam má svoje miesto. V našej spoločnosti sú seniori neprehradiateľnou skupinou a nakoľko sa zvyšuje veková hranica života je potrebné venovať pozornosť otázkam psychického zdravia, aktivizácie a vzdelávania seniorov.

Starnutie a staroba je prirodzený proces, ktorému podliehajú všetky živé tvory, teda aj človek. Zmeny na začiatku sú nenápadné, postupne sa v pokročilom veku zrýchľujú. V dôsledku zmien sa obdobie starnutia a staroby mení z hľadiska adaptácie. Je to dôsledok neustáleho pôsobenia medzi jednotlivcom a prostredím. Duševný život je stav neustáleho kolísania rovnováhy medzi človekom a okolím. Vytvoriť rovnováhu v živote človeka v období sénia je o čosi ťažšie.

Odchod človeka do dôchodku predstavuje určitú stratu životnej role a životného naplnenia – byť zamestnaný. To, čo bolo pre človeka dôležité po celý život, pre jeho rodinu a pre spoločnosť sa zrazu vytráca. V prípade starších ľudí a seniorov nie je podstatná len materiálna, sociálno-právna a zdravotnícka starostlivosť, ale pre dôstojné prežitie staroby je dôležité oceniť všetky stránky jednotlivca v celej integrálnej podstate. Kvalita života starších ľudí a seniorov nezávisí len od toho, či si majú čo obliecť, či majú čo zjesť, alebo majú kde skloniť hlavu, ale aj od toho, akým spôsobom naplnia svoje ďalšie roky života.

V súčasnej dobe vzdelávanie nie je obmedzené iba pre mladých ľudí. Považujeme ho za celoživotný proces. Preto je dôležité vytvoriť podmienky pre vzdelávanie všetkých vekových kategórií, teda aj v období sénia, lebo človek sa učí, môže učiť a má sa učiť aj v staršom veku. Pre seniorov je potrebné zabezpečiť vzdelávacie aktivity, ktoré budú podporovať rozvoj ich kľúčových kompetencií kľúčových kompetencií a pozitívne medziľudské vzťahy.

7.1 Kvalita života

V roku 1920 použil ako prvý pojem kvality života anglický ekonóm A. C. Pigou v práci, zaoberajúcej sa ekonómiou a sociálnym zabezpečením. V 70. rokoch prišli na trh knihy zaoberajúce sa definovaním pojmu kvality života (quality of life-QOL), postupne začali

vychádzať aj odborné články a špecializované časopisy ako napríklad „Skúmanie sociálnych indikátorov“ (Social Indicator Research) vychádzajúci od roku 1974 v USA a Holandsku. Snahou odborníkov na túto problematiku bolo zjednotiť indikátory pre meranie QOL, ich dôležitosť a vhodný merací nástroj. V súčasnosti sa experti zhodujú v názore, že vymedzenie pojmu ako aj voľba meracieho nástroja QOL závisia od účelu merania (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Pojem kvalita pochádza z latinského **qualis**, čo znamená akosť. Vyjadrujeme tak typický rys toho, o čom hovoríme, čím sa daný predmet odlišuje od iného. V súvislosti so životom ide o to, ako sa vyznačuje život toho ktorého jedinca v porovnaní so životom iných ľudí (Draganová et al., 2006).

Kvalita života je komplexný fenomén, ktorý podmieňuje rad faktorov a podmienok:

- objektívne faktory: fyzický stav, emocionálny stav, kognitívne funkcie, funkčná kapacita, sociálna, sexuálna funkcia,
- subjektívne faktory: spokojnosť so životom, viera, duchovný život a osobné vzťahy,
- vonkajšie faktory: bývanie, prostredie, sociálna sieť a podpora, spokojnosť s vládou a verejnými inštitúciami, kriminalita (Andrejcová, Balková, Jenčková, 2004).

Psychológovia Hartl a Hartlová (2000) chápu kvalitu života ako mieru sebarealizácie a duševnej harmónie, teda mieru životnej spokojnosti či nespokojnosti, vyjadrenie životného šťastia, k jej najvšeobecnejším znakom patrí sebestačnosť pri obsluhu vlastnej osoby a pohyblivosti. Subjektívnu pohodu možno považovať za aspekt duševného zdravia. Vyznačuje sa určitou štruktúrou, ktorá je najčastejšie definovaná v súlade s Dienerovým modelom subjektívnej pohody. Podľa neho štruktúra subjektívnej pohody pozostáva z emocionálnej a kognitívnej zložky. Emocionálna zložka je tvorená pozitívnymi a negatívnymi emóciami, kognitívna zložka predstavuje spokojnosť so životom. Podľa Veľkého sociologického slovníka (1996) je kvalita života pojem, ktorý označuje kvalitatívne parametre ľudského života, životného štýlu a životných podmienok spoločnosti.

Indikátory kvality života

Kvalita života je odrazom subjektívneho prežívania staroby, do značnej miery je ovplyvňovaná kultúrou spoločnosti, v ktorej sa senior nachádza a závisí od viacerých faktorov, ktoré uvádza aj dokument WHOQOL-100:

- fyzické zdravie,
- psychické funkcie v poznávaní,
- stupeň nezávislosti,
- emocionálne prežívanie a spiritualita,
- sociálne vzťahy, zvládanie adaptácie,
- sexuálne vzťahy.

Kvalitu života môžeme považovať za subjektívnu, individuálnu hodnotu, ktorá je ovplyvňovaná vonkajšími podmienkami v ktorých sa človek nachádza. Dôležitými ukazovateľmi kvality života sú **duševná harmónia, subjektívna pohoda, pocit životného šťastia, sebarealizácia**. Subjektívna pohoda je vyjadrením emocionálnej zložky (vyjadruje frekvenciu pozitívnych a negatívnych emócií) a kognitívnej zložky (prezentuje spokojnosť so životom) (Balogová, 2009).

Sebestačnosť pri vlastnej obsluhu, mobilita patria k všeobecným znakom životného šťastia (Hartl et al., 2004). V súvislosti s kvalitou života súvisí **zdravie** ako najdôležitejšia hodnota človeka, životný štýl človeka, jeho spôsob života, životná úroveň, spokojnosť. Za protiklad

zdravia môžeme považovať chorobu, teda kvalitu života výrazne ovplyvňujú ochorenia, ktorými človek trpí. Práve choroby sa najviac podieľajú na spokojnosti alebo nespokojnosti so životom (Draganová a kol., 2006).

Životný štýl človeka sa vyvíja v priebehu celého života. Zahŕňa voľno-časové aktivity, trávenie dovolenky, pracovné aktivity, vzťahy medzi členmi rodiny. Kvalita života je individuálna, závisí na od systému hodnôt človeka (Sak, Kolesárová, 2012). K stabilite kvality života seniora prispieva sociálna opora ako pomoc pri zvládaní nových situácií, rozvíjanie sociálnych kompetencií, schopnosť stýkať sa s ľuďmi. Sociálne vzťahy sú ovplyvnené zdravotným stavom, obmedzeniami, ktoré vyvoláva, vzťahmi v rodine, prípadne potrebou zabezpečenia inštitucionálnej starostlivosti o seniora.

Pre kvalitu života seniora je podstatný aj kapitál nadobudnutý počas života, ktorý delíme na:

- ekonomický kapitál – majetok a príjem,
- sociálny kapitál – vytvorené a udržané vzťahy,
- symbolický kapitál – spoločenská prestíž, kultúrny kapitál, ktorý má tieto formy:
habitus – dispozície v sociálnom procese,
vlastné kultúrne statky – zbierky kníh, obrazov,
vzdelanie - dosiahnutie vzdelanie.

Svetová zdravotnícka organizácia stanovila nasledovné indikátory kvality života :

- **fyzické zdravie** – ovplyvňuje energiu, únavu, bolesti, diskomfort, spánok a rozvoj,
- **psychologické zdravie** – pozitívne a negatívne city, sebahodnotenie, myslenie, učenie, pozornosť, image ,
- **úroveň nezávislosti** – pohyb, aktivizáciu, pracovné možnosti, závislosť na liekoch,
- **sociálne vzťahy** – vzťahy s inými ľuďmi, sociálna opora, sexuálna aktivita.
- **prostredie** – domov, možnosť prístupu k financiám, informáciám, zdravé prostredie, sociálna starostlivosť, sloboda, bezpečie, možnosti na rekreovanie, cestovanie,
- spiritualita – viera, presvedčenie, hodnoty (Hrozenková a kol., 2008).

V každom prípade, ak sa hovorí o kvalite života, nemôžeme opomenúť najmä hodnotu života, právo na život, ktoré sa považuje za základ ľudských práv (Hrozenková a kol., 2008). Huba (2010) v súvislosti s indikátormi kvality života konštatuje, že stanovenie celospoločenského dobra ako hodnoty v priestorovej dimenzii kvality života nám umožní objaviť indikátory kvality, vyjadrujúce jeho napĺňanie, ktorými sú:

- **dlhé žitie** (dĺžka života, spôsob života, fyzický a psychický zdravotný stav),
- **život v manželstve** (zníženie rozvodov),
- **život v zachovalom životnom prostredí** (čistota prostredia).

S otázkou kvality života sa spája aj zmysel života, tajomstvo bytia človeka a jeho hodnotového systému, ktorý zodpovedá jeho životným podmienkam. Pochopenie zmyslu života, jeho obsahu, prijatie vlastného miesta, životného priestoru je konkrétnym vyjadrením kvality života.

7.2 Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030

Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030 sa zaoberá všetkými oblasťami života ľudí v procese ich starnutia a jeho víziou je podporiť budovanie udržateľnej spoločnosti, teda takej, kde súčasné i budúce generácie majú šance na kvalitné podmienky

života. **Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030**, ako národný nástroj pre politiky aktívneho starnutia, to chce dosiahnuť podporou a zhodnocovaním potenciálu ľudí všetkých vekových kategórií. Globálnym cieľom dokumentu je vytvoriť k tomu čo najlepšie hodnotové, zdrojové a inštitucionálne podmienky. Úmyslom **Národného programu aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030** je venovať sa otázkam aktívneho starnutia ako trvalej priority, ktorá presahuje politické cykly a volebné obdobia. Dokument bol vypracovaný participatívnym spôsobom, čiže do jeho prípravy boli zapájaní zástupcovia rôznych sektorov spoločnosti - zo štátnej správy, územnej samosprávy, občianskeho sektora a nezávislých odborníkov. Cieľom bolo z dokumentu vytvoriť udržateľný a uskutočniteľný materiál, ktorý predstavuje celospoločenský záväzok zodpovedných subjektov prijatý a akceptovaný širokým spektrom spoločenských a politických aktérov a zastrešený vládou Slovenskej republiky. Cieľová skupina **Národného programu aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030** nie je vymedzená nejakou vekovou hranicou alebo životnou situáciou. Dokument sa zameriava na všetky osoby aktívne sa pripravujúce na starnutie, vrátane starších osôb, ktoré by z dôvodu veku mohli byť akýmkoľvek spôsobom znevýhodňované v prístupe k verejným službám či inej podpore.

Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 – 2030 obsahuje viac ako 80 opatrení v deviatich doménach - oblastiach podpory aktívneho starnutia. Ich realizácia je financovaná najmä zo štátneho rozpočtu, ale aj z Plánu obnovy a odolnosti a Partnerskej dohody na roky 2021 – 2027. Bol prijatý **uznesením vlády č. 657 zo 16. novembra 2021**.

Jednotlivé odpočty k **Národnému programu aktívneho starnutia na roky 2021 - 2030** je možné nájsť na nasledovných odkazoch:

Správa o plnení opatrení vyplývajúcich z Národného programu aktívneho starnutia na roky 2021 - 2030 za roky 2021 - 2022 a návrh na jeho aktualizáciu (NCZI).

Aktivizácia seniorov

Za vhodný aktivizačný program seniora považuje Venglářová (2007):

- využívanie všetkých denných činností k tréningu,
- plánovanie úloh, ktoré má senior počas dňa zvládnuť,
- reflektovanie priebehu dňa a aktivít,
- pamäťové cvičenia, rôzne aktivity zamerané na podporu kognitívnych funkcií - prostredníctvom hier, krížoviek, doplňovačiek.

Ďalej uvádzame terapie vhodné pre aktivizáciu seniorov.

Biblioterapia je metóda psychoterapie, ktorá na liečebné účely využíva čítanie. Čítaním je účelne využívaný voľný čas, čítanie pomáha prekonávať depresívne stavy, duševnú krízu, je nápomocné pri riešení vnútorných či psychických konfliktov. Dôležitý je vhodný výber kníh, otvárajúci rozmyšľanie v rozhl'ade, vzbudzujúci záujem o svet, ovplyvňujúci spôsob myslenia seniora a rešpektujúci záujem seniora (Vallová, 2011).

Arteterapia v širšom zmysle liečba umením, prostredníctvom výtvarného umenia, hudby, poézie, tanca, čítanie prózy. V užšom zmysle arteterapiu môžeme považovať za liečbu prostredníctvom výtvarného umenia. Jej zmyslom je produktívna činnosť seniora, zvyšovanie jeho sebavedomia nielen zo zmysluplného trávenia voľných chvíľ, ale predovšetkým z vlastnej kreatívnej činnosti. Výtvarné techniky sú pri skupinovej práci využiteľné počas

celého roka, výnimočnými príležitosťami sú ročné obdobia, sviatky, kedy sa využíva škála tradičných aktivít, ktoré súvisia s prípravami na sviatočné obdobia (Mlýnková, 2011).

Muzikoterapia je použitie hudby a hudobných prvkov škoľeným terapeutom s cieľom uľahčenia a rozvíjania sebaujadrovania, komunikácie, zmyslového vnímania, vzájomných vzťahov, pohyblivosti so zámerom napĺňania potrieb: sociálnych, mentálnych, kognitívnych, emocionálnych, telesných (Hrozenská, 2008).

Rezonančná muzikoterapia je liečenie pomocou hudby a zvuku, „zvuková akupunktúra“ dotýkajúca sa celého tela, pričom liečbu hudbou, hlasom a zvukom, môžeme považovať za najstaršiu holistickú disciplínu, ktorá je vo svojej tradičnej podobe zameraná na fyzické telo, z hľadiska muzikoterapie existujú tri dimenzie hudby: rytmus, melódia a harmónia (Solárik, 2008).

Ergoterapia je profesia, ktorá sa prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o využívanie a zachovávanie schopností jedinca potrebných na zvládanie denných bežných, pracovných a rekreačných činností. Pod pojmom zamestnávania myslíme na činnosti, ktoré človek vykonáva počas svojho života a sú súčasťou jeho identity a životného štýlu (Hrozenská, 2008).

Canisterapia predstavuje novú formu terapie, ktorá využíva pozitívne pôsobenie psa domáceho na zdravie človeka. Pes vystupuje nielen ako priateľ človeka, ale aj ako jeho spoločník či dôverník. Táto forma terapie sa môže stať plnohodnotnou formou terapie najmä u seniorov a prispieť k zlepšeniu kvality ich života, nakoľko zvieratá sú pre nich prínosom po stránke fyziologickej, sociologickej a spoločenskej. Ich spoločnosť im ponúka zmysel života, lásku a citové puto (Hrozenská, 2008).

Felinoterapia je založená na kladnej interakcii medzi človekom a mačkou, je to aktivizačná metóda, ktorá obohacuje život seniorov (Velemínsky, 2007). Felinoterapiu ponímame ako formu relaxačnej terapie, ktorá navodzuje pocit vyrovnanosti, pohody a pokoja. Mačka má svojim vrodenným darom empatie liečivú energiu, ktorá pomáha človeku ľahšie prekonať utrpenie a bolesť, pocit samoty, opustenia, či sklamanosti, pomáha pri navodení duševnej rovnováhy prijímateľa sociálnych služieb (Hrozenská a kol., 2008).

Reminiscenčná terapia, ktorá je zameraná na rozpomätávanie sa na minulosť prostredníctvom rôznych techník oživovania pamäti. Spomínanie môžeme považovať za súčasť života, počas ktorého odkrývame skutočnosti, ktoré nás poznačili ako aj svoju minulosť. V období senia je prirodzené, že aktívne činy ustupujú, do popredia sa dostávajú spomienky. Reminiscenciu môžeme považovať za techniku oživovania pamäti a proces rozpomätávania na minulosť. Počas reminiscenčnej terapie seniori spomínajú v skupine, kde nachádzajú spojenie medzi svojimi životnými skúsenosťami a skúsenosťami iných, čo je možné účelne využiť (Hrozenská a kol., 2008).

Tréning pamäti je aktivizačný program zameraný na stimuláciu mozgu, čím spomaľuje proces prechodu choroby do vyšších štádií, ochorenie nepostupuje tak rýchlo, ako by postupovalo bez aktivizácie (Wirth, 2008).

Tréning pamäti je dôležitý pre zachovávanie kognitívnej zdatnosti do neskorého veku, prispieva k upevňovaniu celkového zdravia seniora, čo zvyšuje kvalitu a dôstojnosť jeho života, samostatnosť a sebestačnosť (Kuffová, 2011).

Pri akomkoľvek pomenovaní faktom zostáva, že seniori majú plné právo realizovať svoje sny, túžby, zúčastňovať sa na spoločenskom a kultúrnom živote. V spoločnosti by nemali byť

vytesňovaní na jej okraj, nakoľko pre spoločnosť sú cenným kultúrnym, duchovným, sociálnym aj ekonomickým prínosom, odovzdávajú skúsenosti, pomáhajú človeku zakoreniť sa do minulosti a obstáť v nej.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ANDREJCOVÁ, A., BALKOVÁ, D., JENČKOVÁ, E. 2004. Kvalita života v starobe. In *Sestra : odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo*. ISSN 1335-9444, 2004, Roč. 3, č. 9/2004. s. 42-43.
- BALOGOVÁ, B. 2009. *Seniori*. Prešov: Akcent, 2009. 158 s. ISBN 978-80-89295-180.
- BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava : Charis, 2006. 156 s. ISBN 80-88743-63-X.
- CSÁMPAI, O. 2007. *Sociológia pre nesociológov*. Trnava : Oliva, 2007. 186 s. ISBN 978-80-89332-01-4.
- DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- DŽUKA, J. (ed.). 2004. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov : Prešovská Univerzita, 2004. 519 s. ISBN 80-8068-282-8.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2010. *Veľký psychologický slovník*. Praha : Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-367-686-5.
- HATÁR, C. Edukácia seniorov ako nástroj budovania znalostnej spoločnosti v kontexte celoživotného vzdelávania. In VETEŠKA, J. *Nové paradigma v kurikulu vzdelávani dospelých*. Praha: EDUCA a UJAK, 2009. 344 s. ISBN 978-80-87306-04-8.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko –praktické východiska*. Martin: Osveta, 2008. 182 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- KUFFOVÁ, J. 2009. Adaptácia v živote klienta v zariadení sociálnych služieb. Nitra : IV. Medzinárodná konferencia doktorantov odborov psychológia a sociálna práca, 2009. [online]. [citované 2013-01-10]. 394 – 400 s. Dostupné na internete: <www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD_konf_zbornik_2009/SUBORY/PDF/47_Kuffova.pdf>.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Tlačiarne Havlíčkov Brod, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- SAK, P. – KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáři a seniorů*. Praha : Grada Publishing, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SOLÁRIK, S. 2008. *Muzikoterapia alebo liečivá sila hudby*. Prievidza : Regionálne kultúrne centrum, 2008. 60 strán. ISBN 978-80-970035-6-2.
- VAĐUROVÁ, H. – MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života*. Brno : MU 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- VALLOVÁ, J. 2011. Význam terciárnej prevencie. In *Prohuman*. [online]. č. 2/2011. [citované 2013-01-16]. Dostupné na internete: <<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/vyznam-terciarnej-prevencie>>. ISSN 1338-1415.
- VELEMÍNSKÝ, M. 2007. *Zooterapie ve svetle objektivních poznatků*. České Budejovice: Nakladatelství Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- WIRTH, M. 2008. O práci centra Memory. In *Humanita Plus*. ISSN 1336 – 2208, 1/2008, 9 s.
-

8 STRATÉGIE A METÓDY ROZVOJA OSOBNOSTI SENIORA

Upriamiť pozornosť na seba samého, svoje vlastná JA, ktoré je jedinečné a neopakovateľné sa oplatí po všetkých stránkach, v každom veku, s akýmkoľvek vzdelaním, stavom, rozhl'adom. Z pohľadu akejkoľvek role, v ktorej sa v živote človek nachádza: JA ako ľudská bytosť, JA ako partner, JA ako rodič, JA ako dieťa, JA ako rodinný príslušník, JA ako zamestnanec, JA ako kolega, JA ako

Poznaním svojho JA dokážeme bližšie špecifikovať a prehodnocovať vlastné hodnoty, postoje, názory, ciele a oblasti vlastného života prostredníctvom nových poznatkov a uvažovania nad bežnými situáciami prostredníctvom sebareflexie alebo spätnej väzby, pretože jeho utváranie prebieha v procese vzťahov s ľuďmi vo svojom okolí, blízkymi, kolegami, priateľmi, či kamarátmi, susedmi, ľuďmi, ktorých stretávame na ulici, v obchode, či na úrade. Sebahodnotenie, sebaobraz sa vytvára vo vzťahoch s ľuďmi prostredníctvom komunikácie. Komunikácia je fenomén, ktorý ovplyvňuje spoločnosť ako celok, ale aj subjektívne človeka – jednotlivca, jeho vzťahy k sebe a k okoliu. Komunikujeme s ľuďmi neustále aj tým, že TU SME, existujeme, stretávame sa, obdivujeme, porovnávame, hodnotíme, rozprávame, je to zložitý proces, silný i jemný zároveň. Všetko, čo robíme, poskytuje nášmu okoliu, náhľad do našich citov, potrieb, nášho zmýšľania. Komunikujeme na vedomej i nevedomej úrovni. Niekedy nevieme nič o tom, že ostatní v nás čítajú ako v otvorenej knihe, alebo že sme ostatných oklamali, hoci sme to nemali v úmysle. Príslovie: „*To, aký si, kričí z teba tak hlasno, že ostatní nepočúvajú, čo hovoríš*“, potvrdzuje rozdielnosť nášho vnútorného sebaobrazu s obrazom, ktorý v nás vidia iní.

Charakteristika starnutia je multidimenzionálna. Existuje viacero definícií, ale pravdepodobne žiadna nie dokonale výstižná. **Staroba** je vyvrcholením cyklu života človeka. V procese starnutia dochádza k degeneratívnym zmenám vo funkcii a tvare bunky. K týmto zmenám dochádza v rôznom čase života, u niektorých ľudí rýchlejšie, u niektorých pomalšie. Na rýchlosť starnutia vplyva životný štýl, prostredie v ktorom človek žije, je geneticky zakódovaná (Mlýnková, 2011).

Starnutie je proces a staroba je konečnou časovou etapou života.

Starnutie a staroba je prirodzenou a poslednou etapou ľudského života (Draganová a kol., 2006). U každého človeka má toto obdobie iné smerovanie. Starnutie môžeme ponímať v troch rovinách: ako zníženie zmyslového vnímania - biologické starnutie, ako zmenu osobnostných rysov - psychické starnutie a ako zmenu sociálneho postavenia - sociálne starnutie.

Starnutie ako deštruktívny proces sa vyvíja na základe poškodenia organizmu vonkajšími i vnútornými faktormi, ktoré rokmi pribúdajú. Prejavuje sa nedostatočnosťou fyziologických funkcií a starnutím buniek, obmedzovaním prispôsobovania organizmu, znižovaním jeho spoľahlivosti, a zvyšovaním pravdepodobnosti smrti. Tempo, prejavy starnutia a orientácia sú geneticky podmienené vopred určenými osobitosťami biologickej organizácie organizmu. Staroba je nevyhnutne prichádzajúca záverečná etapa vývinu individua (Froľkis, 1990).

Froľkis (1990) predstavuje starnutie ako deštruktívny proces, Hetteš (2011) uvádza, že starnutie je triumfom zdravotníckeho, hospodárskeho a sociálneho pokroku, predstavuje výzvu existujúceho sociálneho zabezpečenia a vplyva na všetky oblasti spoločnosti. S predlžovaním ľudského života sa posúvali aj termíny, ktoré podľa vedcov určovali začiatok

staroby. Mnohí výskumníci sa snažili určiť vek, ktorým sa začína obdobie staroby (Frol'kis, 1990). V odbornej literatúre sa stretneme s viacerými členeniami **seniorského obdobia**. Svetová zdravotnícka organizácia navrhla rozčlenenie staroby na tieto časové úseky:

- stredný vek : 45-59 rokov,
- čiastočná (ranná) staroba : 60-74 rokov,
- vysoký vek (vlastná staroba): 75-89 rokov,
- dlhovekosť: 90 rokov a viac (Balogová 2009).

Pre seniora je dôležité spoznať svoju osobnosť a pripraviť sa na starnutie a adaptovať sa .

Poznáme 5 typov adaptácie na starobu:

1. **konštruktívna osobnosť** akceptuje starobu, starnutie, svoj život hodnotí pozitívne, senior je aktívny, komunikuje so svojim okolím;
2. **závislá osobnosť** so starobou je spokojný, ale len do určitej miery, spolieha sa na pomoc rodiny, priateľov, inštitúcií, starobu využíva na oddychovanie a je pasívny;
3. **defenzívna osobnosť** títo ľudia sú veľmi aktívni, usilovní, vyhľadávajú pracovné činnosti i rôzne aktivity, neustále dokazujú svojmu okoliu, čo dokážu, avšak staroby sa obávajú.
4. **hostilná osobnosť** nepriateľská osobnosť, iných obviňuje zo svojich neúspechov. Títo seniori sú často izolovaní, často nepriateľsky vystupujú voči mladšej generácii a veľmi mladých kritizujú.
5. **nenávisťná osobnosť voči vlastnej osobe**– nenávidí samu seba, obviňuje sa za svoje neúspechy, aj keď často nejde o neúspechy, často trpí úzkosťou a depresiami.

8.1 Definícia osobnosti

Slovo osobnosť pochádza z latinského persona - divadelná maska, „personare“ – znieť, výzor, povahové vlastnosti.

V odbornej literatúre nachádzame mnohé definície, pre naše potreby uvádzame:

Osobnosť je relatívne stála štruktúra, dynamika bio-psycho-sociálnych schopností a vlastností osobnosti človeka. Je to jednota psychických a fyzických vlastností, zdedených a získaných vlastností typických pre jednotlivca, ktoré sa prejavujú v jeho správaní. Osobnosť je komplexný súbor charakteristík, ktoré definujú jedinečnosť človeka. Zahŕňa myšlienky, emócie, správanie, postoje, hodnoty a motiváciu.

Osobnosť ovplyvňuje rôzne aspekty života, ako sú medziľudské vzťahy, práca, štúdium a záujmy.

Zaujímavá definícia osobnosti je podľa psychológa Alfreda Adlera, ktorá hovorí o osobnosti ako o životnom štýle človeka. Nie v zmysle napr. zdravého životného štýlu, ako to poznáme z hovorovej reči, ale v zmysle všetkých presvedčení, ktoré si človek utvára - o sebe, o svete, o iných ľuďoch - mužoch, či ženách.

Medzi najznámejšie teórie patria:

Psychodynamická teória: Táto teória sa zameriava na nevedomé procesy, ktoré ovplyvňujú osobnosť.

Behaviorálna teória: Táto teória sa zameriava na to, ako sa osobnosť formuje prostredníctvom učenia.

Humanistická teória: Táto teória sa zameriava na vrodennú tendenciu človeka k rastu a seberealizácii.

Faktory ovplyvňujúce osobnosť

Na osobnosť vplýva viacero faktorov, ako sú:

Genetika: Genetické faktory ovplyvňujú temperament a vrodené dispozície človeka.

Okolie: Prostredie, v ktorom človek vyrastá, má významný vplyv na jeho osobnosť.

Rodina: Rodina je jedným z najdôležitejších faktorov, ktoré ovplyvňujú osobnosť človeka.

Skúsenosti: Životné skúsenosti formujú a ovplyvňujú osobnosť človeka.

Typy osobnosti

Neexistuje jeden univerzálny typ osobnosti. Ľudia sa líšia v rôznych aspektoch osobnosti, ako sú:

Introvertnosť vs. extrovertnosť: Introverti preferujú samotu a pokoj, zatiaľ čo extroverti preferujú spoločnosť a aktivitu.

Svedomitosť vs. impulzivnosť: Svedomití ľudia sú zodpovední a plánovaní, zatiaľ čo impulzívni ľudia sú spontánni a nezávislí.

Emocionálna stabilita vs. neuroticizmus: Emocionálne stabilní ľudia sú odolní voči stresu, zatiaľ čo neurotici ľudia sú náchylní k úzkosti a depresii.

Význam osobnosti

Osobnosť hrá dôležitú úlohu v rôznych aspektoch života, ako sú:

Medziľudské vzťahy: Osobnosť ovplyvňuje to, ako budujeme a udržiavame medziľudské vzťahy.

Práca: Osobnosť ovplyvňuje to, akú prácu si vyberieme a ako v nej uspejeme.

Štúdium: Osobnosť ovplyvňuje to, ako sa učíme a aké výsledky dosahujeme v štúdiu.

Záujmy: Osobnosť ovplyvňuje to, aké záujmy a aktivity máme.

Tak ako sa správame v medziľudských vzťahoch, pracujeme v práci, aký máme postoj k štúdiu, je dané našou osobnosťou. Treba, ale vždy riešiť to, čo u človeka akoby prevláda v jeho rozhodnutiach, čo uňho prevláda v jeho rozhodnutiach, čo uňho prevláda pri rozhodovaní – a to je zaujímavé riešiť v terapii, z akého presvedčenia urobil človek aké rozhodnutie.

Osobnosť je komplexný a dynamický fenomén, ktorý sa neustále vyvíja. Pochopenie nás, toho aký sme, sebazpoznanie je ako proces spoznania samého seba. Poznaním seba samého, prijatím sa, s pozitívnym vnímaním každej skutočnosti, ktorá sa v živote odohráva si môžeme zmeniť život vo viacerých smeroch. Vďaka poznaniu objaviť v sebe silu, o ktorej tušíme, ale nedôverujeme jej, môžeme kvalitne a plnohodnotnejšie, spokojnejšie žiť. Ak človek dokáže mať rád sám seba, dokáže mať rád ľudí, ľuďom dávať, rozdávať nádej, pochopenie, obohacovať iných aj seba, naznačovať smer a otvárať oči. Má predpoklady zdokonaľovať sa, rásť, pretože nepodmieňuje realizáciu svojich činností, ale koná z dôvodu vlastného rozhodnutia.

Je na nás samotných, na vlastnom rozhodnutí sa, ako prežívame dni, ako každý jeden začíname. Sťažovaním sa, že nás v noci vyrušil brechot susedovho psa, alebo vďačnosťou, že máme doma blízkych, komu zavolať, pripraviť raňajky a tešiť sa na deň, ktorý prežijem v práci, hľadaním práce, v škole, vzdelávaním, všade však v kontakte s ľuďmi.

Sebazpoznanie je v autonómii človeka a filozofii vnímané ako samo určovanie slobodnej vôle, ku ktorému je spôsobilý človek ako rozumná bytosť, ako čiastočné synonymum aj s prejavom slobodnej vôle, čo však je limitované zákonmi a predpismi, ako aj morálnymi hodnotami a etikou.

Autonómnosť alebo autonómia môže byť tiež vnímaná jedincami ako nezávislosť či osobitosť jedinečnosti každého jedinca. Prebieha a funguje nezávisle od niečoho (napr. od

nejakej veci, alebo od prirodzeného vývinu). Výstižným príkladom analýzy osobnosti a jej poznania je zodpovedanie nasledujúcich otázok, ktoré zostavil Smékal (2001) a dáva ich do súvisu s konkrétnymi komponentmi osobnosti:

1. Ako človek vyzerá? Stavba tela
2. Aká je dynamika jeho činnosti? Temperament
3. O čo sa usiluje a od čoho sa odvracia? Motivácia, zameranosť
4. Čo vie a dokáže a čo nie? Schopnosti
5. Aký je? Charakter a koncepcia Ja
6. Odkiaľ je a kam smeruje? Životná dráha

Vo fyziológii je autonómnosť charakterizovaná ako nezávislosť orgánu od regulujúcich, brzdiacich alebo stimulujúcich vplyvov a lekárstve ako samovoľnosť či spontánnosť.

Pri sebapoznaní môžeme autonómiu vnímať ako seba regulujúcu schopnosť každého jedinca uchovať si vlastné ja, vnímať ju ako svojprávnu bytosť, ktorá riadi svoj život, rozhoduje o jej vývoji a vníma ju ako jedinečnú a neopakovateľnú.

Autonómia by mala byť jednou z najdôležitejších hodnôt našej existencie. Vo väčšine prípadov však jedinec sám seba vníma ako bytosť, ktorá je súčasťou celku. Autonómia ako fundamentálna črta človeka je prepojená s potrebami – elementárnymi i komplexnejšími vyššími –, medzi ktoré sama patrí. Potreby sa prejavujú nedostatkami na úrovni fyzického i sociálneho bytia človeka (Nakonečný, M., 1995, Sokol, J., 2002 in: Sýkorová, D., 2007). Na to aby starší človek správne prijal starnutie a starobu ako ďalšiu životnú etapu človeka musí dosiahnuť svoju autonómiu a celistvosť čiže integritu života. Podľa C. Határa (2008, s. 68) senior sa môže stať reálne autonómnou osobnosťou na základe troch podmienok t.j. **musí mať schopnosť sebaurčenia** (slobodného rozhodovania); **musí chcieť túto schopnosť uplatňovať** (motiváciou k samostatnej činnosti – jedna z úloh sociálneho andragóga); **musí mať možnosť uplatňovať svoju autonómiu** (prostredníctvom vhodného prostredia-rodinného alebo inštitucionálneho).

Osobnostný rozvoj je zameraný na rozvoj schopností poznávania prostredníctvom interakcií s inými ľuďmi dochádza k nácviku zmyslového vnímania, pozornosti a sústredenia od úvodu pri zadávaní pravidiel. Prostredníctvom zoznámenia sa skupiny dochádza k nácviku schopnosti zapamätania si mien. Rozvoj zameraný na riešenie problémov, ktorý smeruje k schopnosti plánovať svoj program a určovať si ciele a očakávania nezávisle od učebného plánu a s používaním efektívnych postupov pri práci s jedincami zabezpečiť korektnosť a bezpečné prostredie pre sebapoznanie prostredníctvom spätnej väzby.

K hlavným činiteľom ovplyvňujúcim motiváciu patria :

- Potreby, návyky, záujmy, ideály a hodnoty,
- Jednou zo základných motivačných teórií je teória potrieb Abrahama Maslowa, ktorý potreby človeka delí na **základné, vyššie a najvyššie**, pričom platí, že vyššie potreby môžu byť uspokojené vtedy, ak sú uspokojené nižšie potreby.

Fyziologické potreby – výživa, tekutiny, vzduch, spánok, vyprázdňovanie, sexuálne potreby, Potreby existenčné – bezpečie, istota, strecha nad hlavou, súkromie. Bezpečné prostredie seniorovi umožňuje byť sám sebou a veriť, že mu bude ponúknuté správne riešenie a pomoc.

Sociálne potreby – spolupatričnosť, byť prijatý druhými, patriť niekam, k niekomu,

Potreby osobnosti - úcta, kompetentnosť, úspech, uznanie inými, prestíž, povest', rešpekt,

Seberealizácia – sebaaktualizácia, potreba realizácie vlastného potenciálu, rastu.

Z hľadiska vývinu sa biologické potreby uspokojujú jednoznačnejšie. Vyššie potreby sa vo svojich prejavoch viacej individualizujú. Potreby človeka sú uspokojované s prostredím.

V staršom veku upriamuje pozornosť na tieto potreby:

Miesto - senior si potrebuje vytvoriť ilúziu domova a to i pri nie práve najvhodnejších podmienkach (napríklad v zariadení pre seniorov). Potrebuje mať i miesto pri svojich blízkych, u ktorých bude prijatý bez výhrad či podmienok.

Podpora povzbudzovanie seniora k starostlivosti o samého seba, k prijatiu svojej choroby. Znamená to tiež dovoliť staršiemu človeku prejavovať jeho prania.

Výživa a starostlivosť v zmysle mať potrebné informácie a podnety pre život.

Hranice a limity. Senior má vedieť kto je a kto nie je. V starobe tiež človek potrebuje poznať a objaviť hranice svojich možností – čo vie, čo dokáže, čo vydrží, čo sa dokáže naučiť v danej situácii a danom čase.

Pojem osobná autonómia býva stotožňovaný s individuálnou slobodou, samosprávou alebo suverenitou, sebaovládaním, niekedy je poňatý ako slobodná vôľa či voľba, resp. rozhodovanie. Je spojený s kritickosťou a nezávislosťou vo vytváraní a vyjadrovaní názorov, presvedčenia, s reflexiou vlastných záujmov, ich presadzovaním, so samostatným určovaním a naplňovaním cieľov, projektov, plánov, realizovaním vlastných hodnôt (Sýkorová, 2007, s. 73).

Autonómne orientovaná edukácia by mala byť podľa Kadeho (1994, s. 21) zameraná na: 1. Samostatnú voľbu edukačných podujatí – seniori majú sami rozhodovať o tom, či sa budú vzdelávať s ľuďmi v ich veku alebo s osobami mladšími, taktiež majú právo vybrať si z ponuky edukačných podujatí podľa oblasti ich osobného záujmu. 2. Rozvíjanie orientačných ponúk, ktoré umožňujú seniorom reflexívne sebaapresviedčanie o cieľoch, sklonoch a schopnostiach a podporujú proces hľadania zmyslu života. 3. Sprístupnenie učenia (sa) založeného na skúsenostiach – je potrebné umožniť seniorom tzv. sebaurčenie a spolurozhodovanie, aby sa podporila sebaorganizácia záujmov. 4. Ponuku takých učebných príležitostí, ktoré slúžia na získavanie autonómie vo vedení svojho života počas všedného dňa, pričom uľahčujú a podporujú zvládanie životných situácií v rôznych podmienkach v období staroby (Határ, 2011, s. 70).

8.2 Edukácia seniorov

Podľa Perhácsa a Pašku (1995, s. 54) „dospelý človek je schopný učiť sa, zmeniť svoje osobnostné črty, osobné vlastnosti a svoje správanie, ak má na to dostatočný dôvod. Rozhodujúcim faktorom je motivácia.“ Najvýznamnejšou podmienkou je doviest' človeka k tomu, aby si uvedomil zvýšené požiadavky spoločnosti na vzdelanosť.

V súčasnej dobe vzdelávanie nie je obmedzené iba pre mladých ľudí. Považujeme ho za celoživotný proces. Preto je dôležité vytvoriť podmienky pre vzdelávanie všetkých vekových kategórií, teda aj v období sénia, lebo človek sa učí, môže učiť a má sa učiť aj v staršom veku (Mühlpachr, 2004). Pre seniorov je potrebné zabezpečiť vzdelávacie aktivity, ktoré budú podporovať rozvoj ich kľúčových kompetencií kľúčových kompetencií a pozitívne medzil'udské vzťahy.

Ciele edukácie možno podľa Határa (2008, s. 67) rozdeliť do troch skupín:

Poznávacie (kognitívne ciele) dosahované v procese vzdelávania, zamerané na rozvoj rozumovej stránky osobnosti pričom sa môžu uplatňovať na nižšej alebo vyššej kognitívnej úrovni.

Postojové (socio-afektívne ciele) dosahované v procese vychovávaní, zamerané na emocionálnu stránku osobnosti a na dosiahnutie pozitívnych zmien v postojoch.

Výcvikové (psychomotorické) ciele dosahované prostredníctvom aktivít odborného výcviku, zamerané na rozvoj praktických spôsobilostí, zručností či dosahovanie pozitívnych zmien v správaní človeka. Pri rozumovej výchove seniorov považujeme za dôležité rôzne techniky tréningu pamäti, napr. tréning vitality, monotematické rozhovorové cvičenia (typu tematické stretnutia, životné udalosti, priebeh života), spomienková (reminiscenčná) terapia, pohybové aktivity, hry špeciálne tréningy pamäti pri pamäťových poruchách.

Jednotlivé cvičenia krátkodobej pamäti uvádza tiež sú napr. *hľadanie synonym, cvičenie tvorivosti, tvorba asociácií, časový program opakovania a i.*

Medzi faktory napomáhajúce edukácii seniorov patria: **kompliancia** – ochota, poddajnosť, túžba po poznaní, ako aj priama účasť na osvojení si vedomostí, zručností, prejavuje sa vtedy, ak človek rozpozná potrebu učenia a akceptuje ju, vynakladá úsilie, aby sa niečo naučil.

Motivácia k edukácii je totožná s túžbou učiť sa, vyjadruje vnútorné pohnútky k zmene postoja. Motivácia je účinná vtedy, keď človek cíti potrebu vzdelávať sa a verí, že táto potreba bude uspokojená prostredníctvom získania vedomostí.

Pohotovosť je prejav motivácie v určitom čase. Ide o pripravenosť byť vzdelávaný, edukovaný.

Spätná väzba má vzťah k uskutočňovaniu vytúženého cieľa.

Opakovanie ako významná časť edukácie. Opakovanie pojmov, faktov.

Logickosť učebný materiál musí byť logický zostavený, rešpektujúci zásadu od jednoduchšieho k zložitejšiemu.

Optimálne prostredie zabezpečenie pokoja, pohody a vhodného osvetlenia či iných pomôcok.

Na schopnosť učiť sa (zdokonaľovať svoju osobnosť) pôsobia nasledujúce faktory: **vôľa k učeniu** (intenzita a ochota k učeniu); **uvedomelosť** (sila podnetov k učeniu); **kapacita intelektu** (prijatie a spracovanie informácií); **ľahkosť alebo obtiažnosť učenia** (rýchlosť, s akou sa učebná látka osvojí); **trvácnosť učenia** (schopnosť vybaviť si učivo v určitej chvíli a v určitých súvislostiach) (Mužík, 2005, s. 11). Chcieť, vedieť a môcť smerovať svoju osobnosť k sebazdokonaľovaniu je dôležitým fenoménom súčasnej spoločnosti.

„Tak, ako si ustelieme budeme spať, to čo si predložíme na tanier, tak sa najeme, to čo do seba investujeme, tak budeme žiť.“

Investícia do seba, svojho vzdelania, zážitkov, skúseností, vzťahov, rozhladu je najlepšia investícia. Vráti sa prostredníctvom sebaistoty ako bumerang, vtedy, keď ju najviac potrebujeme. Posilňovaním vlastnej sebaistoty prostredníctvom sebahodnotenia sa v bezpečnej skupine, ktorá dokáže človeku zrealizovať jeho sebaobraz, môže človek nadobudnúť sebavedomie potrebné pre zvládanie každodenných situácií doma, práci, v bežnom živote kde sa spája a strieda príjemné s menej príjemným.

Pracovať na sebe môže človek rôznym spôsobom, v posilňovni formovať svaly, v kostole z hĺbky duše preniknúť prítomnosťou Božou, rozvíjať sociálne zručnosti a zvýšiť kvalitu svojho života. Pripustením nových možností a verifikovaním zaužívaných spôsobov prispieť k spokojnosti a naplneniu životného zmyslu a rastu prostredníctvom rozvoja vlastnej osobnosti,

svojho JA, prijatím seba samého taký, aký som, so svojou jedinečnosťou, získaním vzťahu k sebe samému a prijímaním iných, takých, akí sú s ich jedinečnosťou.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BALOGO VÁ, B.2009. *Seniori*. Prešov: Akcent 2009. 158 s. ISBN 978- 80-89295-180.
- DRAGANOVÁ, H. a kol.2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta,2006.196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- FROLKIS,V. 1990. *Starnutie a predĺženie života*. Martin: Osveta,1990.310 s. ISBN 80-217-0140-4.
- HATÁR, C. Edukácia seniorov ako nástroj budovania znalostnej spoločnosti v kontexte celoživotného vzdelávania. In VETEŠKA, J. *Nové paradigma v kurikulu vzdelávani dospelých*. Praha : EDUCA a UJAK, 2009. 344 s. ISBN 978-80-87306-04-8.
- HETTEŠ,M. 2015. Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011,192 s. ISBN 978-80-8132-04-6.
- HUNYADIOVÁ, S., FERENČÍKOVÁ. 2013. Rozvoj osobnosti. Zručností, vedomostí, jedinečnosti. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013, 177 s. 177, ISBN 978-80-8132-075-0.
- KADE, S. *Altersbildung. Ziele und Konzepte*. Frankfurt amMain : DIE, 1994. 210 s. ISBN 3-88513-465-9.
- MUŽÍK, J. *Didaktika profesního vzdelávani dospelých*. Plzeň: Fraus, 2005. 202 s. ISBN 80-7238-220-9.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Tlačiarne Havlíčkov Brod, a.s.,2011.192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha : Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- PERHÁCS, J., PAŠKA, P. *Dospelý človek v procese výchovy*. Bratislava : Stimul, 1995. 157 s. ISBN 80-85697-21-1.
- SMÉKAL, V. 2007. *Pozváni do psychologie osobnosti*. Vydavateľstvo: Barrister & Principal. ISBN 8086598659.
- SÝKOROVÁ, D. *Praha: Sociologické nakladatelství*. Autonomie ve stáří. Kapitoly z Gerontosociologie, 2007. 284 s. ISBN 978-80-864-29-62-5.

9 RODINA A INTERPERSONÁLNE VZŤAHY V ŽIVOTE SENIORA - GENERAČNÉ PROBLÉMY

Mgr. Eva Sitáková

Téma rodina a vzťahy v živote seniora, je témou, s ktorou sa stretáva každý z nás. Či už sme v roli práve seniora alebo dieťaťa, či vnúčaťa alebo pravnúčaťa, vždy sa konfrontujeme so vzťahmi na vertikálnej aj horizontálnej úrovni. Rodina je nielen základným prvkom v našej spoločnosti, ale môže byť aj veľkou oporou a bezpečím v živote seniora. Napriek tomu, že v dnešnej dobe sa akoby „staroba nenosí“ a vyznáva sa viac kult mladosti, práve osveta a prijatie faktu, že každý starneme, môže uľahčiť tento proces. Táto téma môže prispieť k uvedomeniu človeka, že napriek tomu, že čas je neúprosný, staroba so sebou prináša aj mnohé pozitíva, dôležité je, na ňu správne nazerať.

9.1 Rodina a jej funkcie

Rodina je základná jednotka spoločnosti, ktorá sa skladá z ľudí, ktorí sú navzájom prepojení prostredníctvom príbuzenských vzťahov (biologických, právnych alebo emocionálnych). Je malou sociálnou skupinou (Možný, 2008).

Plní niekoľko základných funkcií:

1. Biologicko - reprodukčná funkcia rodiny. Je chápaná ako reprodukcia ľudského rodu (plodenie a rodenie detí). Pod biologickú funkciu okrem reprodukcie, rodenia nových členov spoločnosti, rozumieme aj pohlavné nažívanie, uspokojovanie pohlavného pudu
2. Ekonomická funkcia rodiny v prvom rade predstavuje zabezpečenie základných materiálnych potrieb ako aj potrieb napríklad na vzdelávanie, na aktivity vo voľnom čase, potreby na kultúrne a športové využitie.
3. Výchovná funkcia rodiny. Rodina je prvým miestom, kde dieťa patrí, rovnako aj prvým prostredím, ktoré ho učí nadväzovať vzťahy a spôsobom ako sa vo vzťahu správať. Je prostredím na výchovu detí, na citový, telesný, rozumový a mravný vývin detí.
4. Emocionálna funkcia rodiny poskytuje emocionálne zázemie a podporu. Rodina vytvára pre svojich členov vzory spoločenského spolužitia a zároveň im poskytuje podmienky pre citové vyžitie, odpočinok a uplatnenie individuálnych záujmov. Je ovplyvnená intenzitou a hĺbkou vzájomného vzťahu medzi manželmi, ktorý poznačuje celú rodinnú atmosféru a je dôležitým prostriedkom výchovy detí. Citové vzťahy v rodine sú kritériom jej stability, mravnosti a kultúrnosti (Kraus, Poláčková, 2001).

Osobnosť seniora a jeho vek

V psychológii existuje mnoho teórií, čo to osobnosť vlastne je. Gordon Allport (1937, in Šucha & Seitzl, 2011) definuje osobnosť ako dynamickú organizáciu tých psychofyzických systémov jedinca, ktoré podmieňujú jeho jedinečné prispôbenie svojmu prostrediu. Osobnosť predstavuje individuálnu integráciu duševných a telesných vlastností človeka, ktorá sa vytvára v priebehu jeho vývinu a ktorá sa manifestuje v jeho spoločenských vzťahoch. Vychádza z biologických základov a tvorí sa v procese vzájomného pôsobenia jednotlivca s prostredím (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010). Hans Jürgen Eysenck nahliada na

osobnosť ako na súhrn vzorcov správania sa organizmu, ktoré sú determinované dedičnosťou a prostredím, vznikajú a rozvíjajú sa prostredníctvom funkčnej interakcie štyroch hlavných oblastí, do ktorých sú tieto vzorce správania organizované: kognitívna oblasť (inteligencia), konatívna oblasť (charakter), afektívna oblasť (temperament) a somatická oblasť (konštitúcia) (Hall, Lindzey, 2002).

Starnutie je prirodzenou a neoddeliteľnou súčasťou života. Vágnerová rozdeľuje starobu na:

- Obdobie rannej staroby: 60 – 75 r.
- Obdobie pravej staroby: 75 r. a viac (Vágnerová, 2007).

Je dôležité podotknúť, že seniorská skupina je veľmi heterogénna a to nie len z vekového hľadiska. Po sociálnej i funkčnej stránke sa starí dospelí môžu rozdeliť na:

- Elitní seniori si aj napriek svojmu vyššiemu veku budujú ďalšie životné úspechy v rôznych odvetviach
- Autonómni seniori stále dokážu žiť naplno podľa svojich očakávaní
- Sebestační seniori, tvoriaci podobnú skupinu ako autonómni seniori, zvládnu sa o seba postarať sami, ale nevyhľadávajú už toľko aktivít
- Krehkí seniori sú hlavne jedinci, ktorí prekročili 80 rokov a sú ohrození syndrómom geriatrickej krehkosti
- Nesebestační a závislí seniori sú odkázaní na potrebnú pomoc v starostlivosti o domácnosť a o vlastnú osobu. Túto starostlivosť môže zabezpečiť blízke okolie seniora či profesionálne zdravotnícke alebo sociálne zariadenie (Holmerová a kol., 2013).

Zmeny v starobe

Zmeny, ktoré sú výsledkom starnutia odborná literatúra delí do troch základných skupín:

Biologické zmeny v starobe zahŕňajú v sebe fyzické a psychické zmeny. Telesné prejavy a zmeny, ktorými sa odlišujú starí ľudia od mladých, bývajú označované ako **fenotyp staroby**. Medzi všeobecné procesy starnutia sa radí atrofia, ktorá je najvýraznejším javom a postihuje všetky orgány a tkanivá, čo sa prejavuje znížením elasticity. Dochádza k zmene vzhľadu kože, ktorá je suchá, zvráštená a tenká. Vlasy vypadávajú, šedivejú a rednú. V dôsledku zmeny v nervovom systéme dochádza k poruchám chôdze, rovnováhy a postoja (senilná porucha motoriky) (Poledníková, 2006).

Psychologické zmeny v starobe. V oblasti citovej sú zmeny individuálne. Všeobecne však dochádza k určitému oplošteniu emotivity. Prejavom citovej lability môže byť ľahšia zraniteľnosť, očakávania ohľadov a porozumenie okolia. V starobe často dochádza k obratu hodnôt od materiálnych k duchovným hodnotám, k introvertizácii a egocentrizmu. Častými prejavmi sú rigidita v myslení a konaní, poruchy koncentrácie pozornosti a pamäti a ulpievanie na zvykoch a zvyklostiach psychomotorické spomalenie (Poledníková, 2006).

Sociálne zmeny v starobe sa vyznačujú zmenou sociálnych rolí a životného štýlu. významnou súčasťou sociálneho starnutia je splnenie určitého kritéria (najčastejšie odchod do dôchodku). Ide o sociálnu udalosť, ktorá je chápaná ako ukončenie jednej a začatie novej životnej etapy človek v tomto období prijíma nové sociálne role a statusy (napr. status seniora), prijať rolu prarodiča (Poledníková, 2006).

9.2 Generačné problémy

Hlavným problémom u seniorov je hroziaca izolácia. Keď nie je schopný sa voči predchádzajúcim generáciám uplatniť, môže, ako poslednú možnosť, skúsiť ešte apelovať na opatrovateľské sklony potomkov. Preto nasadia utrpenie, ktoré im prinášajú choroby očakávania starých ľudí, že sa o nich postarajú členovia rodiny, často sklamaním generačné rozdiely sa asi najviac prejavujú vo vzťahu detí, rodičov a starých rodičov - zatiaľ čo mladí rodičia predstavujú v rodine dynamiku a zmenu, starí rodičia sú reprezentantmi stálosti, uchovávateľmi tradícií a hodnôt (Vágnerová, 2007).

Táto prednáška sa snažila zachytiť základné úlohy a funkcie rodiny, ako aj poukázať na jej vplyv na život seniora a v procese starnutia. Rodina a interpersonálne vzťahy v živote seniora hrajú významnú rolu. Práve spoločnosť ako taká a blízke vzťahy môžu seniorovi významne uľahčiť starnutie a prijať ho so všetkými zmenami, ktoré so sebou prináša.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-1620-6. 648 s.
- HALL, C. S., LINDZEY, G. 2002. *Psychológia osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo - Mladé letá. ISBN 8008033843. 510 s.
- HOLMEROVÁ, I., BAUMANOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., WIJA, P. *Geriatrický pacient, geriatrická farmakoterapie a kvalita života. Praktické lékárenství* [online]. 2013, 9(3). Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2013/03/03.pdf>.
- KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. 2001. *Prostředí, člověk, výchova*. Brno : Paido. ISBN 80-7315-004-2. 199 s.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. 1997. *Radosti a starosti prarodičů, aneb když máme vnoučata*. Praha : H&H.. ISBN 978-80-247-2169-9. 144 s.
- MOŽNÝ, I. 2008. *Rodina a společnost*. Praha: Slon. ISBN 9788086429878. 324 s.
- NAVRÁTIL, L., ŠEDIVCOVÁ, M.L. 2023. *Léčebná rehabilitace v geriatрии*. Praha : Grada Publishing a.s, ISBN 8027168252. 256 s.
- POLEDNÍKOVÁ L. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta. ISBN 8080632081, 216 s.
- SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, ISBN 978-80-7367-250-8. 219 s.
- ŠUCHA, M., & SEITL, M. 2011. The Role of Personality Qualities in Driving. *Transactions on Transport Sciences*, 4(4), 225-232. DOI: 10.2478/v10158-011-0019-3. <https://tots.upol.cz/pdfs/tot/2011/04/06.pdf>.
- VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5. 461 s.

10 VÝŽIVA VO VYŠŠOM VEKU

PhDr. Mgr. Ing. Lubica Trnková, PhD. MPH

Príjem potravy je základnou potrebou ľudského organizmu. Potrava a jej jednotlivé zložky slúžia človeku ako základný stavebný materiál pre tvorbu telesných orgánov a tkanív, tvorbu bazálnej energie pre životné pochody ako je udržanie membránových potenciálov, ale aj činnosť srdca, dýchanie, pohybovú aktivitu a rozmnožovanie. Výživa teda predstavuje jeden z významných faktorov vonkajšieho prostredia, ktorý určuje funkčný stav organizmu.

Správna výživa významne ovplyvňuje celkový stav organizmu, telesnú a psychickú výkonnosť, zvládanie stresu, podporuje odolnosť voči infekciám a lepšie hojenie rán.

Má pozitívny vplyv na kvalitu života seniora. Jej poruchy majú negatívny dopad na fungovanie organizmu a naopak viacero ochorení vedie k rôznym poruchám metabolizmu a nutričným problémom.

Základným vývojovým prejavom života je starnutie. Práve starnutie populácie je v súčasnosti veľmi aktuálnou témou. Demografický trend poukazuje na nárast starnúcej populácie. Predpokladá sa, že podiel populácie staršej ako 65 rokov v Európe vrátane Slovenska v budúcich 30 rokoch dosiahne podiel 22 až 30% z celkového počtu obyvateľstva. Na dynamike starnutia, ktoré so sebou prináša mnohé nezvratné zmeny sa podieľajú faktory genetické, ekologické, životný štýl a tiež faktory nutritívne. Významnú rolu tu zohrávajú psychické, ekonomické a sociálne vplyvy.

Pri starnutí populácie je dôležitý aj spôsob, akým seniori prežívajú obdobie staroby. Či ide o pasívne dožívanie spojené s chorobami, depresiami a samotou alebo je to obdobie vyplnené aktivitami, ktoré prinášajú osobné uspokojenie. Aktívna staroba je prínosom pre samotného jednotlivca, ktorému poskytuje pocit uspokojenia, ako aj pre spoločnosť, na ktorú je presúvané menšie bremeno spojené so starostlivosťou o starých ľudí. Aktívne stráviť záver života môže len pozitívne mysliaci a relatívne zdravý jedinec (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012; Zanovitová a kol., 2015).

Väčšina vyspelých krajín starobu spája s vekom 65 rokov a viac. Podľa (WHO) Svetovej zdravotníckej organizácii môžeme starobu rozdeliť na:

- **ranná staroba** 60 rokov– 74 rokov,
- **vlastná staroba** 75 rokov – 89 rokov,
- **dlhovekosť** 90 a viac rokov (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Starnutie môžeme rozdeliť na biologické, psychické a sociálne.

Biologické starnutie nastáva v dôsledku zhoršenia funkcií orgánov. Biologické zmeny prebiehajú na fyziologickej úrovni. Postihujú tkanivá a orgány, ale u každého jedinca prebiehajú individuálne. Somatické starnutie sa dotýka všetkých orgánov, avšak prebieha asynchrónne. Najviac sú viditeľné zmeny na koži a pohybovom aparáte. Dochádza k zníženiu aktivity mazových žliaz. Na rukách a tvári sa objavujú takzvané starecké škvrny. Koža stráca elasticitu. Stráca sa tukové tkanivo, koža má tenkú vrstvu, takzvanú papierovú kožu. Zmenami prechádzajú aj vlasy a nechty. Vplyvom atrofie dochádza k zníženiu telesnej výšky, dochádza k úbytku vápnika a minerálov v kostiach.

K funkčným zmenám dochádza aj v kardiovaskulárnom systéme. Chlopne strácajú svoju pružnosť, dochádza k prečerpávaniu menšieho množstva krvi. Z dôvodu poklesu elasticity

ciev sa objavuje vysoký krvný tlak krvi. Prvým znakom zmien v tráviacom systéme je strata chrupu, dôsledkom čoho je porucha žuvania vyžadujúca si zmenu konzistencie potravy. Dochádza k zníženiu príjmu vlákniny, vitamínov a minerálov. Častou poruchou je porucha prehĺtania, tzv. dysfágia. Stretávame sa taktiež s poruchou vyprázdňovania stolice a častým výskytom sklonu k zápche. Príčinou je hlavne znížený príjem tekutín, vlákniny a znížená mobilita. S rastúcim vekom sa často stretávame s inkontinenciou. Kapacita močového mechúra klesá, znižuje sa očisťovacia schopnosť a maximálna koncentračná schopnosť obličiek. Zmeny respiračného systému prinášajú zmenu štruktúry pľúc, pľúcne tkanivá strácajú elasticitu, dochádza k zníženiu vitálnej kapacity pľúc. Dýchanie v starobe býva povrchné a rýchle. Je znížená očistná činnosť pľúca, oslabená ventilačná odpoveď na hypoxiu a hyperkapniu. Zmenšuje sa výkonnosť dychového svalstva. Často sa pri senioroch stretávame s chronickým zápalom priedušiek. Vplyvom veku v centrálnej nervovej sústave dochádza k úbytku neurónov a synapsií, objavuje sa znížená schopnosť sústredenia, dochádza k výpadkom krátkodobej pamäte. Seniori sú apatický voči novým podnetom, často majú sklony k depresívnym náladám.

Psychické zmeny sa počas starnutia prejavujú spomalením psychickej činnosti, deficitom v zmyslovom vnímaní, zmenami v motorike, poruchou kognitívnych zložiek osobnosti, schopnosti riešiť nové situácie. Spomienky z doby minulej zostávajú v pamäti dobre zakotvené, ale krátkodobá pamäť býva narušená. Starý človek sa len tak pre nové veci nenadchne, ale dokáže veci hodnotiť pokojnejšie a racionálnejšie. Starší ľudia neradi prijímajú nové veci, neradi menia spôsob života, svoje zvyky a tradície. Najvýraznejším javom sociálneho starnutia patrí odchod do dôchodku. Odchodom do dôchodku viac trpia muži, pretože strácajú status živiteľa rodiny. Prichádzajú o mnohoročné niekedy celoživotné pracovné a priateľské kontakty. Ženy znášajú túto zmenu ľahšie, keď prácu nahradí pomoc s vnúčatami. Seniori často ostávajú osamelí. Dobre fungujúca rodina je zárukou pomoci v starobe. Bohužiaľ, existujú rodiny, v ktorých chýba pocit spolupatričnosti. V niektorých prípadoch dokonca dochádza k týraniu starých ľudí (Hegyi, Krajčík, 2015; Stuchlíková a kol., 2018).

Tab.26 Zmeny v starobe ovplyvňujúce výživu a výživový stav (Zdroj: Stránský, 2015).

Zloženie organizmu	znížená denzita kostí, úbytok svalovej hmoty, zníženie telesnej bielkoviny, úbytok telesnej tekutiny
Poruchy regulácie	vymiznutie pocitu smädu, zníženie chuti do jedla
Trávenie, absorbcia	obmedzená stráviteľnosť (tuky, laktóza), sklon k obstipácii, znížené vstrebávanie živín, napr. deficitom chlorovodíkovej kyseliny alebo sekrécie intrinsic-faktoru sliznice žalúdka
Látková výmena	znížený bazálny metabolizmus spojený so stratou svaloviny a bielkoviny, znížená produkcia hormónov, znížená oxidácia tukov, znížená tolerancia glukózy, spomalená obnova telesnej bielkoviny, znížená epidermálna a renálna syntéza vitamínu D
Zvýšené nároky na energiu a	podmienené starobou: vitamín D, kalcium,

živiny	podmienené chorobami: infekcie (vitamín C, zinok), dekubity (bielkoviny, zinok), diabetes mellitus (zinok), podmienené liekmi: napr. magnézium, kálium, laxatíva
Znížené vnímanie, obmedzená pohyblivosť	chuť, vôňa, sekrécia slín, zrak, poruchy hryzenia a prehĺtania, manuálna zručnosť, poruchy pamäti, mobilita, funkcia pľúc, zvlášť pri záťaži, inkontinencia
Psychosociálne problémy	nízky dôchodok, chudoba, nepriaznivé podmienky bývania, samota, depresia, zábudlivosť, zmätenosť, demencia

Predispozícia staršieho organizmu k vzniku podvýživy je podmienená úbytkom bunkovej, ale aj inej netukovej hmoty, obmedzením adaptácie a častou polymorbiditou.

Strata svalovej sily vedie k problémom so zvládnutím bežných denných aktivít, poruchám chôdze, celkovej slabosti a zhoršovaniu pri udržiavaní rovnováhy, čo vedie k zvýšenému riziku pádu a rozvoju imobilizácie (Hoozová, 2015).

Tab. 27 Príčiny dlhodobej straty telesnej hmotnosti v starobe (Zdroj: Hoozová, 2015).

Starobné zmeny	starecká anorexia, strata chrupu, xerostómia, poruchy zraku
Vnútorné ochorenia	chronické zlyhávanie orgánov (srdce, pečeň, obličky), malignity, chronická obštrukčná choroba pľúc, malabsorbsia a maldigescia, atrofická gastritída, HP pozitivita, reuma, diabetes mellitus, ochorenia štítnej žľazy, chronické infekcie
Neurologické, psychiatrické príčiny	Delírium, demencia, psychotické stavy, následky cievnej mozgovej príhody, Parkinsonova choroba, depresie, úzkosť, alkoholizmus
Sociálne faktory	chudoba, izolácia, trúchlenie, odkázanosť v aktivitách, zanedbávanie, týranie, nedostatok informácií a motivácie, inštitucionalizácia
Iné príčiny	dysfágia rôznej etiológie, polyfarmácia, nežiadúce účinky liekov, hospitalizácia, dekubity, chronické rany

Výživa je základnou podmienkou života každého z nás, je primárnou biologickou potrebou pre udržanie stabilného vnútorného prostredia organizmu. Zdravá výživa a príjem tekutín ovplyvňuje zdravotný stav seniora a zlepšuje jeho kvalitu života. Stav výživy seniorov je podmienený multifaktoriálne, dôležitú úlohu tu zohrávajú involučné zmeny organizmu, stravovacie zvyklosti, kultúra, tradície, vzdelanie, spoločenské postavenie, socioekonomické faktory, mentálny stav, charakter ochorenia a užívané lieky, telesná aktivita a aktuálna telesná hmotnosť. V každom prípade však nedostatočná výživa nie je a nemôže byť považovaná za prirodzený sprievodný znak starnutia (Martinková, Kabátová, 2015; Zanolitová a kol., 2015; Krajčík, Mikus, Bajánová a kol., 2018).

Stránský (2015) uvádza, že z pohľadu výživy tvoria práve seniori veľkú rizikovú skupinu obyvateľstva. Zlý nutričný stav vedie k vzniku stareckej krehkosti, dizaability, anémii, úbytku svalovej a kostnej hmoty, zmenám kognitívnych funkcií, poklesu funkčných rezerv organizmu a k zhoršenému zvládaniu stresových situácií (Hoozová, 2015; Martinková, Kabátová, 2015).

V starobe je celková potreba energie ovplyvnená mierou pohybovej aktivity a znížením bazálneho metabolizmu. Vzhľadom k nižšej energetickej potrebe, zvýšenej morbidite a poruchám vstrebávania je potrebné dbať na prísun potravín s vyššou hustotou živín. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať zmenám tráviaceho systému v súvislosti s vekom a to zhoršený stav chrupu, čo zhoršuje mechanické spracovanie prijímanej potravy, znížené vylučovanie tráviacich štiav a znížená činnosť tráviacich enzýmov, čo vedie k sťaženému tráveniu a vstrebávaniu živín a spomaleniu činnosti čriev, ktorá vyvoláva meteorizmus a zápchu.

Zvláštnu pozornosť je však potrebné venovať prísunu vápnika, zinku, folátu, vitamínu B₁₂ a vitamínu D. Starší ľudia sú vzhľadom k multifaktoriálnym okolnostiam fyziologickým, psychologickým, sociálnym, diétnym a environmentálnym ohrození podvýživou. Sestra preto hrá kľúčovú úlohu v prevencii, vrátane prevencie malnutricie a zaisťuje včasné intervencie pri výskyte nutričných problémov sledovaním rizikových oblastí a významných známk, ktoré môžu ovplyvniť príjem potravy a tekutín (Pokorná, 2013).

Stravovanie dnešnej populácie aj stravovanie seniorov nezodpovedá požiadavkám zdravej výživy. Zdravá výživa má mať potrebnú energetickú denzitu s vyváženým obsahom makronutrientov (tuky, cukry, bielkoviny) a taktiež mikronutrientov, ku ktorým zaraďujeme minerálne látky, vitamíny, stopové prvky a vodu. Príjem potravy by mal korelovať s aktuálnymi energetickými potrebami jednotlivca. V dôsledku nesprávneho stravovania seniorov môže nastať zhoršenie ich zdravotného stavu, oslabenie imunity, úbytok svalovej hmoty, obmedzenie mobility, čo často vedie k deficitu schopnosti postarať sa o seba (Stránský, 2015).

10.1 Zásady stravovania a špecifiká príjmu potravy

Zdravá výživa seniora musí byť energeticky dostatočná, s vyváženým množstvom jednotlivých makronutrientov – bielkovín, sacharidov a tukov, mikronutrientov – vitamínov, minerálnych látok a stopových prvkov. Dôležité miesto zastáva správny pitný režim. Strava by mala byť pestrá, pravidelná, chutná, frekvenčne rozdelená podľa požiadaviek jednotlivca. Dôležitá je aj kultúra stravovania. V prípade potreby je vhodné upraviť konzistenciu stravy a tiež rešpektovať potrebné dietetické opatrenia. Potreba pre príjem energie v súvislosti so znižovaním aktivity klesá približne o 2-3% za každé desaťročie. Príjem energie úzko koreluje s energetickými potrebami organizmu. Senior vo veku 75 rokov by mal prijímať približne 105-126 kJ/kg/deň. U chronicky chorých môže dôjsť k zvýšenej potrebe energetického príjmu.

Biologickú a energetickú hodnotu prijímanej potravy zabezpečuje optimálny príjem nutrientov, pričom bielkoviny by mali tvoriť 10 až 15% denného energetického podielu, sacharidy 55 až 75% a tuky približne 30%. Zníženie kalorického príjmu je vhodné dosiahnuť obmedzením príjmu hlavne živočíšnych tukov a jednoduchých cukrov. Zmeny v množstve

prijímanej potravy často vychádzajú z pridružených ochorení vyžadujúcich dodržiavanie diéty bez kompenzácie vhodnými nutričnými doplnkami, psychickým stavom a kognitívnymi poruchami. Neustále sa zhoršujúca ekonomická situácia vedie seniorov siahť po menej kvalitných potravinách. Mnohí seniori žijú osamelo a príprave stravy nevenujú dostatok pozornosti, častejšie siahajú po polotovaroch s obsahom konzervantov a ochucujúcich látok alebo si varia na viac dní dopredu a tak sa opakovaným prihrievaním znižuje biologická hodnota prijímaných jedál. Viacdňové uskladnenie takto pripravených jedál môže byť príčinou vzniku alimentárnych ochorení prejavujúcich sa dyspeptickými problémami, nechutenstvom, hnačkami, nauzeou, vracaním vedúcim k dehydratácii a následnému metabolickému rozvratu. Aj obmedzený sociálny kontakt vedie k jednotvárnej a stereotypnej príprave jedál.

Príjem potravy ovplyvňujú aj zmeny zmyslového vnímania. Zmeny zraku spôsobujú problémy pri nakupovaní a príprave jedla. Seniori si často nevedia prečítať etikety na potravinách, návod na prípravu, dátum spotreby. Obmedzenie zručností, nevhodné osvetlenie pri použití kuchynských spotrebičov znižuje motiváciu a potešenie z prípravy jedla. Chuťový a čuchový pôžitok z jedla je narušený, čo mnohokrát vedie ku konzumácii nevhodných potravín (Hegyí, Krajčík, 2015; Puteková, Matrinková, Boroňová, 2015; Puteková, Kabátová Martinková, 2016; Krajčík, Mikus, Bajanová a kol., 2018).

Výživa je jeden z hlavných faktorov vonkajšieho prostredia, ktorý sa uplatňuje pri vzniku, v prevencii a liečbe ochorení. Je považovaná za základnú biologickú potrebu človeka, dodáva organizmu energiu a látky dôležité pre jeho stavbu a normálne fungovanie. Jednou z najčastejších porúch výživy je malnutícia z nedostatku alebo nadbytku, karencia vitamínov a minerálnych látok (Lukáš, 2014).

Včasná identifikácia rizikových seniorov umožňuje zlepšiť ich nutričný stav a zabrániť zhoršovaniu zdravotného stavu a vzniku komplikácií. Problémy v oblasti výživy môžeme predpokladať u seniorov s nedostatočným alebo naopak nadmerným príjmom potravy, u seniorov s problémami v dutine ústnej, so zmenami pohyblivosti, pri deficite sabaopatery, nedostatku finančných prostriedkov, u osamelých seniorov, pri trávaciach problémoch, u seniorov s nádorovým ochorením, ochorením pečene, pankreasu, obličiek, diabetikov a duševne chorých. K zhoršeniu výberu konzumovanej stravy môže viesť aj znížená pohyblivosť a zhoršenie zraku, čo seniora obmedzuje pri nákupoch a tiež pri príprave pokrmov.

Zdravotný stav seniorov ide ruka v ruku s výživou. Zdravotný stav ovplyvňuje výživu a výživa ovplyvňuje zdravotný stav. Nedostatočná výživa negatívne ovplyvňuje zdravotný stav. Dôsledkom je únava, neschopnosť sebaobsluhy úbytok svalovej hmoty, pripútanie na lôžko, vznik dekubitov. Môžu vznikajúť infekčné komplikácie ako je zápal pľúc. Pri senioroch s podvýživou dochádza ku komplikovanému hojeniu rán (Boháčová, 2011). Prispieva k tomu i porucha imunitného systému, ktorá môže vyústiť do bronchopneumónie, močovej infekcie až septického stavu. Malnutícia môže spôsobovať zhoršenie motility čreva, zhoršenie črevnej bariéry a v dôsledku toho i translokáciu baktérií do krvného obehu. Znížená koncentrácia plazmatických bielkovín vedie k poklesu onkotického tlaku plazmy. Vznikajú opuchy, porušený je transport železa, kortizolu a liekov.

„S poklesom bazálneho metabolizmu, poklesom tvorby a koncentrácie trijódtyronínu dochádza k poklesu termoregulácie, ktorá sa prejavuje znížením telesnej teploty

a zimomravosťou. V dôsledku nedostatku vitamínov a stopových prvkov môže dôjsť k postihnutiu krvotvorného systému a k rozvoju anémie či pancytopenie. U staršej populácie často nachádzame mnohopočetnú patológiu“ (Kabátová, Gurínová, 2016).

10.2 Makronutrienty - bielkoviny, sacharidy, tuky

Bielkoviny zohrávajú dôležitú úlohu v ľudskom tele. Jedná sa o dusíkaté látky, okrem uhlíka, vodíka a kyslíka obsahujú dusík, niekedy aj síru, fosfor a iné prvky. Základom makromolekuly bielkovín sú aminokyseliny (AMK). Sú dôležité pre stavbu buniek, orgánov a tkanív, podieľajú sa na metabolických procesoch, veľkú úlohu zohrávajú v obranschopnosti organizmu, zaisťujú transport látok dôležitých pre telo. Biologická osobitosť bielkovín v tele človeka spočíva v tom, že človek prijíma výživou rôzne cudzie bielkoviny, štiepi ich enzýmami na aminokyseliny a z nich si vytvára svoje vlastné bielkoviny. Na tvorbu bielkovín – proteosyntézu je potrebné, aby bolo v tele k dispozícii dostatočné množstvo všetkých 20 aminokyselín. Časť z nich si organizmus dokáže vytvoriť a nemusia byť nevyhnutne zastúpené v prijímanej potrave – neesenciálne aminokyseliny. Časť z nich si organizmus nedokáže syntetizovať a musia byť prítomné v prijímanej potrave – esenciálne aminokyseliny. Bielkoviny obsahujúce všetky esenciálne aminokyseliny sú plnohodnotné/kompletné – bielkoviny vajec, mäsa, rýb, mlieka. Ak sa v bielkovine nachádza menej esenciálnych aminokyselín alebo niektoré chýbajú – neplnohodnotné/nekompletné bielkoviny – rastlinné bielkoviny strukovín, orechov, semien, obilnín.

Bielkoviny, ktorým chýbajú niektoré aminokyseliny je potrebné vhodne dopĺňať a kombinovať (zemiaky s mliekom, cestoviny so syrom).

Bielkoviny majú tiež energetickú hodnotu (1g bielkovín = 4,1 kcal (17,2 kJ), ale telo ju využíva len v určitých situáciách (hladovka). Majú tvoriť 15% celkového denného energetického príjmu, čo je približne 0,8 - 1,2 g/kg. Dospelý človek teda potrebuje denne 75 až 125 g bielkovín. Množstvo bielkovín nie je vhodné vo vyššom veku znižovať, práve naopak z dôvodu vyššej chorobnosti sa kladie dôraz na ich dostatočný príjem. Vhodná je zmena pomeru zastúpenia rastlinných a živočíšnych bielkovín a tiež dbať na ich kvalitu. Vhodnými potravinami pre seniorov sú maslo, mlieko, tvaroh, jogurty a iné kyslomliečne výrobky aj pre nezanedbateľný prísun vápnika potrebného aj z hľadiska prevencie vzniku osteoporózy, z pohľadu adekvátneho príjmu železa je vhodná konzumácia mäsa, hlavne chudého hovädzieho, jahňacieho, kuracieho, vhodné sú aj ryby a vajcia, strukoviny. Vhodnou kombináciou rastlinných a živočíšnych bielkovín sa dosiahne vyššia biologická hodnota prijímanej potravy (Stránský, 2015; Krajčík, Mikus, Bajanová a kol., 2018).

Sacharidy sú hlavným a rýchlym zdrojom energie, ktorú organizmus potrebuje pre svoju činnosť. Ich dostatočný príjem šetrí rezervy telesných bielkovín a tukov. Ak ich je príjem nadmerný vytvára sa zásoba energie vo forme podkožného tuku. Obsah energie v 1 g sacharidov = 4,1 kcal (17,2 kJ) a ich doporučené množstvo v príjme predstavuje 4 – 4,5 g/kg/deň. V starobe však spotreba energie klesá vplyvom zníženej fyzickej aktivity. Opakom je zvýšená spotreba vplyvom chronických ochorení, ako sú respiračné ochorenia a srdcová nedostatočnosť. Množstvo sacharidov vo výžive seniora by malo zodpovedať najmenej 50% celkového denného energetického príjmu. Doporučený príjem je však individuálny a závisí od potreby energie a bielkovín. S pribúdajúcim vekom sa metabolizmus sacharidov stáva

labilnejším, klesá tolerancia na glukózu. Pre udržanie konštantnej glykémie je vhodné preferovať takzvané komplexné sacharidy s nízkym glykemickým indexom. Strava s vyšším glykemickým indexom je významným rizikovým faktorom vzniku katarakty. V jedálničku seniora by nemali chýbať celozrnné obilniny, strukoviny, jablká, citrusové plody, banány, kiwi, mango, kukurica, varené zemiaky, mlieko, jogurt, ryža, pohanka, sója, čím zabezpečíme aj potrebný príjem vlákniny, ktorá plní významnú úlohu pri odbúravaní nadbytočného cholesterolu, urýchľuje črevnú pasáž a tak pomáha eliminovať riziko vzniku zápchy. Odporúčaný denný príjem vlákniny u dospelých je 20 až 35g/deň. Vhodné je znížiť príjem rafinovaného cukru, ktorý zhoršuje glykoreguláciu (Stránsky, 2015; Kasper, 2015; Krajčík, Mikus, Bajánová a kol., 2018).

Lipidy – tuky zaraďujeme medzi makronutrienty s najväčšou energetickou hodnotou. Hlavnú úlohu zohrávajú v mechanickej a tepelnoizolačnej ochrane organizmu. Tuky sú skupina látok vyznačujúcich sa tým, že sú zle rozpustné vo vode. Sú to zlúčeniny glycerolu a mastných kyselín. Prítomnosť tukov v potrave ovplyvňuje chuť potravy, jej vôňu a konzistenciu, vstrebávajú sa v nich vitamíny rozpustné v tukoch (A, D, E, K), farbivá a koreniny. Rozlišujeme dva základné druhy tukov a to tuky rastlinné (oleje a stolné tuky) a tuky živočíšne (sadlo, loj, rybí tuk). Výhodou živočíšnych tukov je ich vyššia stabilita, dobré chuťové vlastnosti, jedlá s obsahom tuku sú sýtejšie. Tuky sa horšie vstrebávajú, ich nadbytok sa v tele ukladá do zásoby. Nevýhodou je aj vysoký obsah mastných kyselín a cholesterolu. Nadmerný prísun tuku v potrave podporuje vznik srdcovocievnych chorôb, obezity a cukrovky. Ani opačný extrém však nie je dobrý. Nízky príjem tuku v potrave sa prejavuje nedostatkom vitamínov rozpustných v tukoch a nedostatkom mastných kyselín, čo má za následok zlé hojenie rán alebo poruchy srdcového rytmu. Platí pravidlo, že tuky by mali tvoriť maximálne 30% celkového energetického príjmu. Obsah energie v 1 grame tukov zodpovedá 9 kcal/38 kJ.

Dôležité sú kyseliny so skupiny n-3 a n-6. V organizme udržiavajú dobrý stav ciev, pokožky, nervov, pečene, znižujú hladinu cholesterolu v krvi, majú preukázateľný antisklerotický účinok. Odporúča sa optimálny príjem omega 3 mastných kyselín, preto je vhodné aspoň dvakrát v týždni do jedálničky zaradiť ryby. **Omega -3** (n-3) mastné kyseliny najviac obsahujú: rastlinné oleje (tekvicový, repkový, makový, sójový), mastné morské ryby (losos, makrela, tuniak). Majú pre človeka viaceré zdravotne pozitívne vlastnosti – potláčajú zápalové procesy, tlmia krvnú zrážanlivosť a potláčajú sklon k tvorbe krvných zrazenín, majú protialergické účinky, zlepšujú imunitu, majú protirakovinové účinky, znižujú tlak krvi, zúčastňujú sa na prevencii cukrovky, u detí podporujú normálny rast a vývoj, majú kardioprotektívne účinky, znižujú hodnoty TAG (triglycerolov) v krvi.

Naopak vhodné je obmedziť príjem omega 6 mastných kyselín. Omega - 6 (n-6) mastné kyseliny najviac obsahujú rastlinné oleje (slnečnicový, sójový, makový, kukuričný), slnečnicové, ľanové, sezamové semená, orechy, avokádo. Majú významnú úlohu pri signálnych procesoch v bunke, podporujú zápalový proces a zrážanie krvi. Za optimálny pomer n-6 a n-3 MK sa pokladá 1 – 1,5: 1, za prijateľný pomer 4-5:1 alebo nižší. Medzi tukovými látkami má zvláštny význam **cholesterol**, ktorý sa nachádza len v živočíšnych tukoch. Je veľmi zle rozpustný v krvnej plazme, vekom sa ukladá do stien ciev a tým vznikajú chorobné zmeny, ktoré nazývame ateroskleróza. Príjem cholesterolu, by nemal presiahnuť 300 mg denne (Stránský, 2015).

Tab.28 Obsah cholesterolu vo vybraných potravinách (Zdroj: Úradníčková a kol., 2021).

Obsah cholesterolu v mg/ 100 g potraviny			
Hovädzie mäso	59	Plnotučné mlieko	14
Bravčové mäso	69	šľahačka	100
Hovädzia pečeň	270	Syr eidam	72
Saláma (priemer)	80	Jogurt, kefir	7
párky	46	cmar	1
Mozoček teľací	2200	Maslo	230
sardinky	100	žltok	1260

10.3 Mikronutrienty - vitamíny, minerálne látky, stopové prvky

Vo výžive človeka k mikronutrientom zaraďujeme vitamíny, minerálne látky a stopové prvky. Napriek tomu, že ich prijímame v malých množstvách, majú pre organizmus nezastupiteľnú úlohu (Trnková, Matulníková, Ševčovičová, 2020).

Vitamíny sú organické látky zabezpečujúce mnoho metabolických pochodov v ľudskom tele. Hlavný význam vitamínov vo výžive človeka spočíva v usmerňovaní biochemických premien v bunkách, kde pôsobia ako katalyzátory. Vitamíny sú ochranné látky. Organizmus človeka nie je schopný vitamíny vytvoriť. Prijíma ich buď hotové alebo v látkach, ktoré následne premieňa na vlastné vitamíny – provitamíny. Nedostatok vitamínov vedie k poruchám látkovej výmeny. Prejavom ich úplného nedostatku je avitaminóza, pri ich zníženom príjme môže vzniknúť hypovitaminóza a naopak ojedinele sa môžeme stretnúť s hypervitaminózou, najčastejšie pri nadmernom príjme vitamínových prípravkov.

Vitamíny sa označujú veľkými písmenami a rozdeľujeme ich do skupín. **Vitamíny A, D, E a K sú rozpustné v tukoch, teda liposolubilné a môžu sa ukladať do tukových zásob tela. Horšie sa z organizmu vylučujú, môžu sa v organizme hromadiť, čo má za následok škodlivú reakciu. Nachádzajú sa prevažne v tukových zdrojoch, vstrebávajú sa spolu s tukmi.**

Medzi vitamíny rozpustné vo vode – hydrosolubilné zaraďujeme vitamín C a vitamíny skupiny B: B1, B, B6, PP, vitamín B12, kyselinu listovú, ktoré sa z tela rýchlo vylučujú. Nachádzajú sa hlavne v ovocí, zelenine, obilí, v tele netvoria zásoby a pri ich nadbytku sa vylučujú močom.

V mnohých prípadoch majú seniori nedostatok vitamínov z dôvodu ich zhoršeného vstrebávania, preto je potrebné príjem vitamínov v tomto veku zvyšovať (Fajfrová, Pavlík, 2013). Vo výžive seniorov je potrebné venovať pozornosť prísunu vitamínov skupiny B, hlavne vitamínu B1, B6, B12, vitamínu D, C a E. Možný nedostatok niektorých vitamínov môže byť u seniorov spôsobený aj ich zhoršeným vstrebávaním.

Vitamín B1 – Thiamin je rozpustný vo vode. Hlavnú úlohu má pri metabolizme a trávení sacharidov. Je termolabilný a rýchlo sa rozkladá vplyvom tepla. Pôsobí upokojujúco, tlmí

úzkosť. Vylučuje sa potom. Jeho nedostatok sa prejavuje poruchou činnosti hladkej svaloviny tráviacej sústavy, poruchami trávenia, úbytkom svalovej hmoty, zápalom nervov, bolesťou končatín a celkovou slabosťou. Jeho zvýšený príjem je vhodný pri strave bohatej na sacharidy, u alkoholikov, pri nadmernej telesnej námahe, pobyte v horúcom prostredí. U seniorov jeho denná potreba pohybuje cca 1,2mg/deň u mužov a 1,0 mg/deň u žien.

Zdrojom vitamínu B1 sú celozrnné produkty, strukoviny, zemiaky, mlieko, vajcia, orechy a pekárenské droždie (Kasper, 2015; stránský, 2015; Dimunová a kol., 2018).

Denná potreba **vitamínu B2 – riboflavínu** sa pohybuje u oboch pohlaví rovnako v rozmedzí 1,2 až 1,4 mg/deň. V organizme reguluje rast a obnovu buniek, udržiava dobrý stav slizníc. Pri jeho nedostatku vznikajú zápaly v dutine ústnej a vytvárajú sa takzvané kútiky. Bohatým zdrojom sú vnútornosti, pečeň, mlieko, vajcia, droždie.

Vitamín B3 – niacín, kyselina nikotínová je v prírode zastúpený pomerne dostatočne a s jeho nedostatkom sa môžeme stretnúť u ľudí s nedostatočnou výživou. V organizme reguluje metabolické pochody a nachádza sa v pečeni, mäse a rybách, v rastlinných potravinách prednostne v obilninách, strukovinách, arašidoch a droždí.

V boji proti infekciám, stresu a únave hrá významnú úlohu **kyselina pantoténová – vitamín B5**, ktorý sa nachádza v kvasniciach, orechoch, obilninách.

Vitamín B6 – pyridoxin je dôležitý pri tvorbe protilátok, zasahuje do premeny erytrocytov, sacharidov, ovplyvňuje imunitu a nervové procesy. Nedostatok tohto vitamínu spôsobuje zápaly spojiviek, sliznice nosa, môže sa objavovať nevoľnosť, depresie, únava, anémia. Jeho potreba pre muža seniora je 2 mg/deň, u žien je to 1,6 mg/deň. Obzvlášť je potrebné akceptovať doporučené množstvo tohto vitamínu u ľudí vo veku 70 a viac rokov, nakoľko pri jeho deficite dochádza k vzostupu plazmatických hladín homocysteínu (ukazovateľ nedostatku vitamínu B6). Nachádza sa v mnohých potravinách, najviac ho obsahuje mäso a celozrnné potraviny, banány, špenát, pečeň a mäso.

Vitamín B9 – kyselina listová sa podieľa na metabolizme bielkovín, potrebný je pre tvorbu červených krviniek. Vhodný je aj pri liečbe depresí a podvýživy. V jedálničku by preto nemalo chýbať ovocie, čerstvá zelenina, droždie, obilné klíčky a pečeň. Denná potreby **kyseliny listovej – acidum folicum** je pre muža 200µg/deň, pre ženu 180 µg/deň. Pri jej nedostatočnom príjme môže dôjsť k vzostupu plazmatickej hladiny homocysteínu

Činnosť nervového systému, tvorbu acetylcholínu a červených krviniek – erytrocytov ovplyvňuje ďalší z vitamínov zo skupiny B, ktorého vstrebáva podporuje kyselina žalúdočná a to **kyanokobalamín - vitamín B12**. Jeho zásoby sa vytvárajú prednostne v pečeni. Odhaduje sa, že potreba vitamínu B12 sa v starobe pohybuje okolo 2 mg/deň pre obidve pohlavia, čo nemusí byť vždy dostatočné, hlavne u seniorov s dysmikrobiou, atrofickou gastritídou alebo malnutríciou. Nachádza sa pečeni, rybách, mäse, vajciach a v mlieku. Pri jeho nedostatku hrozí vznik anémie.

Vitamín C - Kyselina askorbová je dôležitý pre normálnu funkciu všetkých orgánov ľudského tela, kostí, chrupaviek a zubov. Uľahčuje tvorbu červených krviniek, podporuje vstrebávanie železa, pomáha pri zlomeninách, podporuje zrážanie krvi. Podieľa sa na tvorbe medzibunkovej základnej hmoty a podporuje odbúravanie cholesterolu v cievach. Jeho deficit je spôsobený zníženým príjmom pri nesprávnom výber jednotlivých potravín, predovšetkým nedostatočným príjmom zeleniny a ovocia. Jeho hypovitaminóza má pre seniorov negatívne dôsledky. Vedie k častejším infekciám a zhoršenej rekonvalescencii, podporuje predčasný

vznik sivého zákalu, krvácanie z ďasien, znižuje imunitu a zhoršuje hojenie rán. Častá býva aj celková slabosť a únava. Nedostatok tohto vitamínu podmieňuje aj jeho zvýšená spotreba u fajčiarov, ale aj polypragmázia a stres seniora. Ženy by mali denne prijať vitamínu C 75 mg a muži 150 mg, pričom sa jeho vyššie hladiny vylučujú z organizmu močom. Dôležité je spomenúť, že jeho vysoké dávky podporujú tvorbu kryštálov, ktoré sa ukladajú vo forme kyseliny močovej v kĺboch. **Nachádza sa** v čiernom ríbezli, citrusových plodoch, šípkach, kyslej kapuste, zemiakoch, paprike, paradajkách a ovocí. Jeho úplný nedostatok – avitaminóza je dnes vzácna a spôsobuje ochorenie nazývané skorbut (Kasper, 2015; Stránský, 2015; Dimunová a kol., 2018).

Deficit liposulubilného **vitamínu D (Kalciferol)** môže byť u seniora spôsobený kumuláciou viacerých príčin. Najčastejšie sa jedná o nedostatok svetla, stravu chudobnú na vitamín D alebo jeho znížená resorbcia z tráviaceho traktu. Seniorom, ktorí nie sú dostatočne exponovaní slnečnému svetlu sa doporučuje suplementovať jeho dennú dávku 10 µg (40IU). Vitamín D obsahujú slede, úhor, losos, huby, vaječné žĺtky, niektoré syry a mliečne výrobky, sardinky, oleje z rybej pečene, kakao, kvasnice, trešcia pečeň, tuniak, rybí olej.

Denná potreba vitamínu A – Retinolu je pre seniora 800 až 1000µg, pričom počas staroby skôr môže dôjsť k riziku preťaženia týmto vitamínom v súvislosti so spomalením odsunu lipoproteínov bohatých na karotenoidy a retinylestery do pečene. Jeho zásoba v organizme závisí jednak od prijímanej stravy, ale aj ročného obdobia. Nachádza sa najmä v živočíšnych potravinách a jeho bohatým zdrojom je pečeň morských rýb, pečeň a iné vnútornosti teplokrvných zvierat, maslo, vajcia, mlieko a mliečne výrobky. Potreba vitamínu A sa v tele kryje aj jeho provitamínom – betakaroténom, ktorý sa v pečeni premieňa na vitamín A. Bohatým zdrojom betakaroténu je mrkva, kel, špenát, šalát, marhule, paradajky a hokkaido.

Vitamín E - Tokoferol je potrebný pre ochranu buniek, slúži ako antioxidant, je zodpovedný za normálny rast a vývin svalov, funkciu krvného obehu, nervového a zažívacieho systému. Pôsobí protizápalovo, zabraňuje prejavom starnutia, podporuje imunitu. Jeho prísun môže byť v období staroby ovplyvnený zmenou stravovacích zvyklostí, predovšetkým znížením príjmu tuku. Jeho denná potreba je pre seniora 10mg/deň. Nachádza sa v potrave rastlinného aj živočíšneho pôvodu. Dôležitým zdrojom sú rastlinné oleje, orechy a jadrá, celozrnné produkty, obilné klíčky a listová zelenina, menej sa vyskytuje v potravinách živočíšnych – vaječný žĺtok, mäso, pečeň, mlieko.

Pre tvorbu látok ovplyvňujúcich zrážanie krvi je nevyhnutný **vitamín K – fylochinón**. Denná potreba pre muža je 80µg, pre ženu 65 µg na deň. Jeho nedostatok môže spomaliť zrážanie krvi a spôsobiť zvýšenú krvácanosť. Jeho výborným zdrojom je špenát, tmavolistová zelenina, ovsené vločky, vaječný žĺtok, ale aj syry.

Vitamín D – kalciferol ovplyvňuje premenu fosforu a vápnika a zabezpečuje ich rovnováhu, spolu s hormónom príštinných teliesok reguluje hospodárenie s vápnikom. V prírode sa nachádza prednostne vo forme provitamínov. Jeho nedostatok môže viesť k mäknutiu kostí a poruche tvorby zubov. Naopak pri jeho nadbytku môžu nastať poruchy trávenia, zvracanie, nechutenstvo, strata telesnej hmotnosti. Súčasne sa však z organizmu vyplavuje aj vápnik a fosfor (Fajfrová, Pavlík, 2013; Kasper, 2015; Dimunová a kol., 2018, Krajčík, Mikus, Bajanová a spol., 2018).

Minerálne látky a stopové prvky sú anorganické látky, ktoré si organizmus nemôže, nevie vytvoriť. V organizme človeka sú dôležité pre udržiavanie rovnováhy vody a elektrolytov,

udržívajú homeostázu, dôležité sú pre rast a správne fungovanie orgánov, sú súčasťou mnohých biochemických pochodov v metabolizme jednotlivých živín. Význam zohrávajú aj pri vedení nervových vzruchov, ovplyvňujú kontrakciu svalov. Sú súčasťou vitamínov, enzýmov a zúčastňujú sa na hormonálnej aktivite. Prijímame ich potravou, vstrebávajú sa s vodou a vylučujú obličkami, stolicou a potom. Niektoré orgány ich ukladajú do zásoby a uvoľnia ich v prípade ich nedostatku (pečeň, slezina – železo, zuby, kosti – vápnik, štítna žľaza – jód).

V období staroby dochádza k zmene vstrebávania mnohých živín, mení sa skladba prijímanej potravy, čo vedie pomerne k častým poruchám metabolizmu minerálov a stopových prvkov (Minárik, Chlebo, 2017; Dimunová a kol., 2018; Krajčík, Mikus, Bajanová a kol., 2018).

Vo výžive seniorov je potrebné venovať pozornosť prísunu jednotlivých minerálnych látok a stopových prvkov. V seniorskom veku sú často v dysbalancii hlavne vápnik, horčík, zinok, železo, sodík, draslík.

Sodík - Na v ľudskom tele slúži ako regulátor osmotického tlaku a acidobázickej rovnováhy. Reguluje telesné tekutiny a je súčasťou tráviacich štiav, reguluje dráždivosť svalov. Nedostatok sodíka vo výžive spôsobuje seniorom svalové kŕče a apatiu, výkyvy tlaku krvi. Jeho nadbytok zvyšuje obsah vody a vytvára opuchy. Zdrojom sodíka je kuchynská soľ, konzervované výrobky. Optimálna dávka sodíka je 5 -7 g/deň, na čo by mali myslieť hlavne ľudia s vyšším krvným tlakom.

Draslík - K je dôležitý minerálny prvok potrebný pri elektrochemických dejoch. Podieľa sa na hospodárení vodou v tele, raste buniek, tvorbe glykogénu a nervových procesoch. Jeho nedostatok, ale aj nadbytok spôsobuje poruchy hladkého a priečne pruhovaného svalstva. Narozdiel od sodíka, draslík pomáha vodu z organizmu vylučovať. Optimálna dávka draslíka je 2000mg/deň. Obsahujú ho banány, kiwi, čerešne, pomaranče, melóny, zeler, paradajky, zemiaky, sušené ovocie - marhule.

Jedným z najdôležitejších minerálov v tele je **vápnik – Ca**. Tvorí základ zubov a kostí. Je nenahraditeľný pre správnu funkciu buniek, svalové sťahy, prenos nervových impulzov a zrážanie krvi. Jeho absorpciu znižuje nedostatok vitamínu D, oxaláty, fytáty, vláknina, vysoký prísun tukov a fosfátov, zvýšená črevná motilita, niektoré choroby (M. Crohn, celiakia), niektoré lieky, stavy po resekcii čriev. Vylučovanie vápnika močom zvyšuje strava bohatá na bielkovinu, kuchynská soľ, pravidelná konzumácia alkoholu, káva, hladovanie a niektoré acidózy. Naopak absorpciu vápnika zvyšuje laktóza, laktulóza, oligofruktóza, aminokyseliny lyzín a arginín hlavne v mlieku a mliečnych výrobkoch, vitamín D a omega-3 polynenasýtené mastné kyseliny. Štúdie poukazujú na deficitný príjem vápnika u 35% starších osôb, 15% ľudí nad 80 rokov malo príjem menší než 50% doporučeného príjmu. Jednou z príčin deficitného príjmu je znížená konzumácia mlieka a mliečnych výrobkov v dôsledku zvýšenej laktózovej intolerancie. Doporučená dávka Ca pre osoby nad 50 rokov je 1 200 mg na deň, pre seniorov je to 1500 mg na deň. Dôležitým zdrojom vápnika sú mlieko a mliečne výrobky, vrátane syrov (Stránsky, 2015; Zlatohlávek et al., 2016).

Nenahraditeľný pre množstvo telesných funkcií, vrátane prenosu nervových impulzov, tvorby zubov, kostí a svalových sťahov je **horčík – Mg**. Potrebný je aj pre veľký počet biochemických reakcií v rámci metabolizmu. V ľudskom tele je štvrtým najviac zastúpeným kationóm a popri draslíku je druhým najčastejším kationóm intracelulárnym. Nedostatok môže viesť k neuromuskulárnej dysfunkcii. Hlavným zdrojom Mg v potrave listová zelenina.

V rámci pitného režimu je vhodné nezabudnúť na minerálnu vodu s obsahom horčíka a vápnika. napr. Gemerka, Magnézia.

Jednou z nenahraditeľných zložiek potravy potrebných pre správnu funkciu mnohých enzýmov je **zinok- Zn**. Dôležitú úlohu zohráva hlavne pri tvorbe hormónov, enzýmov, hospodárení s vitamínmi, ovplyvňuje imunitu, hojenie rán. Jeho absorpcia však s vekom klesá. Deficit zinku sa u starších ľudí spája nielen s vyšším výskytom infekčných ochorení, ale v dôsledku oxidačného stresu a zvýšenej produkcie zápalových cytokínov súvisí s celým radom ďalších chronických neinfekčných ochorení (Mináriková, Minárik, 2015; Minárik, Chlebo, 2017; Dimunová a kol., 2018 Trnková, Matulníková, Ševčovičová, 2020).

Pri tvorbe hemoglobínu (červené krvné farbivo) za pomoci vitamínu B12 sa zúčastňuje **železo – Fe**, ktoré sa nachádza v mäse, vnútornostiach, vaječnom žĺtku a rastlinných potravinách ako sú strukoviny, špenát a ovocie. Zdravie nechtov, vlasov, pokožky ovplyvňuje **síra**, ktorá sa nachádza vo vajciach, cesnaku, chreni. **Jód** ovplyvňuje správnu činnosť štítnej žľazy, čo sa pri jeho nedostatku môže prejaviť hypotyreózou – zníženou činnosťou štítnej žľazy a preto je vhodné konzumovať morské ryby, morské plody, černice a čučoriedky a do pitného režimu zaradiť pitnú vodu. Kostné tkanivo a zuby posilňuje **flór**, ktorého nedostatok v pitnej vode vedie k vzniku zubného kazu. Nájdeme ho v banánoch, droždí, brokolici, citrónoch, ale aj v broskyniach. Imunitu posilňuje **selén**, ktorého bohatým zdrojom je cesnak, cibuľa, bravčové mäso a droždie (Minárik, Mináriková, 2015; Úradníčková a kol., 2021).

Tab. 29 Odporúčané výživové dávky pre obyvateľov Slovenskej republiky 9. revízia (Zdroj: Kajaba a kol. 2015)

Výživový faktor	Nepracujúce ženy				Nepracujúci muži			
	65 (63) – 79 rokov	E (%)	80 a viac rokov	E (%)	65 (63) – 79 rokov	E (%)	80 a viac rokov	E (%)
Energia (kJ/deň)	8200		7700		9200		8200	
Bielkoviny (g)	56	11,5	55	11,8	62	11,5	60	12,3
Tuky (g)	68	31,4	65	31,6	75	31,4	70	32,3
Sacharidy (g)	279	57,1	262	56,6	307	57,1	270	55,4
Vápnik (mg)	1200		1200		1200		1200	
Vláknina (g)	22		20		24		22	

10.4 Pitný režim seniorov

Voda pre človeka predstavuje esenciálnu látku, ktorá má viacero funkcií: vytvára vhodné prostredie pre priebeh biochemických reakcií, rozpúšťa živiny, transportuje látky v organizme a udržiava telesnú teplotu, odvádza odpadové produkty a udržiava homeostázu – stálosť vnútorného prostredia. Obsah vody v organizme je závislý od veku, pohlavia a individuálnych rozdielov. Príjem a výdaj vody je vyšší pri telesnej záťaži, v horúcom prostredí a taktiež pri niektorých ochoreniach. Za fyziologických podmienok má byť príjem a výdaj vody v rovnováhe.

Podobne ako výživa aj zabezpečenie adekvátnej hydratácie organizmu je základným pilierom výživy. U ľudí vo vyššom veku sa veľmi často stretávame s dehydratáciou (odvodnením). Starší ľudia čelia prirodzenému úbytku tekutín v organizme a tiež citlivejšie reagujú na ich

nedostatok. Organizmus potrebuje vodu na výživu, odstraňovanie odpadových látok v organizme cez kožu, pľúca aj obličky a stolicou a na zabezpečenie miliardy biochemických pochodov. Zlým zavodením organizmu sa zvyšuje riziko trombózy, zápchy. Dehydratácia spôsobuje nepríjemný pocit v ústach, častejší výskyt infekcie močových ciest, vyvoláva zhoršené prekrvenie mozgu, čo spôsobuje zmätenosť, kolapsové stavy, poruchy vedomia alebo imituje náhlu cievnu mozgovú príhodu. Príjem tekutín by mal byť rovnomerný po celý deň, nápoje podávané k hlavným jedlám by sa mali stať pravidlom. Množstvo tekutín je potrebné u osôb s nízkym príjmom zvyšovať postupne. U starších zabúdajúcich osôb môžu byť umiestnené nápoje na ich viditeľných obľúbených miestach napríklad pri televízore, alebo na nočnom stolíku. Tekutiny patria ku všetkým hlavným jedlám, sú veľmi vhodné i pri zníženej produkcii slín a pri ťažkostiach s prehĺtaním (Stránský, 2015).

Do organizmu sa voda dostáva aj spolu z potravou, časť vody (cca 300 ml) vzniká oxidáciou makronutrientov. Naopak denné straty močom, potením, pľúcami a stolicou predstavujú približne 2 až 2,5 l. Pri senioroch je nutné sledovať rovnováhu medzi príjmom a výdajom tekutín. Z praxe vieme, že seniori mnohokrát nepociťujú smäd. Mnohokrát nedodržia pitný režim z pohodlnosti. Ak telu dodáme dostatok tekutín, tak je telo schopné udržať funkciu obličiek. Z organizmu sa tak vylučujú škodlivé látky, ktoré v tele vznikajú. Nedostatok tekutín spôsobuje aj bolesti hlavy, pokles fyzickej a psychickej výkonnosti, pocit slabosti, nevoľnosť, zvyšuje sa riziko vzniku trombózy a zápchy. Dehydratácie tiež spôsobuje suchosť kože a slizníc, častejší výskyt infekcií močového traktu a tiež kvalitatívne alebo kvantitatívne poruchy vedomia. K vzniku dehydratácie môže prispieť aj užívanie niektorých liekov. Ďalším problémom sú nevhodné nápoje. Ak nahradzujeme vodu umelými nápojmi, vyvolávame stresovú reakciu (stimulačný efekt kofeínu a teínu v káve a čaji, taurínu v energetických nápojoch), diuretickú odozvu a ďalšie straty vody, zvyšujeme glykémiu a stimulujeme pankreas s dosahom nielen na metabolizmus cukrov, ale aj tukov (cholesterol). Často sú to sladené nápoje, sirupy, limonády. To má za následok ďalšie komplikácie ako diabetes mellitus, hypertenzia a ďalšie. Pozor je potrebné dávať aj pri konzumácii minerálnych vôd. Denný príjem tekutín je individuálny, vychádzajúc z teploty, vlhkosti vzduchu, nadmorskej výšky, telesnej aktivity, prísunu kuchynskej soli, tráviacich potiaží a akútnych a chronických ochorení. Doporučený pitný režim je 1,5 - 2 litre tekutín za deň, u seniora by nemal byť nižší ako 1600 ml. Piť pravidelne v malých dávkach, nepiť nárazovo, aby sa nezaťažovali obličky. Vo všeobecnosti sa za ideálnu tekutinu považuje čistá voda, ale aj tu je potrebné zohľadniť obsah niektorých minerálov. Hypertonici a kardiaci by nemali piť vodu s vyšším obsahom sodíka, naopak vhodná je pre seniorov s prekolapsovými stavmi spojenými so zmätenosťou. V prevencii a liečbe osteoporózy je vhodná voda s obsahom vápnika, vyšší obsah magnézia pozitívne reguluje elektrostabilitu prevodového systému srdca pri arytmiách. Vhodné sú aj stolové vody kombinované s nízkomineralizovanými vodami (vhodné prekonzultovať s lekárom), ovocné a bylinkové nesladené čaje (slabý zelený, čierny čaj), prírodné zeleninové a ovocné šťavy a vodou riedené 100% džúsy (Matějovská Kubešová, 2012; Stránský, 2015). Vo výžive seniorov je dôležitá pravidelná, pestrá strava, výber vhodných jedál a ich zloženia, vhodná úprava konzistencie a prípravy stravy, dostatočný prísun energie s ohľadom na aktuálny zdravotný stav, pitný režim, adekvátny príjem kvalitných bielkovín, dostatočný príjem zeleniny a ovocia a tiež adekvátny príjem minerálnych látok, predovšetkým železa, zinku a vápnika. Vhodné je preferovať rastlinné tuky a oleje. Potrebnú pozornosť je potrebné

venovať aj sociálnej, ekonomickej situácii a aktuálnemu zdravotnému stavu seniora, rešpektovať jeho stravovacie zvyklosti, chuťové preferencie, stereotypy a rituály seniora. Svoje pozitívne miesto tu zohráva aj motivácia, edukácia a odstránenie príčin brániacich v príjme potravy.

Seniori predstavujú z pohľadu nárokov na optimálnu skladbu prijímanej potravy, prísun energie a živín pomerne heterogénnu skupinu. Ich nutričný stav je multifaktoriálne podmienený, často z pohľadu potreby jednotlivých živín deficitný. Je preto potrebné venovať tejto problematike dostatok pozornosti, nakoľko dobrý nutričný stav je kľúčovým aspektom zdravia a kvality života seniorov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BOHÁČOVÁ, V. 2011. Podvýživa seniorů. In *Pacientské listy. Příloha zdravotnických novin*. 2011. č.2, s. 22-23. ISSN 1335-4477.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha : Grada Publishing, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DIMUNOVÁ, L. a kol. 2018. *Diétológia a liečebná výživa I*. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2018. 190 s. ISBN 978-80- 8152- 681-7.

FAJFROVÁ, J., PAVLÍK, V. 2013. Vitamíny, jejich funkce a využití. In *Medicína pro praxi*. 2013, roč. 10, č. 2, S 81-84. ISSN 1803-5310.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2015. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava : Herba, 2015. 408 s. ISBN 978-808963-13-15.

HOZZOVÁ, J. 2015. Malnutrícia u seniorov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2015. roč. 8., č. 1. s 6-12. ISSN 1339 – 4193.

MINÁRIK, P., CHLEBO, P. 2017. *Výživa, potrava a ľudské zdravie*. Vybrané kapitoly z humánnej výživy. Energia, makronutrienty a mikronutrienty. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2017. 90 s. ISBN 978-80-8132-180-1.

KABÁTOVÁ, O., GURÍNOVÁ, M. 2016. Výskyt malnutrície u hospitalizovaných seniorov. In *Florence*. 2016, roč. 12, č. 5, s. 22-25. ISSN 1801-434X.

KAJABA, I. a kol. 2015. Odporúčané výživové dávky pre obyvateľov Slovenskej republiky (9. revízia). [online]. In *Vestník MZ, ročník 63, čiastka 4 –5, zo dňa 19.6.2015*. [citované 10.12.2024]. Dostupné na internete: <https://www.uvzsr.sk/web/uvz/odporucane-vyzivove-davky-pre-obyvateľstvo-v-slovenskej-republike1>

KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíne a dietetika*. Praha: Grada, 2015, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

KRAJČÍK, Š., MIKUS, P., BAJANOVÁ, E. a kol. 2018. *Výživa vo vyššom veku*. Bratislava: HERBA. 2018. 192. ISBN 978-80-89631-84-1.

LUKÁŠ, K. 2014. *Chorobné znaky a príznaky. Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MARTINKOVÁ, J. 2015. Význam výživy u seniora s demenciou. In *Nové trendy v ošetrovatel'stve II*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2015, s. 39 -40. ISBN 978-80-8082-863-9.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. 2012. Dehydratace nejen u seniorů, pitný režim, návrat k vodě. In *Medicína pro praxi*, 2012, roč. 9, č. 6, 7.s. 302–306. ISSN 1803-5310.

- MINÁRIKOVÁ, D., MINÁRIK, P. 2015. Liečebné a preventívne použitie zinku. In *Praktické lekárstvo*, 2015, roč. 5, č. 2, s. 47 -50. ISSN 1339-4185.
- PUTEKOVÁ, S., KABÁTOVÁ, O., MARTINKOVÁ, J. 2016. Prevencia v ošetrovatel'stve. Trnava: Universitas Tyrnaviensis. 2016. 250 s. ISBN 978-80-8082-998-8.
- PUTEKOVÁ, S., MARTINKOVÁ, J., BOROŇOVÁ, J. 2015. Kontaminovaná potravina ako rizikový faktor infekcie u seniorov In *XIX. Slovensko-český kongres o infekčných chorobách*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU, 2015, s. 84. ISBN 978-80-8082-844-8.
- STRÁNSKÝ, M. 2015. Výživa ve stáří. In *Kontakt*. 2015. 17(3):163-170. ISSN 1804-7122.
- STUHLÍKOVÁ, K. a kol. 2018. Problematika výživy u seniorů. In *Zdravotnícke listy*. Ročník 6, číslo 1. 2018. S. 67 – 73. ISSN 1339-3022.
- TRNKOVÁ, L., MATULNÍKOVÁ, L., ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2020. *Determinanty ovplyvňujúce tehotenstvo*. Příbram: Ústav Jana Nepomuka Neumanna, 2020. 120 s. ISBN 978-80-88206-23-1.
- ÚRADNÍČKOVÁ, J., MARENČÁKOVÁ, J., JURGOVÁ, O. 2021. Potraviny a výživa I. Bratislava: MŠ SR. 2021.168 s. ISBN 978-80-10-04031-5.
- ZANOVITOVÁ, M. a kol. 2015. *Vybrané aspekty starostlivosti o zdravie seniorov*. Martin: Jeseniova lekárska fakulta. 2015. 82 s. ISBN 978-80-89544-93-6.
- ZLATOHLÁVEK, L. 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016. 424 s. ISBN 978-80-88129-03-5.

11 OCHRANA SPOTREBITEĽA V SLOVENSKOM A V EURÓPSKOM SÚKROMNOM PRÁVE

PhDr. Daniela Lorko Praznovská

Jedna z najdiskutovanejších tém súčasnosti je ochrana spotrebiteľa a to najmä z dôvodu, že je našou každodennou súčasťou. Spotrebiteľom je každý z nás. Pri nákupoch, využívaní bankových, poisťovacích služieb alebo aj pri kupovaní zájazdu vystupujeme v úlohe spotrebiteľov. Problematika ochrany spotrebiteľa je aktuálnou a nadčasovou témou. Učebný text je zameraný na právny rámec ochrany spotrebiteľa v systéme slovenského a európskeho práva. Úlohou spotrebiteľa je poznať svoje práva a vedieť ako si ich má uplatniť. To je možné docieľiť najmä zabezpečením informovanosti spotrebiteľov na jednej strane a transparentnosťou u obchodníkov na strane druhej.

Z tohto dôvodu je cieľom práce teoreticky zmapovať oblasť ochrany spotrebiteľa na Slovensku a v rámci Európskej únie s dôrazom na jednotlivé práva a povinnosti spotrebiteľov a obchodníkov. Práca je rozdelená do štyroch tematických okruhov.

Prvý tematický okruh sa zaoberá najdôležitejšími zmenami, ktoré prináša nový Zákonom o ochrane spotrebiteľa č.108/2024 Z. z., dôvodmi zmeny, ale aj hlavným pojmom, ktoré sú podstatné v problematike ochrany spotrebiteľa. Dôležitou podtémou je právny rámec ochrany spotrebiteľa, ktorý prináša vzhľad na pôsobnosť orgánov štátnej správy a orgány dozoru, ktoré participujú na spotrebiteľskej politike. Vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie sme sa stali súčasťou vnútorného trhu, a tým sa spotrebiteľom priznávajú práva aj zo strany Európskej únie. Ochrana smerom k spotrebiteľovi je nasmerovaná aj zo strany spotrebiteľských združení a pri cezhraničných spotrebiteľských sporoch aj prostredníctvom Európskeho spotrebiteľského centra.

Druhý tematický okruh sa venuje problematike vytknutia vady, samotnému procesu, ale aj podmienkam, ktoré musí obchodník dodržať a na strane druhej, na ktoré má spotrebiteľ právo. Tretí tematický okruh objasňuje problematiku alternatívnych spôsobov riešenia spotrebiteľských sporov. Kľúčovou prioritou Európskej únie je vysoká ochrana spotrebiteľov, preto je potrebné prepojiť aj právnu reguláciu alternatívneho riešenia sporov na úroveň európskeho práva.

Štvrtý tematický okruh pozostáva z problematiky nekalých obchodných praktík a problematiky predajných akcií, ktoré sa stali živnou pôdou pre tzv. „Šmejdov“. Aj túto problematiku dôkladne ošetruje nový zákon o ochrane spotrebiteľa. Tieto zmeny by mali zvýšiť ochranu spotrebiteľov a prispieť tak k perspektívnemu rastu dôvery a bezpečnosti na spotrebiteľskom trhu.

11.1 Nový zákon o ochrane spotrebiteľa

Dňa 24. apríla bol schválený Národnou radou Slovenskej republiky zákon o ochrane spotrebiteľa č. 108/2024 Z.z. Následne bol 7. mája 2024 podpísaný prezidentkou Slovenskej republiky Zuzanou Čaputovou a následne dňa 1. júla 2024 nadobudol účinnosť. Nový zákon o ochrane spotrebiteľa predstavuje zmenu v oblasti spotrebiteľského práva, nie však kodifikáciu celého spotrebiteľského práva. Spotrebiteľ v práve Európskej únie je chápaný ako dobre informovaná osoba, schopná 10 samostatne vyhľadávať informácie, rozhodovať samostatne o svojich zmluvných vzťahoch na základe získaných informácií (Dzurová et. al., 2011).

Zákon je reakciou na potrebu transpozície niekoľkých smerníc Európskeho parlamentu. Primárnym účelom zákona je doposiaľ roztrieštenú úpravu zjednotiť do jediného predpisu, ktorým sa zruší niekoľko zákonov:

- zákon č. 250/2007 Z. z. o ochrane spotrebiteľa a o zmene zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov
- zákon č. 102/2014 Z. z. o ochrane spotrebiteľa pri predaji tovaru alebo poskytovaní služieb na základe zmluvy uzavretej na diaľku alebo zmluvy uzavretej mimo prevádzkových priestorov predávajúceho a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- zákon č. 299/2019 Z. z. o dohľade a pomoci pri riešení neodôvodnenej geografickej diskriminácie zákazníka na vnútornom trhu a o zmene zákona č. 128/2002 Z. z. o štátnej kontrole vnútorného trhu vo veciach ochrany spotrebiteľa a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (<https://www.skubla.sk/novinky/novy-zakon-o-ochrane-spotrebiteľa/>).

Nový zákon o ochrane spotrebiteľa priniesol do praxe aj novelizáciu spotrebiteľského práva obsiahnutú v Občianskom zákonníku č. 40/1964 Z.z. Najväčšími zmenami sú dotknuté najmä ustanovenia, ktoré upravujú zodpovednosť za vady. Túto problematiku sme v starom zákone poznali pod pojmom reklamácia.

Nový zákon o ochrane spotrebiteľa č. 108/2024 Z. z. upravuje tieto okruhy tém:

- práva a povinnosti spotrebiteľov, obchodníkov, pri uzatváraní a plnení spotrebiteľskej zmluvy
- pôsobnosť orgánov verejnej správy v oblasti ochrany spotrebiteľa a postavenie spotrebiteľských organizácií pri riešení spotrebiteľských sporov
- výkon dohľadu a cezhraničnú spoluprácu v oblasti ochrany spotrebiteľa
- konanie o porušení povinnosti a sankcie v oblasti ochrany
- zákon sa vzťahuje na predaj a poskytovanie produktov, ak k plneniu dochádza na území Slovenskej republiky (<https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2024/108/>).

Zmeny v zákone o ochrane spotrebiteľa

Konkrétnymi zmenami, ktoré prináša nová právna úprava, sú zjednotenie terminológie v súlade s legislatívou Európskej únie, úprava informačných povinností prevádzkovateľov online trhov, aby mali kupujúci transparentnú informáciu (<https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=535789>).

Ďalšími nemenej dôležitými zmenami, ktoré prináša so sebou nový zákon o ochrane spotrebiteľa je aj lepšia ochrana spotrebiteľa pred falošnými recenziami v online prostredí, či predĺženie lehoty na odstúpenie od zmluvy uzatvorenej na predajnej akcii alebo pri nevyžiadanej návšteve.

Zmeny v zákone o ochrane spotrebiteľa boli nevyhnutné nielen z hľadiska zosúladenia právnych predpisov so smernicami Európskej únie, ale aj z dôvodu zabránenia roztrieštenosti právnych predpisov. Zabezpečiť to je možné len ich spojením do jedného uceleného právneho rámca. Každá z týchto zmien je veľmi dôležitá najmä z pohľadu ochrany spotrebiteľa, ale aj z pohľadu obchodníkov, aby boli nákupy a uzatváranie kúpnych zmlúv transparentné.

1. Zjednotenie používaných pojmov

Novela zákona o ochrane spotrebiteľa si dala za úlohu aj zjednotenie terminologických pojmov tak, aby boli jednotnými naprieč celou Európskou úniou, s čím pochopiteľne prichádza aj povinnosť obchodníkov tieto nové pojmy zapracovať do svojich dokumentácií, ktoré využívajú na komunikáciu so svojimi zákazníkmi, či prostredníctvom ktorých uzatvárajú so spotrebiteľmi zmluvy.

Veľa pojmov je síce už dlhodobo etablovaných na trhu, avšak ich úprava v rámci legislatívy buď úplne absentovala alebo nezodpovedala pokroku, ktorý v dôsledku modernizácie spoločnosti nastal (napr. pojmy obchodník, online trh, spotrebiteľská organizácia, digitálna služba a iné).

Zákon o ochrane spotrebiteľa neobsahuje definície pojmov obchodník a spotrebiteľ, nájdeme ho v Občianskom zákonníku č. 40/1964 Z.z §52 ods.3 a 4.

Podľa Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Z.z je spotrebiteľ „fyzická osoba, ktorá pri uzatváraní a plnení spotrebiteľskej zmluvy nekoná v rámci predmetu svojej obchodnej činnosti alebo inej podnikateľskej činnosti“.

Na strane druhej je podľa Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Z.z „obchodník osoba, ktorá pri uzatváraní a plnení spotrebiteľskej zmluvy koná v rámci predmetu svojej obchodnej alebo inej podnikateľskej činnosti“.

Pojem obchodník sme poznali a používali ako dodávateľ, predávajúci.

2. Rozšírenie informačných povinností obchodníka

V rámci problematiky ochrany spotrebiteľa je nevyhnutné, aby mal spotrebiteľ čo najviac informácií, aby mohol urobiť spotrebiteľské rozhodnutie a uzavrieť spotrebiteľskú zmluvu s obchodníkom.

Taktiež by každý spotrebiteľ mal mať prístup k základným informáciám od obchodníka ohľadom informácií o popredajnom servise, prístup ku kontaktným údajom napríklad telefónne číslo, e-mail, fax, alebo povinnosť informovať spotrebiteľa o zľave.

Mení sa aj rozsah informačnej povinnosti pri zmluvách uzatváraných na diaľku alebo mimo prevádzkových priestorov obchodníka. Ide najmä o poskytnutie podrobných informácií spotrebiteľovi, aby mal dostatok informácií pre svoje spotrebiteľské rozhodnutie.

3. Predĺženie lehoty na odstúpenie od zmluvy uzatvorenej pri nevyžiadanej návšteve alebo na predajnej akcii

Doterajšia lehota 14 dní na odstúpenie od zmluvy bez udania dôvodu sa predlžuje na 30 dní od uzatvorenia zmluvy. Táto zmena lehoty sa týka len prípadov, ak zmluvu uzavriete s obchodníkom v rámci nevyžiadanej návštevy alebo predajnej akcie.

Lehota na odstúpenie od zmluvy uzatvorenej na diaľku napr. cez e-shop ostáva 14 dní. Na tovar kúpený v kamennej predajni sa právo na odstúpenie od zmluvy nevzťahuje.

4. Nové pravidlá pre uvádzanie zliav

Nové pravidlá reagujú najmä na nekalé obchodné praktiky umelého zvyšovania cien tovaru pred zľavami, ktoré sa objavovali u viacerých obchodníkov.

„Regulácia pri znižovaní cien, má zamedziť cenovej manipulácii v podobe zavádzania spotrebiteľov o výške skutočnej zľavy. Ide o nekalú obchodnú praktiku, ktorá bola identifikovaná v praxi viacerých relevantných obchodníkov, najmä počas špeciálnych výpredajových akcií. Opatrenie nadväzuje na dlhodobý problém, ktorým je umelé zvyšovanie

cien tovaru pred zľavami (napr. Black Friday) s cieľom vytvoriť dojem väčšej úspory u spotrebiteľa. Obchodníci po novom budú povinní v každom oznámení o znížení ceny tovaru uviesť predchádzajúcu cenu tovaru. Predchádzajúcu cenu tovaru novela zákona o ochrane spotrebiteľa definuje ako najnižšiu cenu, za ktorú obchodník predával alebo poskytoval tovar v období nie kratšom ako 30 dní pred znížením ceny tovaru, alebo od začiatku predaja tovaru“ (hnonline.sk/pr-clanky/96151690-velky-prehľad-zmien-od-1-7-2024-novela-zakona-o-ochrane-spotrebiteľa).

5. Kompenzácia pre spotrebiteľov, ktorí sa stali obeťou nekalých obchodných praktík

Ak bola voči spotrebiteľovi použitá agresívna obchodná praktika pri uzavretí zmluvy, alebo nekalá obchodná praktika, bez použitia ktorej by spotrebiteľ zmluvu neuzavrel, má spotrebiteľ právo od zmluvy odstúpiť. Tieto nekalé obchodné praktiky sa premnožili a bolo potrebné pred nimi spotrebiteľov ochrániť.

6. Lepšia ochrana spotrebiteľa pred netransparentným nákupom a falošnými recenziami v online prostredí

Zákon o ochrane spotrebiteľa neobsahuje komplexnú úpravu spotrebiteľských recenzií, upravuje túto problematiku len okrajovo s cieľom zabrániť klamlivým či zavádzajúcim praktikám zo strany obchodníka. Takéto praktiky môžu mať negatívny vplyv na nákupné rozhodnutia spotrebiteľov. Taktiež by podľa novej úpravy zákona mal byť spotrebiteľ ochránený pred vytváraním falošných recenzií ako aj uverejňovanie výlučne pozitívnych hodnotení a odstraňovanie negatívnych spotrebiteľských recenzií.

7. Nový postup pri vytknutí vady (reklamácii)

Zmeny nastanú aj v úprave postupu, ktorý sa týka zodpovednosti za vady, známej predtým ako reklamácia či reklamačné konanie. Obchodník musí vadu odstrániť do 30 dní odo dňa vytknutia vady, ak dlhšia lehota nie je odôvodnená objektívnym dôvodom, ktorý predávajúci nemôže ovplyvniť. Ak vznikne na strane obchodníka objektívny dôvod je potrebné, aby o tom spotrebiteľa písomne vyrozumel.

Novelizácia zákona o ochrane spotrebiteľa sa ukázala ako nevyhnutný krok, ktorého cieľom je posilniť dôveru spotrebiteľov v online prostredí a zároveň zvýšiť transparentnosť a zodpovednosť obchodníkov. Týmto spôsobom sa štát snaží modernizovať právne predpisy tak, aby reflektovali súčasné potreby a trendy, pričom má zabezpečiť rovnakú úroveň ochrany spotrebiteľov na Slovensku ako v iných členských štátoch Európskej únie (<https://www.hnonline.sk/pr-clanky/96151690-velky-prehľad-zmien-od-1-7-2024-novela-zakona-o-ochrane-spotrebiteľa>).

Nová legislatíva počíta aj so zavedením nových pojmov:

- **digitálny obsah** je zaradený medzi produkty spolu s tovarom a službou.
Príklad: e-knihy, filmy, hudobné albumy, ktoré sú spotrebiteľovi poskytované na hmotnom nosiči (napr. DVD disk)
- **digitálna služba** umožňuje vytvárať, spracúvať, uchovávať údaje v digitálnej forme
Príklad: film či hudba vnímaná spotrebiteľom prostredníctvom streamu
- **vec s digitálnymi prvkami** je akákoľvek huteľná vec, ktorá obsahuje digitálny obsah alebo digitálnu službu alebo je s nimi prepojená takým spôsobom, že absencia digitálneho obsahu alebo digitálnej služby by bránila tomu, aby vec plnila svoje funkcie (napr. USB nosič, smart televízie, smart telefóny)
- **zmluva uzavretá na diaľku** je zmluva medzi obchodníkom a spotrebiteľom dohodnutá a uzavretá výlučne prostredníctvom jedného alebo viacerých prostriedkov

diaľkovej komunikácie bez súčasnej fyzickej prítomnosti obchodníka a spotrebiteľa, (napr. cez e-mail, telefón, fax, ponukového katalógu

- **dropshipping** je predaj tovaru na internete kedy predajca nemá tovar na sklade, veľkoobchod alebo výrobca vám následne zašle tovar v mene internetového obchodu.

11.2 Dôvody potreby zmeny zákona o ochrane spotrebiteľa

A. zosúladienie právnych predpisov so smernicami Európskej únie

Nový zákon o ochrane spotrebiteľa č. 108/2024 Z. z., ktorým sa zásadne mení právny rámec a postupy v rámci spotrebiteľského práva, pristúpila Slovenská republika k transpozícii viacerých smerníc EÚ, a to

- smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/770 z 20. mája 2019 o určitých aspektoch týkajúcich sa zmlúv o dodávaní digitálneho obsahu a digitálnych služieb
- smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/771 z 20. mája 2019 o určitých aspektoch týkajúcich sa zmlúv o predaji tovaru, ktorou sa mení nariadenie (EÚ) 2017/2394 a smernica 2009/22/ES a zrušuje smernica 1999/44/ES
- smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/2161 z 27. novembra 2019, ktorou sa menia smernica Rady 93/13/EHS a smernice Európskeho parlamentu a Rady 98/6/ES, 2005/29/ES a 2011/83/EÚ, pokiaľ ide o lepšie presadzovanie a modernizáciu predpisov Únie v oblasti ochrany spotrebiteľov

(<https://www.epravo.sk/top/clanky/novy-zakon-o-ochrane-spotrebiteľa-podstatne-zmeny-a-novinky-6094.html>).

Uvedené smernice mali byť do slovenského právneho systému transponované už pred niekoľkými rokmi. Ostatné členské štáty si túto povinnosť už splnili. Slovensko pristúpilo k splneniu tejto povinnosti až prijatím nového zákona o ochrane spotrebiteľa. Slovenská republika je tak posledným členským štátom, ktorý uvedené smernice transponuje do svojho právneho poriadku (<https://www.epravo.sk/top/clanky/novy-zakon-o-ochrane-spotrebiteľa-podstatne-zmeny-a-novinky-6094.html>).

B. zabezpečenie rovnakej úrovne ochrany spotrebiteľa na Slovensku aj v rámci Európskej únie

Európske opatrenia na ochranu spotrebiteľa sú zamerané na ochranu zdravia, bezpečnosti a právnych záujmov európskych spotrebiteľov bez ohľadu na to, kde v EÚ žijú, zdržiavajú sa alebo nakupujú.

C. zvýšiť transparentnosť a zodpovednosť obchodníkov

Každý spotrebiteľ by mal dostať základné komplexné informácie od obchodníka tak, aby vedel urobiť správne spotrebiteľské rozhodnutie.

D. posilniť ochranu a dôveru spotrebiteľov v online priestore

Online priestor je široký, veľký, minimálne kontrolovaný a tým pádom otvoreným nekalým obchodným praktikám nielen pre ohrozené skupiny – seniorov, ale v súčasnej dobe aj deti a mládež. Zákon o ochrane spotrebiteľa v tomto smere zvyšuje aj transparentnosť a posilňuje dôveru spotrebiteľov pri online nákupoch, čo môže viesť k zvýšeniu predaja. Obchodníci tak budú môcť lepšie prezentovať svoje ponuky a budovať si dobré meno.

Právny rámec ochrany spotrebiteľa v SR a v EÚ

Ochranu spotrebiteľa zastrešujú na území Slovenskej republiky a Európskej únie nasledujúce štátne orgány a spotrebiteľské združenia:

A. Orgány štátnej správy a iné orgány štátnej správy

- **Ministerstvo hospodárstva SR** (príprava, implementácia legislatívy EÚ, informovanie spotrebiteľov o ich právach a povinnostiach)
- **Ministerstvo financií SR** (oblasť cien a cenovej kontroly)
- **Ministerstvo pôdohospodárstva SR** (potravinový dozor)

B. Orgány štátneho dozoru v oblasti ochrany spotrebiteľov

Najdôležitejšie zmeny, ktoré nový zákon č. 108/ 2024 o ochrane spotrebiteľa prináša pre orgány dohľadu :

- rozšírenie ich právomocí – splňanie štandardov požadovaných EÚ
- jednoznačné určenie ich právomocí – odstránenie kompetenčných konfliktov.

11.3 Slovenská obchodná inšpekcia

Vykonáva kontrolu vnútorného trhu a poskytovaných služieb či tovarov na trhu. Vykonáva napríklad fyzickú kontrolu a dozor, kontrolné nákupy a testovanie. Pri práci využíva aj možnosť vykonáva osvetovej činnosti smerom k spotrebiteľom, ale aj širokej verejnosti. Cieľom pôsobenia Slovenskej obchodnej inšpekcie je kontrola vnútorného trhu a poskytovaných služieb či výrobkov na tomto trhu. Tento cieľ je dosiahnutý s použitím viacerých prostriedkov, či už ide o fyzickú kontrolu a dozor, kontrolné nákupy a testovanie alebo riešenie priestupkov. Okrem toho vykonáva Slovenská obchodná inšpekcia osvetovú činnosť smerom k verejnosti. Jej súčasťou sú informácie o nebezpečných výrobkoch na trhu aj možnosť nariadiť stiahnutie takýchto výrobkov z predaja. V neposlednom rade rieši aj podnety priamo od verejnosti (https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_kde-hladat-pomoc-v-spotrebitel/).

Národná banka Slovenska. Vykonáva spotrebiteľský dohľad v oblasti finančného trhu, poskytuje ochranu práv spotrebiteľa pred nekalými obchodnými praktikami, zavádzajúcou reklamou, dohľad a kontrolu, aby nedochádzalo k porušovaniu postupov pri poskytovaní finančných služieb spotrebiteľovi.

Úrad pre reguláciu sieťových odvetví. Vykonáva dozor a kontrolu cien vody, plynu elektriky, tepla. Taktiež informuje ohľadom možností úspory energií, ktoré môžu spotrebiteľia využiť. Úlohou úradu je v sieťových odvetviach - elektroenergetike, plynárenstve, tepelnej energetike a vodnom hospodárstve - ochraňovať koncového spotrebiteľa pred zneužitím dominantného postavenia monopolných dodávateľov energií a vody a zároveň dbať na návratnosť investícií podnikateľských subjektov, aby dodávka energií a vody bola spoľahlivá a bezpečná (<https://www.urso.gov.sk/zakladne-informacie/>).

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

Jej hlavnou úlohou je ochrana, podpora a rozvoj verejného zdravia, výchova verejnosti a spotrebiteľov k zdraviu (napríklad monitoring kvality pitnej vody a vody v prírodných kúpaliskách, dozor v oblasti kozmetických výrobkov).

Poslaním verejného zdravotníctva je ochrana, podpora a rozvoj verejného zdravia. Napĺňanie svojho poslania realizuje prostredníctvom ôsmich odborných oblastí - epidemiológia, životné prostredie, výživa, potraviny a kozmetické výrobky, pracovné prostredie, životný štýl, laboratória, deti a mládež, radiačná ochrana.

Štátny ústav pre kontrolu liečiv. Vykonáva dozor a kontrolu liekov a zdravotných pomôcok (vrátane reklamy).

Štátna veterinárna a potravinová správa SR. Poslaním Štátnej veterinárnej a potravinovej správy SR ako orgánu štátnej správy je hlavne výkon, riadenie, kontrola a usmerňovanie aktivít a činnosti v oblasti kontroly zdravia zvierat, ochrany zvierat, hygieny krmív, ekológie, veterinárnej farmácie, úradnej kontroly potravín a hygieny potravín živočíšneho a rastlinného pôvodu. Poskytuje o svojej činnosti informácie pre verejnosť a podnikateľský sektor. Spolupracuje s medzinárodnými organizáciami v oblasti svojej činnosti (<https://www.svps.sk/o-nas/>).

C. Spotrebiteľské združenia

- spotrebiteľské združenia sú právnické osoby založené alebo zriadené na účely ochrany spotrebiteľa
- presadzujú a chránia záujmy spotrebiteľov a pomáhajú im uplatňovať spotrebiteľské práva

Spotrebiteľské združenia poskytujú právne poradenstvo, pomoc a podporu predovšetkým mimosúdne, avšak v krajnom prípade nie je vylúčené ani zastupovanie spotrebiteľov na základe plnej moci pred súdom, prípadne iným orgánom verejnej moci. Ako spotrebiteľ by ste však mali dbať nato, aby ste v záujme dosiahnutia čo najlepšieho výsledku poskytli spotrebiteľskej organizácii maximálnu súčinnosť a pravdivo opísali všetky rozhodujúce skutočnosti. Informatívny zoznam spotrebiteľských organizácií je zverejnený na stránke Ministerstva hospodárstva SR. (https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_kde-hladat-pomoc-v-spotrebitel/).

Príklady spotrebiteľských združení:

- **Združenie slovenských spotrebiteľov** ako prvé spotrebiteľské hnutie, ktoré vzniklo 10.2.1990 v bývalej Československej federatívnej republike
- **Asociácia spotrebiteľských subjektov Slovenska**, ktorej poslaním je aktívne ovplyvňovať spotrebiteľskú politiku, aby presadzovala práva a záujmy spotrebiteľov v trhovej ekonomike
- **Asociácia spotrebiteľov Slovenska** neformálnym spôsobom podnecuje spotrebiteľov, aby spoznávali svoje práva a povinnosti v roly spotrebiteľa

D. Európske spotrebiteľské centrum

Prioritne rieši cezhraničné spotrebiteľské spory. Na Slovensku funguje od roku 2006 a má 30 pobočiek v EÚ vrátane štátov Island, Nórsko a Veľká Británia.

Na Európske spotrebiteľské centrum sa môžete obrátiť, ak ste sa dostali do problému s obchodníkom z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Islandu alebo Veľkej Británie. Centrum poskytuje poradenstvo a informácie o právach spotrebiteľov. Taktiež poskytuje informácie o možnostiach a spôsoboch ich uplatnenia (<https://www.europskyspotrebitel.sk/>).

Európske spotrebiteľské centrum:

- nemá donucovaciu právomoc
- nemôže vystupovať ako váš právny zástupca v súdnom konaní
- nerieši sťažnosť, ak je jedna zo zúčastnených strán mimo EÚ, Nórska, Islandu a Veľkej Británie.

Najčastejšie problémy, ktorými sa ESC zaoberá:

- nakupovanie na online trhu
- právo na vrátenie peňazí, opravu, výmenu
- práva cestujúcich leteckých spoločností, ktoré sa týkajú zrušenia, meškania a pomoci v prípade straty alebo poškodenia batožiny
- ochrana dovolenkárov

(<https://www.europskyspotrebiteľ.sk/21705/co-moze-siet-esc-urobit-pre-vas>).

11.4 Reklamácia

Novelou Občianskeho zákonníka, ktorá vstupuje do účinnosti od 1. júla 2024, došlo k zmenám aj pri vytknutí vady, ktorú sme poznali v predchádzajúcom období pod pojmom reklamácia.

Podľa §618 Občianskeho zákonníka č.40/1967 Z.z. „ má predaná vec vady, ak nie je v súlade s požiadavkami alebo ak jej používanie znemožňuje alebo obmedzuje práva tretej osoby vrátane práv duševného vlastníctva“.

Vadu je potrebné vytknúť v lehote od dvoch mesiacov, odkedy spotrebiteľ zistí, že vec má vadu, najneskôr do dvoch rokov od dodania veci . Ak spotrebiteľ v tejto lehote neuplatní reklamáciu jeho spotrebiteľské práva za vady zaniknú.

Spotrebiteľ môže vadu vytknúť, t. j. reklamovať vec:

- v ktorejkoľvek prevádzkarni obchodníka
- u inej osoby, ktorú spotrebiteľovi oznámil obchodník
- prostriedkami diaľkovej komunikácie na adrese sídla alebo miesta podnikania obchodníka alebo na inej adrese oznámenej obchodníkom, t. j. poštou, e-mailom, vyplnením reklamačného formulára dostupného na webovom sídle obchodníka a pod.

Vec sa považuje za vadnú, ak:

- nie je v súlade s tým, čo si spotrebiteľ s obchodníkom dohodli v zmluve (tzv. dohodnuté požiadavky), vec nezodpovedá opisu, druhu, množstvu a kvalite uvedeným v zmluve, vec neplní funkcie uvedené v zmluve; vec nemá vlastnosti alebo príslušenstvo uvedené v zmluve
- nie je v súlade s tým, čo môže spotrebiteľ očakávať od veci rovnakého druhu (tzv. všeobecné požiadavky jej používanie znemožňuje alebo obmedzuje práva tretej osoby (tzv. právne vady). (http://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_ako-postupovat-v-pripade-rekla/).

Na čo má spotrebiteľ pri vadnej veci nárok?

Spotrebiteľ má predovšetkým právo na odstránenie vady formou opravy veci alebo jej výmeny.

Ak obchodník zodpovedá za vadu predanej veci, spotrebiteľ má voči nemu právo na odstránenie vady nasledujúcimi spôsobmi:

- opravou alebo výmenou (§ 623 občianskeho zákonníka)

- právo na primeranú zľavu z kúpnej ceny (§ 624 občianskeho zákonníka)
- alebo právo od kúpnej zmluvy odstúpiť (§ 624 občianskeho zákonníka)

Spotrebiteľ má právo vybrať si medzi výmenou veci a opravou veci. Spotrebiteľ si, ale nemôže zvoliť ten spôsob odstránenia vady, ktorý nie je možný alebo ktorý by v porovnaní s druhým spôsobom odstránenia vady spôsobil obchodníkovi neprimerané náklady.

Ak obchodník vadnú vec vymení za novú vec, obchodník bude zodpovedať aj za vady novej veci (http://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_ako-postupovat-v-pripade-rekla/).

Praktický príklad: Spotrebiteľ si objednal otočnú stoličku, ktorá mu bola dodaná s pokazeným kolieskom. Spotrebiteľ stoličku reklamoval a požaduje výmenu stoličky za novú stoličku. Výmenu celej stoličky však v takomto prípade nemožno považovať za primeranú, keďže obchodník môže stoličku jednoducho opraviť výmenou pokazeného kolieska. Spotrebiteľ tak bude mať právo na opravu stoličky.

Povinnosti obchodníka pri vytknutí vady

Ak spotrebiteľ uplatní reklamáciu, obchodník je povinný bezodkladne mu poskytnúť písomné potvrdenie o vytknutí vady napr. formou listu, e-mailu, prípadne faxom, kde musí obchodník uviesť lehotu (max. 30 dní), v ktorej vadu odstráni. V prípade dlhšej lehoty je potrebné, aby obchodník spotrebiteľa opäť informoval písomne o predĺžení lehoty (napr. dlhšia lehota dodania špecifického náhradného dielu na opravu veci).

V prípade zamietnutia reklamácie (odmietnutia zodpovednosti za vady) je obchodník povinný písomne (listinne, e-mailom a pod.) oznámiť spotrebiteľovi dôvody zamietnutia reklamácie. Alternatívne riešenie sporu začína na návrh, ktorý subjektu alternatívneho riešenia sporu podáva spotrebiteľ. Spotrebiteľ si môže vybrať ktorýkoľvek zo subjektov alternatívneho riešenia sporu zapísaných v zozname subjektov a dostupný na internetových stránkach. Návrh možno podať v listinnej podobe, elektronickej podobe alebo ústne do zápisnice (https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/solving-disputes/online-dispute-resolution/index_sk.htm/).

Tab. 30 Záručné doby jednotlivých tovarov/služieb

Tovar/služba	Záručná doba
spotrebný tovar	24 mesiacov
potraviny (nie je uvedený dátum)	najmenej 8 dní
zhotovenie veci na zákazku	24 mesiacov
oprava a úprava veci	3 mesiace
stavebné opravy a úpravy	18 mesiacov
zhotovenie stavby	3 roky
predaj použitých vecí	12 mesiacov

11.5 Alternatívne riešenie spotrebiteľských sporov

Ak máte spor s predávajúcim a chcete sa vyhnúť súdnemu konaniu, vhodným riešením je alternatívne riešenie spotrebiteľského sporu. Ide o mimosúdne riešenie sporov. V porovnaní so súdnym konaním je alternatívne riešenie spotrebiteľského sporu rýchlejšie, jednoduchšie a lacnejšie. Do riešenia sporu je zapojená nezávislá tretia strana (subjekt alternatívneho riešenia sporu), aby pôsobila ako nezávislý a nezaujatý sprostredkovateľ. Cieľom alternatívneho riešenia spotrebiteľského sporu je dosiahnutie zmierlivého vyriešenia sporu medzi stranami sporu.

Z hľadiska spôsobov skončenia alternatívneho riešenia sporu ide o:

- **dohoda** o vyriešení sporu, v takomto prípade sa alternatívne riešenie sporu končí dňom uzavretia dohody
- **odôvodnené stanovisko** vydané subjektom alternatívneho riešenia sporov (napr. ak subjekt alternatívneho riešenia sporov na základe preskúmaných skutočností zistí, že predávajúci porušil práva spotrebiteľa, ukončí alternatívne riešenie sporu vydaním nezáväzného stanoviska
- **odloženie návrhu**

Ukončenie alternatívneho riešenia sporu oznámi subjekt alternatívneho riešenia sporov v čo najkratšom čase všetkým stranám sporu písomne spolu s dôvodom, pre ktorý sa alternatívne riešenie sporu končí.

Výhody alternatívneho riešenia sporov:

- zrýchlenie a zefektívnenie riešenia sporov
- odľahčenie súdov
- nízko nákladové riešenie
- zmena kultúry riešenia sporov na Slovensku (<https://www/esc-sr.sk/otazky/nakupy-online/>).

Spotrebiteľské spory je možné riešiť alternatívne prostredníctvom subjektov alternatívneho riešenia sporov aj v prípade, že ide o cezhraničné spory. Ide o spor spotrebiteľa s obchodníkom z iného členského štátu EÚ (<https://www.mhsr.sk/obchod/ochrana-spotrebiteľa/alternativne-riesenie-spotrebiteľských-sporov-1/alternativne-riesenie-cezhranicnych-spotrebiteľských-sporov?csrt=752414747026855220/>).

Právna regulácia alternatívneho riešenia sporov na úrovni európskeho práva:

1. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/11/EÚ o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov
2. Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 524/2013 z 21. mája 2013 o riešení spotrebiteľských sporov online.

11.6 Nekalé obchodné praktiky

V bežnej praxi sa stretávame aj s obchodníkmi, ktorých konanie, prípadne opomenutie konania, spôsob správania alebo vyjadrovania, obchodná komunikácia vrátane reklamy a marketingu obchodníka, priamo spojené s propagáciou, ponukou, predajom, dodaním alebo poskytnutím produktu spotrebiteľovi sú neprijateľné (https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_nekale-obchodne-praktik1/).

Predávajúci sa prostredníctvom týchto praktík snažia negatívnym spôsobom ovplyvniť

spotrebiteľa, čím narušajú a porušujú práva spotrebiteľa a tieto postupy vykazujú znaky nekalých obchodných praktík. Obchodná praktika sa považuje za nekalú, ak

- je v rozpore s požiadavkami odbornej starostlivosti
- vo vzťahu k produktu podstatne narušuje alebo môže podstatne narušiť ekonomické správanie priemerného spotrebiteľa.

Nekalé obchodné praktiky delíme na:

1. klamlivé konanie
2. klamlivé opomenutie konania
3. agresívna obchodná praktika

Zoznam obchodných praktík, ktoré sa za každých okolností považujú za nekalé je v prílohe č. 1 zákona č. 108/2024 Z. z. o ochrane spotrebiteľa ide napríklad o:

- tvrdenie predávajúceho, že sa zaviazal dodržiavať kódex správania, pričom tomu tak nie je
- zobrazenie známky dôveryhodnosti, známky kvality alebo ich ekvivalentu bez získania potrebného povolenia
- tvrdenie, že kódex správania je schválený orgánom verejnej moci alebo iným orgánom, pričom tomu tak nie je
- vytváranie dojmu, že spotrebiteľ nemôže opustiť priestor predtým, ako sa uzatvorí zmluva
- osobné navštevovanie domácnosti spotrebiteľa, ignorujúc žiadosť spotrebiteľa odísť alebo sa nevracať, okrem prípadov a v rozsahu odôvodnenom na účely vymáhania zmluvného záväzku
- vykonávanie vytrvalých a nechcených žiadostí telefonicky, faxom, elektronickou poštou alebo inými diaľkovými médiami, okrem prípadov a v rozsahu odôvodnenom na účely vymáhania zmluvného záväzku ([https:// www.epi.sk/zz/2024/](https://www.epi.sk/zz/2024/)).

Nekalé obchodné praktiky sú zakázané pred, počas aj po vykonaní obchodnej transakcie.

1. Klamlivé konanie obsahuje

- nesprávne a nepravdivé informácie
- uvádza do omylu priemerného spotrebiteľa

Ide najmä o informácie ohľadom:

- zloženia, dátumu výroby, účelu použitia
- ceny, účelu použitia
- rizikám, ktorým môže byť spotrebiteľ vystavený.

2. Klamlivé opomenutie konania

- opomenutie podstatnej informácie pre spotrebiteľa
- obchodník skrýva alebo poskytuje nejasným, nezrozumiteľným prípadne nevhodným spôsobom podstatné informácie spotrebiteľovi.

Ide najmä o informácie ohľadom:

- obchodného mena, adresy alebo miesta podnikania obchodníka
- spôsobu platby, podmienkach dodania
- informovanosti spotrebiteľa o práve na odstúpenie od zmluv.

3. Agresívna obchodná praktika využíva

- obťažovanie
- nátlak

- použitie fyzickej sily
- hanlivého správania a jazyka
- obmedzenie slobody a slobody voľby spotrebiteľa
- hrozba podniknúť kroky, ktoré nemožno podniknúť legálne

Príklad z praxe:

... *“Až keď mi podpíšeš zmluvu môžeš odísť, kým to nepodpíšeš ostaneš tu bez jedla a vody..”*

... *“Ja na tvojom mieste to radšej rýchlo podpíšem...”*

... *“Nemáš na výber, rýchlo podpisuj nemám na teba celý deň...”*

Predajné akcie = „Šmejdi“

V rámci nekalých obchodných praktík sú veľmi diskutovanou a aktuálnou témou práve predajné akcie. Podľa § 18 odst. 2 Zákona č. 108/2024 Z.z. o ochrane spotrebiteľa je „organizátor predajnej akcie je povinný najneskôr 14 dní pred konaním predajnej akcie oznámiť údaje Slovenskej obchodnej inšpekcii prostredníctvom jej webového sídla. Organizátor predajnej akcie je povinný k oznámeniu priložiť vyhotovenie pozvánky a návrhy všetkých zmlúv, ktoré budú môcť spotrebiteľia uzavrieť na predajnej akcii alebo v súvislosti s ňou“ (<https://www.epi.sk/zz/2024-108/>).

Zákon č.104/2024 Z.z. o ochrane spotrebiteľa platný, od 01.07.2024, prináša predĺženie lehoty na odstúpenie od zmluvy uzatvorenej na predajnej akcii zo 14 dní na 30 dní bez uvedenia dôvodu. Skúsenosti spotrebiteľov potvrdzujú, že obchodníci na predajných akciách vedia byť v skutku vynaliezaví. Často zvolia agresívne predajné techniky, takže sú schopní obalamutiť aj sebaistých jedincov. Sľuby o nižších cenách vyzerajú často veľmi lákavo, ale realita môže byť úplne iná. Obchodníci neraz používajú triky a zavádzajú klientov – sú totižto platení za počet podpísaných zmlúv.

Prečo ignorovať pozvánky na predajné akcie

- ponúkaný tovar je predražený, platí to aj po zarátaní všetkých zliav, výhier či „darčiekov zadarmo“
- viacerí obchodníci nemajú žiadne zábrany – na začiatku úsmevy, milé reči, na konci agresivita
- dodaný tovar nemá sľubované vlastnosti, parametre ani výkon
- zakúpený tovar preplatíte a na dlhý čas sa
- reklamácia a komunikácia je takmer nemožná a obchodník na ňu zväčša nereaguje

„Šmejdi“ sú predajcovia, ktorí využívajú nekalé obchodné praktiky. Ide o tzv. organizované skupinky pofidérnych predajcov, ktorí prevažne seniorom na rôznych predajných akciách ponúkajú prostredníctvom využívania rôznych nekalých obchodných praktík nekvalitný tovar (<https://seniorinfo.sk/blog/kto-su-smejdi/>).

Dokument s názvom „Šmejdi“ zachytáva skrytou kamerou manipuláciu a ďalšie nekalé praktiky na predajných akciách pre seniorov. Autorka filmu, Silvia Dymáková, navštevovala niekoľko mesiacov spolu so svojou babkou so skrytou kamerou predajné akcie vo východných Čechách a na Morave. Dokumentárny film bol predstavený verejnosti v apríli 2013 na festivale s názvom Jeden svet. V roku 2013 ho v českých kinách videlo vyše 34 261 divákov a stal sa tak najnavštevovanejším dokumentárnym filmom roku 2013 (<https://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%A0mejdi/>).

Aby sa zamedzilo obchodníkom v týchto nekalých, miestami až agresívnych obchodných praktikách bolo nutné urobiť zmeny aj v problematike ochrany spotrebiteľov, v prvom rade v oblasti legislatívy. V súčasnosti nemôžeme povedať, že problém „Šmejdov“ zanikol.

V súčasnosti môžeme hovoriť o vynaliezavosti a novodobých „Šmejdov“, ktorých nazývame „Klamatéri“. Ide o obchodníkov, ktorí obchodujú s ľudskou zraniteľnosťou. Ich „živnou“ pôdou sú ľudia, ktorí potrebujú pomoc napr. so psychikou, zdravím, s podnikaním, alebo inými životnými problémami. V jednoduchosti by sme mohli povedať, že majú cit, čuch a sú vycvičení na to, aby poznali, čo nás v danej chvíli v spoločnosti bolí, kde nás tlačí topánka“.

Vstupom Slovenska do Európskej únie sa spotrebiteľom otvorili možnosti cezhraničného obchodu. Na trh sa vyskytujú obchodníci, ktorí nie sú seriózni a vytráca u nich poctivosť. Na strane druhej je potrebné, aby aj z týchto dôvodov spotrebiteľia ovládali svoje spotrebiteľské práva. Učebný text sa zaoberá ochranou spotrebiteľa a jej právnym rámcom v Slovenskej republike a Európskej únii. Cieľom bolo v prvom rade priblížiť právny rámec ochrany spotrebiteľa uplatňovaný na Slovensku a v rámci Európskej únie. Ozrejmiť základné pojmy, práva spotrebiteľov a povinnosti obchodníkov aj so zreteľom na problematiku nekalých obchodných praktík.

S témou úzko súvisí aj problematika alternatívnych riešení sporov, ktorá predstavuje modernú a nízkonákladovú formu riešenia spotrebiteľských sporov v dnešnej dobe nielen na Slovensku, ale aj v rámci Európskej únie pre spotrebiteľov. Učebný text sa zaoberá aj problematikou nekalých obchodných praktík. Častokrát sa stretávame s tým, že spotrebiteľ je slabším článkom, a preto je často krát zraniteľný.

Zmena zákona je reakciou na potrebu transpozície niekoľkých smerníc Európskeho parlamentu a Rady do slovenského právneho poriadku. Primárnym účelom Zákona je doposiaľ roztrieštenú úpravu zjednotiť.

Ochrana spotrebiteľa vyžaduje spoluprácu a siet'ovanie rôznych inštitúcií a odborníkov. V prvom rade sem patrí centrálny orgán ochrany Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky, ktorý plní funkciu gestora politiky ochrany spotrebiteľa v Slovenskej republike zasahuje do právnej regulácie, navrhuje opatrenia na zlepšenie postavenia spotrebiteľa. Vzdelávanie a prehľad v oblasti spotrebiteľských práv je dôležité v každom veku. Aby občan ako spotrebiteľ poznal svoje práva a povinnosti, odhaliť nekalé obchodné praktiky a v najlepšom prípade im úplne prechádzať.

Téma učebného textu je vysoko aktuálna a nadčasová nakoľko došlo v roku 2024 k aktualizácii Zákona o ochrane spotrebiteľa č. 108/2024 Z.z. a následne aj Občianskeho zákonník č.40/1964 Z.z.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

DZUROVÁ, M., et al. 2011. *Ochrana spotrebiteľa*. Bratislava : Vydavateľstvo EKONÓM. ISBN 978-80-225-3180-1. 280 s.

Európska komisia - *Právo ochrany spotrebiteľa v EÚ* [online]. Dostupné na: <https://ec.europa.eu/consumers/consumer-rights>.

Európske spotrebiteľské centrum – *Čo môže sieť ESC urobiť pre Vás?* [online]. Dostupné na: <https://www.europskyspotrebitel.sk>.

Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 524/2013 z 21. mája 2013 o riešení spotrebiteľských sporov online.

Občiansky zákonník SR, Zákon č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov

Portál Ministerstva hospodárstva Slovenskej republiky – *Alternatívne riešenie cezhraničných spotrebiteľských sporov* - [online]. Dostupné na: <https://www.mhsr.sk>

Slovenská obchodná inšpekcia - *Ochrana spotrebiteľa* [online]. Dostupné na: <https://www.soi.sk>.

Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/11/EÚ o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov.

Smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/771 o určitých aspektoch týkajúcich sa zmlúv o predaji tovaru

Smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/770 z 20. mája 2019 o určitých aspektoch týkajúcich sa zmlúv o dodávaní digitálneho obsahu a digitálnych služieb

Smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/2161 v oblasti ochrany spotrebiteľov
Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky – *Životné situácie* - [online].

Dostupné na: <https://www.svps.sk>.

Ústredný portál verejnej správy slovensko.sk – *Ako postupovať v prípade reklamácie* [online].

Dostupné na: <https://www.slovensko.sk>.

Úrad pre reguláciu sieťových odvetví – *Základné informácie*- [online]. Dostupné na: <https://www.urso.gov.sk>.

Ústredný portál verejnej správy slovensko.sk – *Kde hľadať pomoc v spotrebiteľských záležitostiach?* [online]. Dostupné na: <https://www.slovensko.sk>.

Zákon o ochrane spotrebiteľa, Zákon č. 108/2024 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Portál Your Europe - *Alternative/Online dispute resolution* - [online]. Dostupné na: <https://www.europe.eu>.



978-80-8132-294-5