

KATARÍNA BUNDZELOVÁ
LUCIA LUDVIGH CINTULOVÁ
SZILVIA BUZALOVÁ

SOCIÁLNA PRÁCA S OSOBAMI VYŠŠIEHO VEKU



2023

Katarína Bundzelová - Lucia Ludvigh Cintulová - Szilvia Buzalová

SOCIÁLNA PRÁCA S OSOBAMI VYŠŠIEHO VEKU

Monografia



NOVÉ ZÁMKY

2023

© BUNDZELOVÁ, K., LUDVIGH CINTULOVÁ, L., BUZALOVÁ, S. 2023. Sociálna práca s osobami vyššieho veku. Nové Zámky: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 119 s. ISBN: 978-80-8132-270-9

Autorky:

doc. PhDr. Katarína BUNDZELOVÁ, PhD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1708-5253>

Počet AH: 45 strán / 2,25 AH

prof. Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ, PhD.

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-6448-0547>

Počet AH: 26 strán / 1,3 AH

PhDr. Szilvia BUZALOVÁ, PhD.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-1448>

Počet AH: 36 strán / 1,8 AH

Recenzenti:

Prof. PaedDr. PhDr. ThDr. Pavol TOMÁNEK, PhD., eMBA

Prof. Ing. Libuša RADKOVÁ, PhD.

Prof. PhDr. Michal OLÁH, PhD.

© BUNDZELOVÁ, K., LUDVIGH CINTULOVÁ, L., BUZALOVÁ, S. 2023. Sociálna práca s osobami vyššieho veku. Nové Zámky: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 119 s. ISBN: 978-80-8132-270-9

Vydavateľstvo:

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Nám. 1. mája 1, 811 01 Bratislava

Náklad: 200 ks

Počet strán: 119

Poradie vydania: prvé

Rok vydania: 2023

Text neprešiel jazykovou korektúrou

Všetky práva sú vyhradené.

Žiadna časť tejto publikácie sa nesmie reprodukovať, ani rozširovať (elektronicky, fotografickou reprodukciou a pod.) bez predchádzajúceho písomného súhlasu majiteľov práv.

ISBN 978-80-8132-270-9

EAN 9788081322709

OBSAH

PREDHOVOR	1
------------------------	----------

1 SOCIÁLNA PRÁCA, DOBROVOENÍCTVO, TERAPIE - ICH VYUŽITIE A VÝZNAM PRI PRÁCI S OSOBAMI VYŠŠIEHO VEKU.....	3
1.1 Staroba a starnutie.....	7
1.2 Príprava seniorov na starnutie a starobu	11
1.3 Zmeny sprevádzajúce proces starnutia	13
1.4 Význam dobrovoľníctva pri práci so seniormi.....	15
1.5 Terapie poskytované seniorom v zariadeniach sociálnych služieb a ich význam	22
1.6 Využitie a význam canisterapie v živote seniorov – výskumné zistenia	33
2 KVALITA ŽIVOTA SENIOROV A JEJ DIMENZIE	50
2.1 Indikátory a ukazovatele kvality života.....	59
2.2 Potreby seniorov.....	62
2.3 Uspokojovanie potrieb seniorov v zariadeniach sociálnych služieb	66
3 ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ SENIOROV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V OBDOBÍ PANDÉMIE – VÝSKUM	79
3.1 SWOT analýza sociálnych služieb v období COVID 19.....	83
3.2 Vplyv pandémie na životnú spokojnosť seniorov.....	89
3.3 Výskumné zistenia.....	97

PREDHOVOR

Krajiny Európy kvôli svojej starnúcej populácii a klesajúcemu počtu produktívneho obyvateľstva čelia a budú čeliť veľkým ekonomickým problémom, čo sa týka napr. dôchodkových systémov a zdravotnej starostlivosti. Starnutie populácie zároveň prináša aj iné spoločenské problémy. Sociálny kontext sa postupne mení (neúplné rodiny, viac žien v pracovnom procese,) a seniorom často hrozí sociálne vylúčenie.

Predkladaná monografia je zameraná práve na túto skupinu ľudí – seniorov, občanov vyššieho veku. Jej súčasťou je mapovanie procesu starnutia, obdobia staroby až po analýzu kvality života a životnej spokojnosti seniorov v zariadeniach sociálnych služieb. Zároveň autorky v nej popisujú proces zmien v starostlivosti o seniorov a poskytujú náhľad na skutočný stav sociálnych služieb na Slovenku a to nielen počas pandemického obdobia spojeného s Covid-19.

Monografia poskytuje odborné poznatky na prípravu budúcich sociálnych pracovníkov nielen v sociálnych službách, ale aj pri uplatňovaní poznatkov v sociálnej práci so seniormi na úrovni obcí a miest.

Prvú kapitolu monografie sme venovali práve téme starnutia a staroby. Venujeme sa problematike starnutia populácie, procesu starnutia a zmenám, ktoré tento proces sprevádzajú. Podkapitolu týkajúcu sa významu dobrovoľníckej činnosti pri práci so seniormi sme zaradili do monografie z dôvodu, že významné miesto v rámci multidisciplinárneho tímu v sociálnych službách vykonávaných pre seniorov zaujímajú práve dobrovoľníci. Taktiež sme sa venovali popisu a významu terapií poskytovaných v zariadeniach so zameraním sa na seniorov, pričom sme sa bližšie zamerali na canisterapiu, ktorej podstatu a význam pre osoby vyššieho veku sme zdokumentovali kvalitatívnym výskumom, ktorý bol zrealizovaný v zariadeniach pre seniorov.

Druhá kapitola v monografii s názvom „Kvalita života seniorov a jej dimenzie“ sa zaoberá definovaním kvality v kontexte životnej spokojnosti a pohody seniorov, ktorí sa stávajú prijímateľmi sociálnych služieb. Poznanie dimenzií a determinantov kvality života vo významnej miere má dopad na uspokojovanie potrieb seniora, ktoré sa odlišujú v závislosti od veku, stupňa odkázanosti či od samotnej životnej situácie človeka vo vyššom veku.

V tretej kapitole analyzujeme životnú spokojnosť seniorov na základe teoretických konceptov a popisujeme systém poskytovania sociálnych služieb, ktoré sú zabezpečované konkrétnym neverejným poskytovateľom Prameň Nádeje v kontexte súčasnej pandemickej situácie Covid-19 a s dôrazom na legislatívne zmeny zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Hlavným cieľom je reflektovať vplyv najdôležitejších zmien na súčasnú podobu sociálnych služieb. Predmet výskumu je zameraný na analýzu vnímania životnej spokojnosti seniorov, ktorým sú poskytované sociálne služby v PRAMENI NÁDEJE a to v prepojení na dopady pandémie; vo výskume sa zároveň orientujeme na naplnenie konkrétnych výskumných cieľov.

Katarína Bundzelová

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1708-5253>

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

1 KAPITOLA

SOCIÁLNA PRÁCA, DOBROVOLNÍCTVO, TERAPIE - ICH VYUŽITIE A VÝZNAM PRI PRÁCI S OSOBAMI VYŠŠIEHO VEKU

ÚVOD

Problematike starnutia sa nevenujú len historici, lekári, psychológovia, pedagógovia, ale aj predstavitelia sociálnej gerontológie, ekonomiky, práva a sociálnej práce. V minulosti sa daná problematika riešila predovšetkým v rámci medicínskeho odvetvia, geriatrickej. Starnutie populácie predstavuje sociálny fenomén, ktorý si vyžaduje intervenciu minimálne v rovine sociálnej a ekonomickej. Dôležité je, aby boli zaistené priaznivé podmienky života pre stále väčšiu skupinu seniorov. Skutočnosť, že naša spoločnosť starne je zapríčinená viacerými faktormi, z pomedzi ktorých spomenieme predovšetkým pokrok medicíny a zvyšovanie ekonomickej úrovne, vďaka čomu sa seniori dožívajú stále vyššieho veku. Druhým významným faktorom, ktorý vplýva na starnutie populácie je skutočnosť, že sa rodí menej detí. Európska komisia prognózovala, že sa do roku 2060 zdvojnásobí počet obyvateľov, ktorí majú viac ako 65 rokov. (Mühlpachr, 2017)

Prvú kapitolu monografie sme venovali práve téme starnutia a staroby. Venujeme sa problematike starnutia populácie, procesu starnutia a zmenám, ktoré tento proces sprevádzajú.

Podkapitolu týkajúcu sa významu dobrovoľníckej činnosti pri práci seniormi sme zaradili do našej kapitoly z dôvodu, že významné miesto v rámci multidisciplinárneho tímu v sociálnych službách vykonávaných pre seniorov zaujímajú práve dobrovoľníci. Predstavujú dôležitú úlohu často i pri dopĺňaní profesionálnej práce sociálnych pracovníkov, pričom nenahrádzajú funkciu stálych zamestnancov, ale ju dopĺňajú. V rámci dobrovoľníckych činností vykonávajú širokú škálu laických i odborných činností sociálnej práce, zároveň získavajú aj cenné skúsenosti, rozvíjajú svoje schopnosti, sú veľmi cenní a užitoční k vykonávaniu dobra a majú pozitívny prínos na život starších ľudí.

Téma starostlivosti o seniorov bude v najbližších rokoch stále aktuálnejšia a nevyhnutná, a preto je dôležité zamýšľať sa nad kvalitou ich života v zariadeniach. Brat' do úvahy individuálne potreby seniorov a uvedomovať si, že až keď sú potreby uspokojené, tak je človek spokojný, má pocity nasýtenia a radosti. Je potrebné uvedomovať si rôznorodosť ľudských potrieb a nesústrediť sa len na uspokojovanie biologických - fyziologických potrieb. To, čo častokrát seniorom chýba je kontakt, neha, radosť, úprimná láska a potešenie. To sú atribúty, ktoré by mohli byť výsledným produktom vzťahu človek – pes. Pes je pre človeka úprimným, láskavým spoločníkom, ktorý dokáže vyvolať liečivý pocit, že niekoho

zaujíname, že nie sme sami a že nás má niekto rád takých, akí práve sme. Aj z tohto dôvodu sme zaradili podkapitolu týkajúcu sa významu poskytovania canisterapie v zariadení pre seniorov. Taktiež sme sa venovali popisu a významu i ostatných terapií poskytovaných v zariadeniach so zameraním sa na seniorov.

1 SOCIÁLNA PRÁCA, DOBROVOĽNÍCTVO, TERAPIE - ICH VYUŽITIE A VÝZNAM PRI PRÁCI S OSOBAMI VYŠŠIEHO VEKU

V dôsledku demografických zmien je možné pozorovať starnutie spoločnosti. Pokles počtu mladých ľudí vedie zároveň k zvýšeniu počtu seniorov, teda k javu demografického starnutia spoločnosti. Ako to uvádza aj autorka Hrozenská (2008, s. 7): „*predpokladá sa, že v roku 2030 bude štvrtina populácie v ekonomicky rozvinutom svete vo veku nad 65 rokov, a v takmer polovici západnej Európy vo veku nad 50 rokov.*“ Táto skutočnosť znamená pre postmodernú spoločnosť mnoho problémov, resp. úloh, ktoré čakajú na svoje vyriešenie.

Demografický vývoj na Slovensku je zhodný s trendmi krajín Európskej únie a poukazuje na starnutie populácie. Fenomén starnutia sledujeme prostredníctvom týchto troch ukazovateľov a to indexu starnutia, priemerného veku obyvateľstva a strednej dĺžky života. (Hasa, 2018) Podľa odhadov OSN o veľkosti svetovej populácie z roku 2002 je európsky kontinent jediným svetovým regiónom, ktorého populácia sa v nasledujúcich rokoch bude znižovať na úrovni -0,28 %. Pomer detí v európskej populácii sa zo 17% v roku 2000 zníži na 15% v roku 2050. Zároveň budú ľudia okolo roku 2045-50 žiť dlhšie, pretože predpokladaná dĺžka života v Európe sa zvýši a aktuálnych 73,2 roka až na 80,5 roka. Pribudne starších ľudí, pretože v roku 2050 budú až jednu tretinu európskej populácie tvoriť 60- a viac roční. (Euractiv, 2006)

Vek človeka je možné skúmať z viacerých hľadísk. Základné rozdelenie veku uvádza Hegyi (In Hrozenská a kol., 2008, s. 9) takto:

- „1. chronologický (kalendárny) vek - zodpovedá skutočne prežitému času bez ohľadu na stav organizmu,
2. biologický vek - je dôsledkom geneticky riadeného programu, pôsobenia vonkajšieho prostredia a spôsobu života a prítomnosti chorôb a úrazov,
3. funkčný vek - zodpovedá funkčnému potenciálu človeka; je daný súhrnom biologických, psychologických a sociálnych charakteristík,
4. psychologický vek - je dôsledkom funkčných zmien v priebehu starnutia, individuálnych osobnostných čŕt a subjektívneho veku,

5. sociálny vek - zahŕňa prítomnosť, resp. neprítomnosť životného programu a do istej miery závisí od dôchodkového veku."

Starnutie ako poslednú životnú fázu rozdelila Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) nasledovne:

- 45 - 59 rokov: stredný vek,
- 60 - 74 rokov: starší vek (presénium),
- 75 - 89 rokov: starý vek (sénium),
- nad 90 rokov: dlhovekosť

1.1 STAROBA A STARNUTIE

„Život nás všetkých prebieha od narodenia až do okamihu smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa ma svoje zákonitosti, ktoré z nej vyplývajú, ovplyvňujú kvalitu, spôsob a rozsah nášho života, a my sa im musíme pomerne zásadným spôsobom prispôsobovať a zohľadňovať ich. Každé vývojové obdobie nám dáva určité možnosti a v niečo nás naopak limituje.“ (Malíková, 2011, s. 13).

Autor Krajčík (2006, s. 12) uvádza, že je potrebné rozlišovať starnutie a starobu. *„Starnutie je proces, staroba je obdobím života. Staroba je posledným obdobím života a je vždy zakončená smrťou. Starnutie je zákonitý biologický proces, a preto jeho prevencia nie je možná. Starnutie prebieha prísne individuálne, a preto sú rozdiely medzi jednotlivými starými ľuďmi výraznejšie ako medzi jednotlivcami v mladších vekových skupinách. Starnutie prebieha na úrovni molekúl, buniek, tkanív, kde sa znižuje počet buniek v tele, predlžuje sa reakčný čas a sú oslabené regulačné mechanizmy organizmu.“*

Hrozenká a kol. (2008) konštatujú, že starnutie je biologický proces pre ktorý je charakteristické to, že je dlhodobo nakódovaný, nedá sa zvrátiť, neopakuje sa, má rôzny charakter a zanecháva trvalé stopy.

„Starnutie je chápané ako nezvratný biologický proces, univerzálny pre celú prírodu, ktorý začína dňom narodenia. Trvanie života je podmienené geneticky, pričom sa hovorí o multifaktoriálnej dedičnosti, t.j. že na procese starnutia sa podieľa viacero faktorov súčasne. Starnutie je prirodzeným procesom, zachytávajúcím celé bio-psycho-sociálno-duchovné spektrum života jedinca.“ (Krajčík, 2000, s. 20).

Chápanie definícií ovplyvňuje aj to, z akého uhla na starobu a starnutie hľadáme. Starobu (*sénium*) pokladáme za konečnú etapu života (vývojové obdobie), a starnutie (*sencescencia*) za fyziologický, komplexný a nezvratný dynamický proces. Fyziologické starnutie označujeme ako aj primárne, alebo zdravé starnutie, je sprevádzané bežnými faktormi súvisiace s vekom. Naopak patologické (sekundárne) starnutie považujeme najmä za starnutie chorobné, kde je priebeh starnutia zrýchlený. Proces starnutia je ovplyvňovaný celým radom rôznych faktorov, ktoré môžeme rozdeliť na faktory vnútorné (genetická výbava, somatické choroby a psychické poruchy, psychická výbava a zdatnosť jedinca), a vonkajšie faktory (fyzikálne – klíma, životné prostredie, chemické – kožné a pľúcne komplikácie, sociálne – bývanie, rodinné zázemie, finančné zabezpečenie).

Starobu označujeme ako záverečnú vývojovú etapu ľudského života, ktorá končí úmrtím. Je dôsledkom a znakom nezvratných morfológických, genetických zmien, chorôb, spôsobu života a životných pomerov. (Příbyl, 2015)

Témou starnutia sa zaoberali aj antickí filozofi. Aristoteles učil, že staroba je dôsledkom straty telesného tepla. Hippokrates zase učil, že príčinou starnutia je strata telesnej vlhkosti. Galénos z Pergamu vo svojom diele *O udržaní zdravia* upozorňuje, že starnutie sa dá uľahčiť správnou životosprávu a zvláštnou diétou. Zaviedol pojem *geroconomica* (hygiena a životospráva) a písal o metódach ošetrovania seniorov. Podľa Platóna je staroba najlepším obdobím života pre jej múdrosť a skúsenosti. Pre Sokrata bola staroba so svojimi obmedzeniami a nemohúcnosťou naopak trestom. Terentius sa na starobu pozeral úplne negatívne: "sama staroba je nemoc". Seneca k tomu dodáva, že je to nevyliciteľná nemoc. Rovnako negatívne vníma starobu aj stredovek. V 17. storočí sa tejto téme venoval Francis Bacon (Hlavné požiadavky pre zdravý a dlhý život) a Ján Amos Komenský (Škola starnutia). Zmeny prinieslo osvietenstvo spolu s rozvojom lekárskej vedy. Na konci 19. storočia vznikajú základy disciplíny, ktorá sa zaoberá staršou generáciou. (Mühlpachr, 2009)

Problematikou starnutia a staroby sa zaoberá integrovaný vedný odbor gerontológia. Tento odbor zahŕňa všetko, čo sa týka seniora - zdravého i chorého. Cieľom novej gerontológie je predovšetkým štúdium všeobecnej zákonitosti starnutia a staroby. Zaujíma sa hlavne o základné fyziologické mechanizmy starnutia, ktoré pôsobia na funkčnú zdatnosť jedinca.

Veda zaoberajúca sa seniormi (starnutím, starobou) pozostáva z rozličných vedných disciplín, ktoré sa navzájom dopĺňajú a podporujú.

Sú to napr.:

- geriatria: zaoberá sa chorobami objavujúcimi sa v staršom veku; skúma biologické, psychologické a sociálne dôsledky starnutia,
- gerontopedagogika: zaoberá sa výchovou a vyučovaním (vzdelávaním) seniorov, prípravou na starobu,
- gerontologická ekológia: skúma vplyv prostredia na proces starnutia,
- gerontopsychológia: zaoberá sa duševnými, psychickými procesmi sprevádzajúcimi starnutie; jej cieľom je udržanie duševnej čulosti seniorov a napomáhanie prispôbiť sa zmeneným schopnostiam,
- gerontosociológia: skúma spoločenské problémy staroby a na ich riešenie vytvára vhodné techniky a spôsoby.

Podľa reakcií seniora a jeho okolia rozlišujeme niekoľko vzorov adaptácie starnutia, a ich kombináciu v závislosti na situáciu:

- konštruktívny prístup – ide o ideálny typ adaptácie na starobu. Príprava začína už v strednom veku, senior pokračuje v aktivitách, ktorým sa venoval ešte v produktívnom veku,
- závislosť na okolí – medzi seniormi je tento prístup relatívne častý. Senior je pasívny a uprednostňuje pohodlie, odpočinok, bezpečie. Spolieha sa na opateru okolia,
- obranný prístup – senior starobu odmieta a bráni sa starnutiu. Tento typ správania sa objavuje najmä u seniorov, ktorí mali atraktívne povolanie,
- nepriateľský prístup – nepriateľské správanie seniora, ktorý si neprivykol na novú životnú situáciu. Obviňuje okolie, starobu vníma ako nepriazeň osudu, vyhľadáva samotu, voči mladým ľuďom je nepriateľský,
- sebanenávisť – senior sa hnevá sám na seba, všetko hodnotí kriticky a s pohrdaním. Cíti sa osamelo, zbytočne, opustený, má sklon k depresii. Smrť chápe ako jediné východisko. (Hrozenková, 2008)

Kalvach (2004) delí seniorov do šiestich skupín, podľa ich zdatností a potrieb:

- 1. elitní seniory – aj vo vyššom veku sú v dobrej psychickej a fyzickej kondícii,
- 2. zdatní seniory – venujú sa pohybovým aktivitám, majú dobrú kondíciu,
- 3. nezávislí seniory – nepotrebujú pomoc, ale majú pomerne slabú kondíciu,
- 4. krehkí seniory – majú problémy so zvládnutím náročnejších činností, potrebujú pomoc rodiny či opatrovateľskú pomoc,
- 5. závislí seniory – majú problémy aj so základnými dennými aktivitami, často vyžadujú trvalú inštitucionálnu starostlivosť,
- 6. úplne závislí seniory – sú pripútaní na lôžko, vyžadujú trvalú asistenciu, ošetrovanie, opatrovanie. Do tejto skupiny patria napr. aj seniory so závažnými duševnými chorobami.

Autor Přybil (2015) odporúča pre lepšiu adaptáciu na starnutie dodržiavať a naplňať 5P (perspektíva, pružnosť, prezieravosť, porozumenie a potešenie).

Autorky Búgelová, Čupková, (2020) týchto päť predpokladov optimálnej adaptácie na zmeny v starobe bližšie popisujú:

- perspektíva (udržanie orientácie na osobnú i nadosobnú budúcnosť),
- pružnosť (pohotovo prijímať nové podnety a tiež meniť svoje životné zvyky),
- prezieravosť (schopnosť prispôbovať svoj život primerane svojim možnostiam),
- porozumenie pre druhých (tolerovanie odlišných názorov a postojov),
- potešenie (schopnosť udržať si svoje zdroje radosti).

To, ako sa starnúci človek na dané životné obdobie adaptuje, je dané viacerými faktormi. O zdravom starnutí hovoríme vtedy, ak je adaptácia seniora zhodná s požiadavkami jeho okolia a tiež s jeho sociálnou situáciou. Je dôležité, aby mal senior vytvorené dobré podmienky pre výkon činností, v ktorých sa môže realizovať. Vtedy hovoríme o aktívnom starnutí. Ak však adaptácia seniora nie je optimálna, dochádza k nezhode fyzického a psychického zdravia, možností seniora a požiadaviek jeho okolia. Hovoríme vtedy o bežnom starnutí. Tretím prípadom je starnutie chorobné, ktoré je poznačené zvýšenou chorobnosťou seniora, stratou jeho nezávislosti, ťažšou adaptáciou na starobu, vylúčením zo spoločnosti a pod. (Čevela a kol., 2012)

Postoj spoločnosti k seniorom sa vyvíja a mení. S týmto súvisí spoločenský status a rola seniora, ktorá sa práve odchodom do dôchodku mení. Svojou neaktivitou, či

neproduktivitou sa tak často dostáva do postavenia „nemať rolu“ a tým sa dostáva do situácie závislosti. To však neznamená, že automaticky v tejto pozícii musí senior zostať, veď v prípade, ak to jeho zdravotný stav dovoľuje, môže aj naďalej zostať aktívny a pre spoločnosť produktívny. Faktom však je, že človek by sa mal na túto rolu pripravovať a spoločnosť v ktorej žije s ním. Pri správnom prístupe a príprave môže byť prechod do dôchodkového veku pre človeka menej bolestivý a spoločnosť v ktorej žije by mala robiť všetko pre to, aby zmiernila možné negatívne dôsledky na toto obdobie. (Dvořáčková, 2012)

1.2 PRÍPRAVA SENIOROV NA STARNUTIE A STAROBU

Príprava seniorov na starnutie a starobu by mala prebiehať v dvoch etapách:

1. permanentná a dlhodobá príprava – prebieha počas celého života človeka. Jej príprave je potrebné venovať sa už od začiatku, naučiť človeka úcte k starším. Preventívne pôsobí proti *ageizmu*, ktorý odmieta všetko, čo súvisí so starobou,
2. aktuálna alebo krátkodobá príprava - začína sa približne päť rokov pred začiatkom dôchodkového veku. Zameriava sa v prvom rade na zdravotnícke opatrenia, psychologickú a sociálnu prípravu. V rámci prípravy je potrebné, aby senior bol pripravený predovšetkým na sociálne zmeny a vedel im čeliť a odolávať.
Veľkou životnou, sociálnou zmenou v živote seniora je bezpochyby odchod do dôchodku.

Prípravu na starnutie delíme do troch základných oblastí, a to: zdravotnícka, sociálna a psychologická.

Zdravotnícka príprava pozostáva predovšetkým z pravidelných lekárskech preventívnych prehliadok, ktoré je potrebné absolvovať aspoň jedenkrát za 2 roky. Prioritným cieľom je včasná diagnostika chorôb, najmä kardiovaskulárnych problémov a pohybovej sústavy.

Psychologická príprava na starnutie spočíva z pravidiel psychohygieny a gerontopsychológie. Hlavnou úlohou je príprava seniora na zmenu spoločenskej roly, životného štýlu a životného programu pri odchode do dôchodku. Kľúčovou myšlienkou prípravy na starobu je podporovať zmysluplný život, ktorý poskytuje psychickú pohodu.

Sociálna príprava na starnutie znamená zabezpečenie zmeny organizácie práce v zhode s vekom, výkonnosťou, vzdelaním, zdravotným stavom. K sociálnej príprave patrí

aj starostlivosť o rodinu, ktorá je dôležitým prvkom existenčnej istoty. (Hangoni, et al., 2014).

Človek však nemusí v statuse dôchodcu, či seniora zostať úplne pasívny. Vyšším vekom sa nič nekončí a existuje veľa možností, ako dôchodkový vek stráviť. Senior nemusí zostať v pasivite, ale aktívne využívať a plánovať čas v dôchodkovom veku. Stojáková, Pavelková (2013) vidia veľký význam v tzv. aktívnom starnutí. „Myšlienka aktívneho starnutia môže byť do budúcnosti riešením nielen pre spoločnosť, ale aj samotného seniora. Je nesmierne dôležité, aby človek vyššieho veku nachádzal zmyslupnosť svojho života, a aby bola čo najdlhšie zachovávaná jeho autonómia.“ Aktívne starnutie by však mala podporovať spoločnosť, v ktorej žijeme a robiť také kroky a vytvárať také podmienky, ktoré takýto spôsob života seniorom uľahčia. Len ak spoločnosť bude viesť, motivovať a učiť mladšie generácie ako viesť aktívny dôchodkový vek, bude táto na aktívne starnutie pripravená.

Postoj spoločnosti k starobe je veľmi dôležitý a odzrkadľuje jej vyspelosť a morálne či etické hodnoty. Nebezpečnou je diskriminačný a odmietavý postoj voči seniorom, alebo starobe, ktorý sa môže v spoločnosti usídlieť – ageizmus. Za ageizmus podľa Hasu (2019) môžu politiky jednotlivých štátov, ktoré podľa neho zlyhali v adekvátnej implementácii a začleňovaní seniorských práv, či už zákonmi, rozpočtami, programovými vyhláseniami, a ktoré dokazujú že ageizmus nie je zo spoločnosti vylúčený a ani sa jeho miera nezmenšuje. Táto diskriminácia sa môže prejavovať v rôznych oblastiach života. Snáď každý sa vo svojom okolí stretol s nevhodným, či neetickým správaním voči seniorom, minimálne o takomto správaní počul. Mnohokrát práve mladým ľuďom chýba akási empatia a pochopenie pre starších občanov. Ako píše ďalej Határ (2008, s. 44): „postoje mladej generácie k seniorom možno vnímať ako dve strany jednej mince. Na jednej strane je to úsilie mladších ctíť a rešpektovať šediny, na strane druhej však akýsi strach zo starnutia a staroby, či odpor voči menej funkčnému, alebo takmer nefunkčnému ľudskému telu a intelektu.“ Takémuto postoju by sme však mali určite predchádzať. Cestou môže byť kvalitná osveta a odstraňovanie akýchkoľvek zábran medzi generáciou mladých a starších ľudí. Spoločné aktivity by tomuto zámeru mohli len pomôcť a rozhodne by boli prínosom.

1.3 ZMENY SPREVÁDZAJÚCE PROCES STARNUTIA

Zmeny, ktoré sprevádzajú proces starnutie môžeme rozdeliť do 3 základných oblastí:

1. zmeny v biologickej (fyziologickej) oblasti
2. zmeny v psychickej oblasti
3. zmeny v sociálnej oblasti

Podľa autorky Jarošovej (2006) k základným prejavom či charakteristikám biologického starnutia môžeme zaradiť napr.

- šedivenie a vypadávanie vlasov,
- zmeny na úrovni obehového systému,
- zníženie činnosti nervového systému,
- zníženie výkonnosti všetkých funkcií organizmu človeka,
- atrofiu orgánov a tkanív,
- znižovanie funkcie vylučovacieho systému,
- zhoršenie zmyslových funkcií
- znižovanie funkcie endokrinných žliaz,
- zvýšenie objemu tuku v tele,
- ochabnutie svalstva, zmenšenie celej postavy,
- poruchy spánku,
- metabolické zmeny a pod.

Zmeny však nenastávajú len na telesnej – biologickej úrovni, ale tiež na úrovni psychiky. Medzi charakteristické zmeny na úrovni psychiky môžeme zaradiť napr.:

- • **spomalenie psychomotorického tempa** (rozdiely od mladších ľudí sú v časových úlohách, nevyhovuje činnosť vyžadujúca rýchle rozhodovanie alebo kontinuálna činnosť automaticky riadená) → strata pružnosti, vyhýbanie sa riešeniu zložitých situácií
- • **ľahká psychická únava**
- • **deficit v zmyslovom vnímaní** → anxieta, depresia, emočné problémy, izolácia, osamelosť
- • **ochudobnenie fantázie a zníženie záujmov**

- • **nedostatok vôle sa rozvíjať, učiť sa nové poznatky** → konzervatizmus, pohodlnosť, sklon k spomienkam
- • **emočné poruchy** – labilita a rýchle striedanie emócií, často ovplyvniteľné okolím, zvýšený sklon k úzkosti a depresii (pripomínajú detskú povahu)
- • **zmeny povahy** – zužovanie záujmov, koncentrácia na svoju osobu, zvýraznený záujem o fyziologické funkcie (trávenie); šetrnosť, lakomosť až pôžitkárstvo, míňanie peňazí; abuzus alkoholu; **hypochondria; svojhlavosť, nedôvera k okoliu**
- • **poruchy myslenia** – rozvláčnosť, zabiehavé myslenie, nepodstatné podrobnosti, automatizmy
- • **zníženie vštiepivosti pamäti** – (zhoršovanie novopamäti, horšie chápanie a výbavnosť pamäti, zvýraznenie staropamäti)
- • **zmeny osobnosti** - introvertovanosť až samotárstvo a extrovertovanosť až táravosť); zvýraznenie psychopatologických rysov môže viesť k dekompenzácií
- • **poruchy adaptácie** na zmenu zdravotného stavu i životné situácie.
(Jedlička In Dvořáčková, 2012)

Poslednou kategóriou zmien, ku ktorým v živote starnúceho človeka dochádza, sú zmeny v sociálnej oblasti. K týmto radíme napr.

- odchod z aktívneho pracovného života v podobe dôchodku, s čím sa nevyhnutne spája aj zníženie mesačného príjmu seniora,
- obmedzené možnosti sociálnej integrácie,
- pocit samoty či sociálnej izolácie,
- zmeny v oblasti hodnotového rebríčka,
- generačná osamelosť, strata manžela/manželky/partnera/partnerky, priateľov v dôsledku ich úmrtia či nemožnosti stretávať sa s nimi, obmedzenie kontaktov,
- zmena v životnom štýle súvisiaca so zmenou sociálneho prostredia (napr. ak musí senior odísť z prirodzeného prostredia a presťahovať sa do zariadenia sociálnych služieb v dôsledku zhoršeného zdravotného stavu), príp. nutná zmena bývania,
- strata sebestačnosti, odkázanosť na pomoc inej osoby. (Malíková, 2011)

Ako uvádza Balogová (2009, s. 83) pre seniora je problémom najmä odchod z práce a nástup na dôchodok. Hoci obvykle toto obdobie nazývame zaslúženým odpočinkom,

samotný senior ho tak vnímať nemusí. U človeka v tomto období dochádza „*k hlbokým zmenám v životnej situácii, ku zmene roly, vyžaduje prispôsobenie sa novým pomerom. Od toho, či sa prispôsobenie podarí, závisí všeobecná spokojnosť a vyrovnanie seniora.*“ Podľa autorky je táto situácia problematická predovšetkým u mužov. Ženy sú totiž počas svojho života zvyknuté na pracovnú rolu, ako aj na rolu starostlivosti o domácnosť. Po tom, ako odídu na dôchodok, sa venujú už len domácnosti a na túto činnosť sa pomerne rýchlo dokážu adaptovať. Pre mužov však ide o takpovediac neznámu pôdu a môžu sa im s ňou spájať prechodné pocity neistoty.

1.4 VÝZNAM DOBROVOĽNÍCTVA PRI PRÁCI SO SENIORMI

Podľa všeobecnej mienky je dobrovoľníctvo dobrá vec. Nielenže pomáha ľuďom a krajine a v niektorých prípadoch dokonca supluje úlohu štátu, ale hodnoty, ktoré dobrovoľníci vytvárajú sú navyše zadarmo. Málokto si však uvedomuje, že dobrovoľnícka práca sa môže stať aj inkubátorom na rozvoj zručností, ktoré sú veľmi žiadané aj na trhu práce.

Služby dobrovoľníkov sú zamerané a cielené pre všetky typy klientov sociálnej práce, predovšetkým, pre seniorov, pre rodiny s deťmi, pre ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím, pre väzňov a opustených, pre ľudí bez domova, pre sociálne odkázaných jedincov na pomoc inej fyzickej osoby a podobne.

Významné miesto zaujímajú dobrovoľníci aj v rámci multidisciplinárneho tímu v sociálnych službách vykonávaného pre seniorov, kde im pomáhajú prekonávať ich náročné životné situácie. Dobrovoľníci predstavujú dôležitú úlohu často i pri dopĺňaní profesionálnej práce sociálnych pracovníkov, pričom nenahrádzajú funkciu stálych zamestnancov, ale ju dopĺňajú. V rámci dobrovoľníckych činností vykonávajú širokú škálu laických i odborných činností sociálnej práce, zároveň získavajú aj cenné skúsenosti, rozvíjajú svoje schopnosti, sú veľmi cenní a užitoční k vykonávaniu dobra a majú pozitívny prínos na život starších ľudí.

Dobrovoľníci sprevádzajú a obohacujú seniorov v náročnej etape ich života, ktorú sa im snažia aspoň čiastočne spríjemniť, naplniť ich potreby a podporovať ich. Zároveň im dodávajú pocit, že niekomu na nich záleží, motivujú ich, vytvárajú sa medzi seniormi a dobrovoľníkmi priateľské vzťahy, pomáhajú seniorom udržiavať ich dôstojnosť, hodnoty, ktoré odovzdávajú aj iným a zároveň dobrovoľnícka práca prináša dobrý pocit nielen

dobrovoľníkovi, seniorovi ale aj organizácii, zariadeniu sociálnych služieb. Motiváciou dobrovoľníci prinášajú nielen nádej, ale napomáhajú seniorom k prekonávaniu ich ťažkostí. Dobrovoľníckou činnosťou dobrovoľníci zvyšujú aj kvalitu života seniorov.

Dobrovoľníci sa neriadia sami, niekedy nevedia, ako najlepšie naplňať potreby seniorov v danom konkrétnom zariadení, preto je nevyhnutné, aby bolo zabezpečené ich riadenie permanentnými zamestnancami. Dovoľme si upriamiť našu pozornosť aj na riziká využívania dobrovoľníctva, z pomedzi ktorých spomenieme napríklad nepomer doby, ktorá je potrebná na prípravu dobrovoľníka a času jeho zotrvania v práci, alebo možný vznik konfliktov medzi profesionálnymi zamestnancami a dobrovoľníkmi, či dokonca medzi dobrovoľníkmi a klientmi. Napriek vzniku možných rizík konštatujeme, že výkon dobrovoľníckych činností v oblasti poskytovania sociálnych služieb seniorom je užitočný a stále viac žiadaný. Prínos spočíva predovšetkým v humanizácii, flexibilnom uspokojovaní potrieb seniorov, posilnení ich nezávislého života či v poskytovaní alternatívnych riešení. Služba dobrovoľníkov by mala byť adresná a osobná, mala by prispievať k zvyšovaniu kvality života seniorov. (Kováčová, Matulayová In Korimová, 2003)

Pozícia dobrovoľníka v multidisciplinárnom tíme

Tím profesionálov, ktorí sa starajú o seniorov v zariadeniach sociálnych služieb je zložený z viacerých odborných smerov. Dobrovoľníci, ktorí poskytujú svoje služby, svojou činnosťou dopĺňajú odbornú starostlivosť o seniorov a tým zaujímajú neoddeliteľné miesto v rámci multidisciplinárneho odborného tímu. Dobrovoľníci sú teda prínosom nielen pre zamestnancov, pre organizáciu, pre zariadenia poskytujúce sociálne služby, ale častokrát pre samotných seniorov, ktorým pomáhajú pri prekonávaní rôznych životných situácií v ktorých sa nachádzajú.

Multidisciplinárny tím predstavuje skupinu, ktorá pozostáva z členov, z rôznymi skúsenosťami, zručnosťami, kvalifikáciami, ktoré prispievajú k dosiahnutiu špecifických cieľov organizácie, alebo zariadenia poskytujúceho sociálne služby. (multidisciplinary team, 2018). Multidisciplinárny tím, ktorý poskytuje profesionálnu starostlivosť seniorom za účelom poskytovania sociálnej služby, tvoria odborní zamestnanci, za ktorých sa považujú predovšetkým: „sociálny pracovník, lekár, vychovávateľ, pracovný terapeut, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pedagóg, psychológ, opatrovateľ, fyzioterapeut, asistent liečebnej výživy, sestra poskytujúca odborné ošetrovateľské úkony, inštruktor sociálnej rehabilitácie.“ (Krišková, 2010, s. 36)

Podstatnou súčasťou multidisciplinárneho tímu, ktorý poskytuje služby seniorom je aj duchovný pracovník, ktorým môže byť kňaz alebo iná zasvätená osoba. Duchovní pracovníci zabezpečujú seniorom duchovnú pomoc a starostlivosť, ktorá má za cieľ zmierniť ich utrpenie, vyrovnať sa so životnou situáciou a poskytnúť podporu. Je dôležité, aby boli uspokojené aj duchovné potreby seniorov. (Mačkinová, Musilová, 2013). Duchovný pracovník, alebo zasvätené osoby poskytujú služby na báze dobrovoľníctva. Sociálni pracovníci u seniorov zisťujú ich názor a vzťah k vierovyznaniu a na základe ich vyjadrenia zabezpečia, aby mohli byť navštevovaní dobrovoľníkmi, ktorí im prinášajú duchovnú posilu. Niekedy sa môže stať, že seniori sa rozhodnú až v posledných chvíľach života pre túto formu pomoci, ktorá je pre nich nesmierne dôležitá. V ich živote im prináša pokoj a dodáva nádej. (Tománek, 2018) Duchovné sprevádzanie je dôležitou súčasťou komplexnej starostlivosti o seniorov.

Dobrovoľníci, ktorí sú častokrát súčasťou multidisciplinárnych tímov sa popri profesionálnych zamestnancoch podieľajú na vopred stanovených cieľoch. Bez účasti dobrovoľníkov by často nebolo možné organizovať niektoré príležitostné udalosti, ktorými sa organizácia či zariadenia poskytujúce sociálne služby prezentuje a naplňa svoje poslanie. Dobrovoľníci vykonávajú činnosti a aktivity v spolupráci s odbornými zamestnancami a podieľajú sa na mnohých aktivitách a realizujú sa na zlepšení kvality života seniorov. Keď by ich nevykonávali, museli by byť zaistené profesionálnym spôsobom, z čoho vyplýva, že pri tomto type spolupráce dobrovoľníci významne prispievajú k zníženiu finančných nákladov. Aj samotná činnosť dobrovoľníkov je nevyhnutná, napomáha skvalitňovať poskytované služby, alebo zjednodušovať chod zariadenia. Dobrovoľníci teda predstavujú doplnenie poskytovaných služieb, zvýšenie kvality a nakoľko organizácia, alebo zariadenie by bez nich nemohli fungovať. (Frič In Tošner, Sozanská, 2006)

Pozícia dobrovoľníkov v rámci multidisciplinárneho tímu je významná z dôvodu doplnenia odborných činností profesionálov. Odborníci, ktorí vykonávajú profesionálne činnosti často nemajú priestor na to, aby ponúkli pridanú hodnotu k svojej poskytovanej službe seniorom. Práve tu vzniká priestor pre dobrovoľníkov, ktorí tieto odborné služby dopĺňajú, skvalitňujú svojimi výkonmi, odbremeňujú zamestnancov, obohacujú a povzbudzujú svojou prítomnosťou klientov. Cieľom multidisciplinárneho tímu je, aby seniori plnohodnotne prežívali svoj život v prostredí v ktorom sa nachádzajú, boli v čo najvyššej možnej miere samostatní a v sociálnom prostredí mohli fungovať.

Pracovné činnosti dobrovoľníkov zamerané na prácu so seniormi

Dobrovoľníci môžu vykonávať laické činnosti, aktivity, ale môžu vzhľadom na ich vzdelanie, kvalifikáciu, schopnosti, zručnosti poskytovať aj odborné služby seniorom. V rámci vykonávania laického dobrovoľníctva dobrovoľníci vytvárajú rôzne voľnočasové aktivity, vedú rozhovory a aktívne počúvajú, predčítavajú knihy, sprevádzajú seniorov, zabezpečujú nákupy, predcvičujú jemnú motoriku seniorov, prostredníctvom ich účastí napr. na arteterapii pomáhajú seniorom pri výrobe výrobkov a pod. Dobrovoľníci môžu pomáhať seniorom aj nepriamo pomocou organizácii, alebo zariadeniu sociálnych služieb, napríklad získavaním finančných prostriedkov, propagáciou, tlmočením, rôznymi administratívnymi úkonmi a podobne.

Pri napĺňaní sociálnych potrieb a sebarealizácií v živote seniorov majú veľký význam aj voľnočasové aktivity, ktoré ich približujú do širšej spoločnosti. Takto sa ich život môže aj prostredníctvom záujmov a rôznych koníčkov zmeniť. Môže sa stať, že pri nedostatku, prípadne ich celkovej absencii, sa seniori uzatvárajú do seba, sú izolovaní, alebo častokrát osamotení. Práve tieto voľnočasové aktivity, koníčky, zábavné činnosti, prechádzky, pozeranie televízie, rozhovory s priateľmi, susedmi či príbuznými plnia dôležitú funkciu aj po zdravotnej stránke, nakoľko podporujú a udržiavajú pocit užitočnosti seniorov. V sociálnych službách sú tieto činnosti a aktivity často zabezpečované dobrovoľníkmi, ktorí pomáhajú seniorom, aby kvalitne, plnohodnotne prežívali svoj život, tiež im pomáhajú udržiavať dobrú náladu, sviežosť, lepšiu kvalitu života a poskytujú im využitie voľného času. Dôležité sú aj záujmové činnosti, ktoré sú obohatené hudobno – pohybovými cvičeniami, ktoré sa vyznačujú výraznou mierou dynamiky a spontánnej aktivizácie. Osobitnú funkciu zohrávajú aj motívy a pravidlá hier, ktoré vytvárajú pozitívnu komunikáciu medzi jednotlivcom a skupinou. Rôzne aktivity v sociálnych službách nespočívajú v množstve činností a akcií, ktoré sú zorganizované, ale v tom, čo seniorom pomáha, aby plnohodnotne a zmysluplne prežívali svoj život. (Hambálek, 2005 In Kročková, 2018)

Poskytovanie sociálnej pomoci je širokým uhlom pôsobenia dobrovoľníkov. Sociálnu pomoc môžeme vnímať v širšom kontexte nielen, ako potrebu hmotnej pomoci, ale aj ako psycho-sociálnu potrebu, ktorá spočíva v podpore zmeny u klienta. Môže ísť o formálnu, ale aj neformálnu aktivitu. Považujeme za dôležité, aby sme v rámci sociálnej pomoci rozlíšili sociálnu podporu, ktorá sa spája s poskytovaním finančných prostriedkov a sociálnu oporu, predstavujúcu rôznorodé aktivity, ktoré sú priamo podmienené zo zdrojov

klientovho prostredia. Sociálna opora zahŕňa emocionálnu oporu človeka, hodnotiacu oporu, kedy hodnotíme a komunikujeme sebahodnotenie prijímateľa opory, informačnú oporu, kedy poskytujeme informácie a inštrumentálnu oporu, ktorá zahŕňa praktickú pomoc prostredníctvom materiálnej pomoci. Sociálna opora predstavuje veľmi cennú formu pomoci, ktorá je poskytovaná v rámci služieb sociálnej práce. Dovoľme si však poukázať aj na negatívne dopady sociálnej opory, kedy v rozpore s predstavou prijímateľov, môže viesť k strate sebestačnosti, pocitu závislosti a môže ohroziť ich sebaúctu, navodzuje pocity bezmocnosti až nakoniec nezodpovedá potrebám klienta. (Brnula, 2012).

V zariadeniach poskytujúcich sociálne služby sú dobrovoľníci prínosom nielen seniorom, ale aj organizácii a v neposlednom rade dobrovoľníkom, ktorí svoje hodnoty častokrát oceňujú až po vykonaní dobrovoľníckej činnosti. Významné hodnoty sú založené na vzájomnej solidarite, úcte, rešpektovaní a akceptácii každého človeka. Dobrovoľníci vykonávajú dobrovoľnícke činnosti z vlastnej iniciatívy, čo prispieva k zvýšeniu kvality života seniorov, samotnej činnosti dobrovoľníka, realizujú sa a svojou vôľou napomáhajú iným, spoločným úsilím prispievajú k naplneniu rôznych sociálnych cieľov a tým prispievajú k zlepšeniu spoločného blaha. Neoddeliteľnou súčasťou pre sociálnu prácu je etika v sociálnej oblasti, ktorá je veľmi dôležitou a nevyhnutnou zložkou pre sociálneho pracovníka ako i pre samotného dobrovoľníka.

Prínosy dobrovoľníctva

Dobrovoľníci prichádzajú do dobrovoľníckej činnosti s úžitkom a motívom pomôcť druhému človeku, alebo čiastočne zlepšiť jeho životnú situáciu, pomáhať seniorom prekonať pocity osamelosti, izolácie, prípadne sa podieľať na neustálom skvalitňovaní sociálnych služieb poskytovaných klientom, či napredovaniu inštitúcií, ktoré tieto služby poskytujú, ale aj využívaniu tvorivosti a iniciatívy zo strany dobrovoľníkov. Nevedomky však získavajú mnohé prínosy, aj sami pre seba. Niektorí dobrovoľníci zámerne vykonávajú dobrovoľnícke činnosti s cieľom získavania praktických skúseností, či iných výhod, no mnohí prichádzajú do dobrovoľníctva s nezištným úmyslom, len pokornou túžbou pomôcť. Prínosy a bohaté skúsenosti sa postupom času dostavia a ukážu, že sú pozitívne.

Medzi faktory, ktoré pozitívne ovplyvňujú a podporujú dobrovoľníkov vykonávajúcich dobrovoľníctvo pre seniorov patrí predovšetkým pocit, že sú oceňovaní, uvedomenie si významu ich prítomnosti, nádej na zmenu, prejavenie uznania na verejnosti, ale aj v súkromí, pocit, že dokážu zvládnuť zadané úlohy, ako aj participácia na tímovej spolupráci, podieľanie

sa na riešení problémov, sú účastní na rozhodovaní a stanovení cieľov organizácie, uvedomenie si, že v dôsledku ich činnosti sa deje niečo dôležité, rozhodujúce a v neposlednej miere sú uspokojované aj ich potreby. Naopak, negatívne prekážky dobrovoľníci vnímajú v tom, že zistia veľký rozdiel medzi skutočnosťou a ich očakávaním, majú pocit, že ich pomoc nie je prínosom, nedostanú spätnú väzbu, ani pochvalu, či ocenenie, ich činnosť sa stáva rutinou, nie je dostatočne prejavovaná podpora spolupracovníkov, činnosti im neprinášajú možnosti osobného rastu, príliš malé možnosti prejavu iniciatívy, či tvorivosti a pocit napätia. (Tošner, Sozanská, 2002)

Dobrovoľníctvo v sociálnych službách vykonávané pre seniorov prináša veľký prínos najmä z hľadiska prekonávania pocitu samoty seniorov, izolácie a dôležité je, že sa cítia veľmi užitoční aj vo vyššom veku. Pre samotných dobrovoľníkov je táto práca prínosom aj v tom, že zmysluplne využívajú svoj voľný čas, majú dobrý pocit, že prácu, ktorú vykonávajú robia nezištne s otvoreným srdcom, nachádzajú vlastný zmysel života, dobrovoľníctvo im zároveň umožňuje získavať nové skúsenosti zo sociálnej oblasti, rozvíjajú si komunikačné zručnosti a schopnosti

Kmecová a kol. (2014) uvádza, že dobrovoľnícka práca je významná v tom, že vyžaduje odvahu vychádzať v ústrety druhým a sústreďuje sa na pomoc ľuďom bez ohľadu na ich postavenie, ako aj na ťažkosti poskytovateľa dobrovoľníckej činnosti. Dobrovoľnícka činnosť v rámci sociálnej práce má byť impulzom pre seniorov, aby sa aktívne podieľali na svojej zložitej životnej situácii a aby mohli prekonávať prekážky, ktoré im bránia v rozvoji.

Potreba dobrovoľníckej práce má stúpajúcu tendenciu. Tento trend je určitou odpoveďou na zhoršujúce sa podmienky niektorých skupín obyvateľstva. (Tománek, 2019) Možnosti využívania služieb, ktoré dobrovoľníci poskytujú sú široké, zahŕňajú rôzne administratívne, technické, organizačné a iné druhy prác. Čo sa týka klientov sociálnej práce – v našom prípade seniorov, dobrovoľníci môžu byť dôležitými pomocníkmi pri organizovaní klubovej, ale aj inej záujmovej činnosti. Môžu byť významnými pomocníkmi pri výkone rôznych úkonov, ktoré nie je možné nahradiť rôznymi kompenzačnými pomôckami.

Úloha dobrovoľníka nespočíva výhradne v ochote pomáhať druhým, ale aj v investícii do svojho osobného rozvoja. V sociálnej práci môžeme nazerať na postavenie dobrovoľníkov z rôznych pohľadov. Prvý pohľad sa zameriava na človeka, ktorý môže zaujať úlohu poskytovateľa sociálnej pomoci a zároveň na druhej strane môže byť prijímateľom tejto pomoci. Pohľady na dobrovoľnícke činnosti pre seniorov nie sú

automatické, ide o postupné uvedomovanie si výhod, ktoré v priebehu rokov vyplývajú z výkonu dobrovoľníckej činnosti. Dobrovoľníctvo ako nová forma rozvoja človeka smeruje k ochote pomáhať druhým ľuďom a vychádzať im v ústrety. Každá činnosť závisí od osobnej zrelosti dobrovoľníkov, od ich ochoty učiť sa a zároveň počúvať. (Kmecová In Bugri, Beňo, Šramka, 2014)

Dobrovoľník je pri výkone dobrovoľníckych činností v neustálej interakcii so seniormi. Jednou z nevyhnutných aktivít pri styku s nimi je komunikácia, ktorá je špecifickou formou sociálneho styku. Pri komunikácii so seniormi je dôležité, aby dobrovoľníci brali do úvahy zdravotné, ale aj iné obmedzenia seniorov a na tomto základe dodržiavali pravidlá komunikácie s nimi. Komunikácia plní svoj účel vtedy, keď pôsobí prirodzene, nenútene. Pre efektívnu komunikáciu je dôležitá asertivita, empatia, kedy sa dobrovoľník vie vcítiť a vžiť do situácie seniora, tiež persuázia, ktorá predstavuje schopnosť presvedčiť, alebo čiastočne ovplyvniť človeka. Ovpływňovanie človeka by malo viesť k tomu, aby sa vedel rozhodnúť slobodne, vedel prijímať informácie, aby bol zúčastnený na zvyšovaní osobnej kvality života a nakoniec by mali byť uvedené dostatočné dôvody zahŕňajúce správnosť a pravdivosť. (Frk, Kredátus, 2008)

Dobrovoľníctvo pre seniorov je možné vykonávať aj na medzinárodnej úrovni v rámci Európskej dobrovoľníckej služby, ktorá umožňuje vycestovať do niektorej z krajín Európskej únie, prípadnej aj do ostatných krajín sveta. Dobrovoľníctvo vykonávané v oblasti poskytovania sociálnych služieb v zahraničí môže byť obohacujúce, nakoľko umožňuje dobrovoľníkom vykročiť mimo ich komfortnej zóny a zároveň uvedomiť si niektoré z problémov, ktorým čelia mnohí jednotlivci po celom svete. (Tománek, 2017) Ľudia celosvetovo trpia sociálnymi nerovnosťami, táto skutočnosť umožňuje ochotným dobrovoľníkom participovať sa na poskytovaní sociálnych služieb v zahraničí, rozšíriť svoje obzory, porozumieť druhu a hĺbke sociálnej práci mimo hraníc domácej krajiny. Učenie sa a komunikácia s ľuďmi rôznych kultúr a prostredia pomôže pochopiť interkultúrne problémy v domovskej krajine i za jej hranicami. Dobrovoľníci sa môžu začleniť do novej kultúry, pričom prispievajú k zlepšeniu sociálnych služieb v danej krajine. Zahraničie ponúka množstvo dobrovoľníckych príležitostí v sociálnej sfére, takže dobrovoľníci majú možnosť nájsť svoje uplatnenie a mať vplyv na klientov sociálnej práce, vrátane seniorov. (Why volunteer in social work, 2018)

Chceme poukázať na to, že dobrovoľníctvo a sociálna práca, sú veľmi úzko prepojené a dôležité v oblasti sociálnych služieb, nakoľko aj dobrovoľnícka činnosť prináša obohatenie a prínos najmä pre seniorov. Dobrovoľníci v sociálnych službách prispievajú k vytváraniu solidarity, efektivity, k motivácii seniorov a zmysluplnosti hodnoty práce.

Dobrovoľníctvo vykonávané pre seniorov zaujíma významné miesto v poskytovaní sociálnych služieb v konkrétnych zariadeniach. Zároveň dobrovoľníci sa podieľajú na zvyšovaní kvality poskytovaných sociálnych služieb.

Dobrovoľnícka činnosť, ako štýl života dobrovoľníkov predstavuje nástroj riešenia nepriaznivej sociálnej situácie seniorov a prináša nenahraditeľné prínosy v organizácii, v zariadení, zamestnancom a napokon i samotným dobrovoľníkom.

1.5 TERAPIE POSKYTOVANÉ SENIORM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ICH VÝZNAM

V slovníku cudzích slov nachádzame pojem *terapia* vysvetlený ako „spôsob liečby, odbor medicíny, ktorý sa zaoberá liečbou, metódami a prostriedkami liečby.“ (Piťová, Piťo, 2001, s. 641). Terapeutické činnosti môžeme teda chápať ako činnosti, prostredníctvom ktorých dochádza k liečivým, ozdravujúcim procesom v živote človeka. Uzdravenie, alebo aspoň zlepšenie stavu človeka prostredníctvom širokej palety terapií môže nastať vo všetkých rovinách života a teda v biologickej, psychologickej, sociálnej a duchovnej rovine.

Terapeutické činnosti ako napríklad arteterapiu (výtvarná terapia), muzikoterapiu, sociálnu terapiu, fyzioterapiu, ale aj menej známu validáciu či reminiscenciu vnímame ako pomoc, ktorou je možné dosiahnuť zlepšenie, alebo aspoň stabilizovanie stavu v prípadoch, kde veľakrát nefunguje už nič iné. Prostredníctvom terapie nastáva znovuobjavenie života, nových možností, spôsobov či pohľadu na neraz neľahkú životnú situáciu. A tak môže aj starý, unavený a chorý človek nájsť v pohybe, tanci, speve či maľbe cestu, ktorá posledný úsek života premení na lepší, znesiteľnejší.

Terapeutické činnosti sú, samozrejme, veľmi vhodné nielen na zmiernenie vážnych zdravotných problémov. Aj klienti s lepším zdravotným stavom – klienti mobilní – s relatívne zdravou pamäťou a dobrým sociálnym cítením potrebujú v živote vykonávať zmysluplnú činnosť, ktorá ich stále, aj v starobe vedie vpred. Konkrétnymi prínosmi vzdelávania klientov v poslednej životnej etape je prispievanie k mobilizácii intelektových

a kognitívnych funkcií, k upevňovaniu fyzického a duševného zdravia, či k posilňovaniu sebadôvery, a tým aj k životnej spokojnosti. (Šoková, 2017)

Život v zariadení by nemal byť len priestorom, kde seniori fungujú, prežívajú bez akejkoľvek intervencie, aktívneho života, či spoločenského deficitu. Mnohí prichádzajú s ťažkým zdravotným, psychickým, či duševným problémom a potrebujú obnoviť, alebo aspoň udržať svoje fyzické, či psychické zdravie. Preto v tomto prípade má terapia veľký význam ako píše Vymětal a kol. (1997) a je chápaná ako liečba, prostredníctvom ktorej môžeme zmierniť, alebo odstrániť problémy, ktoré seniorov trápia. Z tohto vyplýva, že nemôžeme nechať seniorov pasívnych, ale aktívne ich zapájať do terapií, ktoré nám zariadenia umožňujú a pomôcť im tak zlepšiť ich kvalitu života a ak je to možné aj zlepšiť ich celkový fyzický, či psychický stav.

Môžeme tiež povedať, že terapie sú zaujímavým druhom ľudskej aktivity, ktorá úzko súvisí s istou formou komunikácie. Človek spontánne vyjadruje svoje pocity, aktuálny stav s dôrazom na formu prejavu. Využiť pri tom môžeme rôzne techniky a spôsoby, dôležité však je, aby sa klient cítil príjemne a dokázal pri tom relaxovať a uvoľniť sa. Spomenuté terapie sa zameriavajú na podporu klientov v ich životnej situácii, tiež na rozvoj ich schopností a kompetencií. (Lištiaková, Lucká, 2016). Častokrát môže takáto aktivita priniesť istú výpovednú hodnotu, s ktorou vie terapeut pracovať a nájsť ďalší spôsob a metódy ako ďalej pracovať.

Terapie a aktivizačné činnosti s prvkami terapií významnou mierou ovplyvňujú kvalitu života seniora v inštitucionálnych zariadeniach. Aktivizáciu prijímateľov sociálnych služieb (v našom prípade seniorov) určuje § 7 Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ktorý zakotvil právo prijímateľa sociálnej služby na aktivizáciu podľa jeho schopností a možností, ako i povinnosť poskytovateľa mu túto aktivizáciu poskytovať na odbornej úrovni.

Na účel podpory a sebarozvoja svojich schopností a zručností, alebo zmiernenie, či odstránenie ťažkostí seniorov slúži vyškolený terapeut. Túto činnosť teda nemôže vykonávať sociálny pracovník, ktorý si nedoplnil potrebné vzdelanie, kvalifikáciu. V tomto prípade by sme mohli hovoriť, len o využívaní prvkov terapií, ktoré môže sociálny pracovník využívať v zariadení pre seniorov. Popri svojej práci môže používať všetky prvky terapií, ale nemôže ich hodnotiť ako vyškolený terapeut. Na bližšie určenie a definíciu práce terapeuta, ako aj potrebné vzdelanie nám približuje zákon č. 296/2010 Z.z. *o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania*

zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov. Teda terapeutom sa nemôže nazývať sociálny pracovník, ktorý prvky terapie využíva, ale vyškolený sociálny pracovník - terapeut, ktorému vznikol nárok na vydanie osvedčenia a ktorý je podľa tohto zákona vyškolený a oprávnený vykonávať jednotlivé druhy terapie. Nehovoriac o povahových vlastnostiach, ktoré by mal takýto terapeut spĺňať.

Z mnohých terapií, ktoré sa v súčasnosti realizujú v zariadeniach pre seniorov si nižšie priblížime len tie, ktoré sa najčastejšie využívajú.

Arteterapia

Arteterapia je liečba umením a je zaraďovaná k expresívnym terapiám. Význam slova má pôvod v latinčine „art“ – umenie, kresba a gréčtine „therapeia“ – uzdravovanie. Priekopníčka tejto terapie na Slovensku Šicková - Fabrici (2005) tvrdí, že arteterapia podporuje uvoľnenie, odbúrava stres a pomocou vedomého vytvárania emócií, pomáha porozumieť ako druhým, tak i sebe samému. Výtvarná tvorba posilňuje seniorom ich sebavedomie a pocit vlastnej integrity. Významný je pocit radosti, ktorý majú z hotovej práce. Malček (2015) tvrdí, že jedným z aspektov arteterapie je uplatnenie výtvarného umenia jeho vnímaním. Na ľudí v období sénia majú kresby, obrazy, architektúra a úžitkové umenie ako terapeutický, tak i edukatívny význam. Tvorivou činnosťou sa u seniora stimulujú kognitívne procesy, eliminuje úzkosť, zlepšuje nálada, zvyšuje motivácia, podporuje sebavedomie a sebadôvera. Arteterapeutické techniky majú širokú škálu využitia a to od práce z hlinou, až po samotné maľovanie. Pre seniorov sú vhodné nenáročné techniky, akými sú napríklad koláže, mozaiky a vyfarbovanie mandál, ktoré im pomáhajú ventilovať negatívne emócie, posilňovať koncentráciu, prehľbovať fantáziu, stimulovať hmat, zrak a zlepšovať jemnú motoriku.

Arteterapiu nehodnotíme z estetického hľadiska. Cieľom arteterapie je radosť z liečby umením pre seniorov, kde účelom je pocit radosti z vytvorenia vlastnej tvorby. Je to podpora tvorivých schopností seniora.

Arteterapiu rozdeľujeme podľa použitia techník na:

1. Vzdelávaciu a oddychovú
2. Terapeutickú skupinu

Pri oddychovej a vzdelávacej arteterapii rozvíjame predovšetkým výtvarnú techniku, samozrejme dôraz kladieme na estetické cítenie. V terapeutickej skupine sa vytvára prostredie pre zobrazenie osobného psychického vývinu, čiže výtvarného psychického obrazu. Cieľom arteterapie je hlavne pomoc ľuďom a poskytnúť im radosť liečbou umením. Arteterapia umožňuje vizuálnu komunikáciu aj neverbálnu pre ľudí vo vyššom veku. Arteterapia vychádza z potenciálu pre zachovanie fyzických a psychických zložiek osobnosti. Kvalitnou arteterapiou môžeme dosiahnuť motiváciu, zvýšenie sebavedomia, sebadôveru, zlepšenie nálady, obnovenie positivity, uľahčenie komunikácie a často získanie radosti zo života. V pokročilej starobe prostredníctvom arteterapie vieme seniorom umožniť radosť z vytvorenia umeleckého diela, ktoré sám vytvoril.

Reminiscenčná terapia

Cieľom tejto terapie je zlepšenie mentálneho stavu prijímateľa sociálnych služieb, komunikácie s jedincou a odstránenie alebo aspoň zmiernenie jeho ťažkostí. V reminiscenčnej terapii, ktorá tvorí formu komunikácie sa využívajú spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych podnetov. Uvedená technika, ktorá vychádza zo zámerného riadeného vyvolávania a vedenia spomienok prijímateľa sociálnych služieb vychádza zo skutočnosti, že aj v pokročilej fáze demencie zostáva zachovaná dlhodobá pamäť. Podľa Malíkovej (2011) je reminiscenčná terapia prospešná v oblasti podpory aktivizácie imobilných, dlhodobo ležiacich, nesebestačných prijímateľov sociálnych služieb, ktorí trpia demenciou. Cieľ tejto terapie spočíva nielen v zlepšení stavu prijímateľov sociálnych služieb, ale ide aj o posilnenie ich dôstojnosti, zlepšenie komunikácie a podporovanie ich rozvoja.

Holmerová (2007, s. 175) vymedzuje reminiscenciu nasledovným spôsobom: „rozprávanie starých príbehov, predvádzanie starých činností, rozprávanie o obrazoch, fotografiách, spievanie, recitovanie, tanec alebo vytváranie tzv. *memory box*, *memory book*, *memory room*.“ Ide o rozhovor sociálneho pracovníka, (terapeuta) s prijímateľom sociálnych služieb o jeho doterajšom živote, o rôznych spomienkach a pod., pričom spomínanie sa využíva ako terapeutický prostriedok. Každý prijímateľ sociálnych služieb má možnosť v rámci realizovanej terapie opísať svoje spomienky, rôzne udalosti alebo

aktivity, ale na druhej strane nikto nemôže byť do ničoho nútený, z dôvodu, že základom reminiscenčnej terapie sú voľné a spontánne vyjadrené spomienky.

Reminiscenčná terapia môže prebiehať dvoma spôsobmi. Ide o individuálnu reminiscenčnú terapiu, ktorá sa využíva u prijímateľov sociálnych služieb, ktorí sa z dôvodu svojich zdravotných problémov nemôžu zúčastniť skupinovej reminiscenčnej terapie, alebo pre tých, ktorí sa necítia uvoľnene v kolektíve. Ďalej ide o skupinovú reminiscenčnú terapiu, ktorá je v sociálnej praxi veľmi obľúbená. Prijímatelia sociálnych služieb majú možnosť pri tejto forme terapie stretnúť sa s ostatnými, spoločne porozprávať, vzájomne si vymieňať skúseností z minulých čias, čo výrazne napomáha k zlepšeniu spolupráce a k upevňovaniu vzájomných vzťahov.

Treba si však uvedomiť, že pracovníci, ktorí využívajú reminiscenčné aktivity v zariadeniach pre seniorov musia rešpektovať odlišnosť ľudí a skutočnosť, že reminiscencia nie je vhodná pre každého človeka v období sénia. Mnohí autori popisujú reminiscenciu ako spôsob adaptácie na množstvo strát a zmien spojených so starobou. McMahon a Rhudick, ktorí patrili k priekopníkom reminiscenčnej terapie, sa v šesťdesiatych rokoch 20. storočia preslávili štúdiom veteránov španielsko-americkéj vojny. V tejto štúdii autori preukázali, že ľudia s depresiami spomínajú významne oveľa menej, ako ľudia bez depresií. Daní autori neskôr charakterizovali štyri skupiny seniorov podľa toho, aký dopad má na nich reminiscencia. Prvú skupinu tvorili seniori, ktorým spomínanie prinášalo radosť a ich adaptácia na starobu bola úspešná. Ďalšie tri skupiny seniorov boli charakteristické spomínaním, ktoré sa snažilo zveličovať a vylepšovať minulosť. Boli úzkostní a prejavovali pocity uzavretosti. (In Janečková, Vacková 2013). K podobnému rozdeleniu osobností dospel i McKee v roku 2003, ktorý rozlíšil tri základné typy osobností, vo vzťahu k radosti z každodenného spomínania:

- Osoby, ktoré majú z reminiscencie radosť, tešia sa z nej a užívajú si ju – títo ľudia sa často zúčastňujú na skupinových aktivitách, majú radi spoločnosť druhých ľudí, majú veľa priateľov a celkovo menej psychologických problémov,
- Osoby, ktoré majú reminiscenciu spojenú so smútkom a ľútosťou – títo ľudia síce spomínajú často, ale vykazujú menej pozitívnych emócií. Spomienky v nich vyvolávajú smútok a sebaľútosť, ktorá sa týka celého ich života,

- Osoby, ktoré sú v súčasnom živote nešťastné – títo ľudia sa cítia odrezaní a vykorenení. Pre tieto typy ľudí má väčší zmysel súčasnosť, ako sústredenie sa na minulosť. (In Janečková, Vacková 2013).

Snoezelen terapia

Snoezelen je multifunkčná metóda, ktorá sa realizuje v príjemnom a upravenom prostredí prostredníctvom využitia svetelných a zvukových prvkov, vôní a hudby, pričom jej cieľ spočíva vo vyvolaní zmyslových pocitov. Snoezelen terapia tvorí celostný prístup, ktorý naplňuje potreby prijatia a porozumenia prijímateľov sociálnych služieb v atmosfére dôvery a uvoľnenosti. (Glener, et. al. 2012)

Ide o multisenzorickú terapiu, pomocou ktorej pôsobia na zmysly rôzne technické zariadenia a pomôcky. Následne sa organizmus postihnutého jedinca demenciou stimuluje a upokojuje. Táto terapia vo veľkej miere pomáha eliminovať stres, znižuje agresívne správanie a formy sebapoškodzovania. Zároveň Snoezelen priaznivo vplýva na rozvíjanie kognitívnych schopností a komunikácie, podporu existujúcich zručností, zlepšuje schopnosti relaxácie a uvoľnenia, zlepšuje koncentráciu, znižuje výskyt agresívneho správania, eliminuje strach, nepokoj a zlepšuje kvalitu spánku. (Mertens, 2011)

Ergoterapia

Ergoterapia patrí k terapiám, ktoré sa využívajú v sociálnych službách najčastejšie. Táto terapia je založená na predpoklade, že práca patrí medzi ľudské základné potreby. Česká asociácia ergoterapeutov (2008) vymedzuje úlohy ergoterapie v zmysluplnom zamestnávaní s cieľom zachovať a využívať schopnosti jedinca, ktoré sú potrebné na zvládanie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností. Ciele ergoterapie si môžeme zadať na ciele krátkodobé, ktoré súvisia a sú zamerané na udržanie, rozvoj, podporu straty schopností z oblasti senzomotorickej, kognitívnej, psychickej alebo sociálnej. Medzi dlhodobé ciele v oblasti ergoterapie patrí dosiahnutie priaznivej úrovne a rovnováhy prijímateľov sociálnych služieb, ktorí trpia demenciou pri vykonávaní sebaobslužných činností, pracovných činností a aktivít voľného času, ktorá podporí ich uzdravenie a zlepši pocit ich subjektívnej pohody.

Kuzyšin (2015) vidí v ergoterapii prínosy v oblastiach motivácie prijímateľov sociálnych služieb pri práci, posilňovaní ich jemnej motoriky a v rozvíjaní ich

predstavivosti. Každý pracovný úspech, výrobok vytvorený vlastnými rukami, prináša osobe, ktorá trpí demenciou radosť z dobre vykonanej práce, možnosť sebarealizácie a intenzívne prežívanie pocitu vlastnej úspešnosti.

Podľa Koláča (2009) je ergoterapia u seniorov predovšetkým zameraná na zachovanie čo najvyššej miery sebestačnosti, výberu kompenzačných pomôcok, ako aj na podporu zachovania zvyškových fyzických, psychických a kognitívnych funkcií, prostredníctvom cielených aktivít a poskytovania poradenstva v oblasti prevencie pádov a úrazov.

Ergoterapia u seniorov by sa mala podľa Klusoňovej (2011) zamerať na tieto oblasti:

- Hrubá motorika – sem môžeme zaradiť napr. bezpečnú chôdzu, schopnosť sadnúť si a vstať, obracanie sa na bok v ležiacej polohe, posadenie sa s nohami cez okraj postele. Tieto schopnosti sa dajú podporiť činnosťami, ktoré strieda sed, krátkodobý stoj a prechádzanie,
- Jemná motorika – podmienkou pre fungovanie jemnej motoriky patrí koordinácia oka a ruky, súhra oboch rúk, súčinnosť hornej končatiny s perцепčnými funkciami. Do nácviku jemnej motoriky môžeme zahrnúť rôzne kreatívne činnosti, ručné práce, grafomotorické cvičenia, stolné hry, ako i jednotlivé druhy a fázy úchopov,
- Tréning sebestačnosti – sem môžeme zaradiť napr. udržiavanie schopností v oblasti osobnej hygieny, stravovania a obliekania, úzko súvisí s jemnou a hrubou motorikou, ako i s psychickým stavom človeka. K dosiahnutiu čo najvyššej miery nezávislosti sa používajú vhodné kompenzačné pomôcky a vhodne upravené prostredie,
- Tréning kognitívnych funkcií – patrí sem tréning pamäti, predstavivosti, pozornosti, koncentrácie a orientácie miestom, časom i osobou. K nácviku sa používajú rôzne cielené hry a úlohy,
- Záujmové činnosti – ľudia v období sénia sa radi zamestnávajú činnosťami, ktoré už dobre poznajú a nepotrebujú sa k nim učiť veľa nových vecí. Až postupom času sú ochotní spoznávať aj nové činnosti, k čomu výrazne dopomáha motivácia, zmysluplnosť aktivity a správne aplikovaný prístup.

Ergoterapia u seniorov má povzbudzujúci účinok pre udržanie, alebo znovunadobudnutie stratených síl. Pracovná činnosť podporuje u človeka sebadôveru, sebaaprijatie, odpútava jeho pozornosť od choroby, zbavuje ho

pesimistických myšlienok a taktiež je veľmi účinnou prevenciou depresie, ktorá sa u seniorov vyskytuje často.

Muzikoterapia

Terapia hudbou je ľuďmi používaná už od nepamäti. Hudbu a rytmus poznali v podstate všetky staroveké civilizácie. V Starom zákone môžeme nájsť zmienku o vyliečení kráľa Saula z depresie za pomoci hry na harfu. Vysoko uznávaná hodnota hudby bola aj v starom Grécku, o čom svedčí aj fakt, že boh Apollon bol bohom hudby a uctievaný ako darca zdravia. Gréci chápali význam hudby aj profylakticky a to ako prevenciu v oblasti mentálnej hygieny, kde hudba pomáha nastoliť rovnováhu medzi somatickou a psychickou zložkou človeka. Hudobnou terapiou sa zaoberali i veľkí myslitelia, akým bol Pythagoras, Aristoteles a Platon, ktorých môžeme pokladať za priamych predchodcov muzikoterapie. Obdivovali silu hudby a jej vplyv na harmonizáciu človeka a jeho zjednotenie s vesmírom. (Šimanovský, 2011)

Rozlišujeme dve základné formy muzikoterapie a to podľa účasti, či spôsobu zapojenia sa klienta do programu. Aktívna forma terapie sa vyznačuje tým, že jedinec sám vyvíja hudobnú aktivitu – spieva, hrá na hudobný nástroj, vytŕukáva akýkoľvek rytmus. Ľudia, ktorých zdravotný stav obmedzuje hrať na hudobný nástroj, môžu využiť hru na telo a to spôsobom napr. dupania, tleskania o rôzne časti tela. Táto technika aktívnej muzikoterapie podporuje rozvoj jemnej a hrubej motoriky, ako aj upevňovanie vzťahov a kontaktov s jedincami v skupine.

Receptívna forma muzikoterapie spočíva v pasívnej účasti klienta na programe. Muzikoterapeut je naladený na klienta, ktorý v kľudnej a relaxačnej polohe vníma a prežíva hudobnú produkciu, alebo sem môžeme zaradiť taktiež čítanie o hudobných osobnostiach.

Podľa Linku (1997) muzikoterapiu delíme taktiež z týchto hľadísk:

1. Podľa toho, kto ju vykonáva

Autoterapia – samoliečba. Človek ju môže vykonávať sám so sebou v rámci psychohygieny alebo z vlastného záujmu, kedy človek hudbu počúva, alebo ju aj sám vytvára. Ďalšia možnosť je, že klient pokračuje v muzikoterapii na základe vlastného záujmu, alebo na základe odporúčania muzikoterapeuta po ukončení rôznych druhov liečenia.

Heteroterapia – ide o druh muzikoterapie, kde klienta vedie muzikoterapeut alebo skupina muzikoterapeutov resp. ďalších odborníkov. Tento druh muzikoterapie sa vyskytuje najmä v liečebných zariadeniach.

2. Podľa podielu účasti klienta na muzikoterapeutickom procese

Aktívna muzikoterapia – klient sa aktívne podieľa na tom, čo sa deje na terapeutickom sedení. Do diania sa možno zapojiť spevom ale aj hrou na hudobnom nástroji. Pre tento účel možno použiť rôzne okolité predmety ako aj vlastné telo (tlieskanie, plieskanie, lúskanie).

Pasívna (receptívna) muzikoterapia – základom tejto terapie je počúvanie hudby, teda je to neaktívna forma, kedy klient hudbu len počúva a aktívne sa do nej nezapája. Hudba môže byť aj živo hraná, kedy sa okrem zážitku muzikoterapeutického pridáva aj zážitok spoločenský. Hudba môže byť aj reprodukováaná. Tento spôsob muzikoterapie možno praktizovať v súkromí, kedy sa človek môže sústrediť výlučne na počúvanie. Pri tomto type muzikoterapie nevyužívame striktne len hudbu ako takú, ale môžeme využiť i zvuky prírody (spev vtákov, šumenie vody, zvuky prírody). Táto forma muzikoterapie nemusí byť výlučne pasívnou záležitosťou. Často je spojená s výtvarnou tvorbou alebo tancom. (Linka, 1997)

3. Podľa účasti na terapeutickom procese

Individuálna muzikoterapia – je založená na interakcii terapeut – prijímateľ sociálnej služby. Terapeut sa venuje výlučne jednému prijímateľovi na samostatných sedeniach. Je náročná ekonomicky aj profesionálne. Táto individuálna terapia môže poslúžiť napr. klientom trpiacim autizmom alebo klientom s ťažkým mentálnym postihnutím. Niekedy je práve táto forma terapie jediným možným riešením realizácie terapie ako takej. (Kantor a kol. 2009)

Skupinová muzikoterapia – pri tejto terapii sa terapeut zaoberá viacerými problémami zároveň. Skupina môže byť malá 3-8 alebo aj veľká 8-15 osôb. Dôležité je však, aby u malej skupiny neprešla skupinová terapia v individuálnu terapiu v rámci skupiny. Skupina môže byť ešte uzavretá a otvorená. Pre uzavretú skupinu je typické, že neprijíma žiadnych nových členov a má vopred stanovený počet sedení. Otvorená skupina zase nahrádza člena skupiny novým členom (Kantor a kol. 2009).

Komunitná muzikoterapia – je v súčasnosti veľmi vyhľadávaná, pracuje s prirodzene

existujúcimi skupinami a prostredím, ktoré je pre klienta veľmi prirodzené, teda v rodinách alebo na pracoviskách, kde klient pracoval. Terapia má za cieľ dosiahnuť zmeny u jednotlivcov a rovnako aj v celom systéme s ktorým pracuje. Najznámejšia je rodinná muzikoterapia. (Kantor a kol. 2009)

Biblioterapia

Pojem „biblioterapia“ je odvodený od slov z gréčtiny „biblion“, čo označuje knihu a „therapeia“, pod ktorým budeme rozumieť liečbu. V odbornej literatúre, ktorá sa zaoberá biblioterapiou, v prípade zovšeobecnenia vymedzenia definície ide o zámerné, systematické a cieľavedomé terapeuticko-výchovné pôsobenie literárneho prejavu s cieľom zlepšenia celkovej úrovne života jednotlivcov. (Majzlanová, 2004)

Ďalší autori ako napríklad Matoušek (2008) uvádza, že v rámci biblioterapie sa využíva čítanie vhodnej literatúry, románov, poviedok, básni, životopisov svätých a pod. Samotné čítanie textu sa využíva na vyvolanie emocionálnej pozitívnej zmeny a podporu osobnostného rastu a rozvoja. V rámci priaznivého liečebného účinku môžeme využiť biblioterapeutickú techniku, ktorá by mohla pomôcť prijímateľovi sociálnych služieb pochopiť význam a hodnotu vlastného života a súčasne mu môže pomôcť v osvojení nových postojových hodnôt a pod. Môžeme povedať, že hlavný cieľ biblioterapie spočíva v psychofyzickom uvoľnení, zbavení sa zábran, napätia, pričom by malo prísť k pozitívnej zmene v prežívaní, konaní a správaní sa jednotlivca.

Posledné štúdie prispievajú k údajom, ktoré sú teraz k dispozícii vďaka niekoľkoročnému poskytovaniu výsledkov z biblioterapeutických programov, a tieto štúdie naznačujú, že tieto programy prinášajú pozitívne výsledky v oblasti duševnej pohody. Dnes je biblioterapia medzinárodne uznávaná. Zahŕňa poskytovanie starostlivo vybraných a hodnotných kníh vrátane beletristických textov, ktoré nesú informácie pre fyzické a duševné zdravie, spolu s beletriou a poéziou s cieľom poskytnúť kreatívnejšiu formu terapie. (Mc Laine, 2012)

Validačná terapia

Validačnú terapiu vyvinula Naomi Feil v rokoch 1963 až 1980 pre starších ľudí s kognitívnymi poruchami. Spočiatku to nezahŕňalo pacientov s demenciou na organickom

základe, ale tento prístup sa následne uplatnil pri práci s ľuďmi, ktorí majú diagnózu demencie. (Neal, Wright, 2003)

Slovo validácia znamená uznanie, potvrdenie. Ide o uznanie hodnoty človeka bez ohľadu na to, do akej miery je orientovaný a o potvrdenie emočného prežívania jednotlivca. Je to metóda komunikácie s dezorientovaným seniorom trpiacim demenciou. Je uplatňovaná predovšetkým u seniorov, zvlášť u tých s rôznymi štádiami demencie.

Validácia je zameraná na diagnostiku a rozvoj schopností, resp. spomalenie rozvoja choroby u starších pacientov v rôznych štádiách demencie. (Tavel, 2006)

Vychádza z toho, že pre ľudí vyššieho veku je veľmi dôležitá minulosť, empatické načúvanie, pomoc doriešiť veci z minulosti a dospieť k dôležitým rozhodnutiam skôr, ako zomrú. Ak seniorský chorý človek nenachádza prijatie a empatiu, stiahne sa do seba. Validácia ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii s týmito ľuďmi. Východiskom validácie je rešpektovanie jedinečnosti a neopakovateľnosti každého jedinca a individuálny prístup k nemu.

Cieľom terapie je spomalenie rozvoja choroby prostredníctvom empatického, neposudzujúceho načúvania, pri ktorom terapeut prijíma pacientov pohľad na realitu, akceptuje pacienta takého, aký je – s jeho pocitmi a vlastným vnútorným svetom. Prijaté a uznané pacientove bolestné pocity strácajú silu. Nevyjadrené alebo ignorované pocity majú naopak tendenciu naberať na intenzite. Prijatím nadobúda pacient dôveru, istotu a pocit vlastnej hodnoty a dôstojnosti, čím dochádza k redukcii stresu.

Význam minulosti pre seniora

Validácia kladie dôraz na minulosť, ktorá ovplyvňuje súčasný stav seniora. Pred koncom života sa usiluje vyriešiť „neuzatvorené záležitosti“ z minulosti. V živote mladého človeka nemá minulosť až takú dôležitú úlohu. Pre staršieho človeka je minulosť dôležitá. Prítomný vonkajší svet sa mu rozplýva a stráca význam. V samote sa v spomienkach vracia do čias, keď ešte niekým bol, keď bol milovaný a produktívny. Prežíva minulosť, aby zažil pocit vlastnej hodnoty. Prestáva sa starať o to, čo si myslia iní. V prítomnosti nenachádza uspokojenie a keďže na prežitie potrebuje stimuláciu, nahrádza prítomnosť minulosťou.

Ďalšia úloha validácie spočíva v pomoci starším a dezorientovaným ľuďom pri splnení ich poslednej životnej úlohy – zomrieť v pokoji a v zmierení. Senior na to potrebuje dôveryhodného poslucháča, ktorý jeho pocity rešpektuje, berie vážne, potvrdzuje a verí, že sú pravdivé. Cieľom načúvania nie je rozvíjať pacientovu fantáziu, ale vyplaviť potlačené emócie, a tak zmierniť jeho stres a úzkosť. Pri validácii je dôležitá i empatia.

Cemental (2019) zahrňuje výhody validačnej terapie do troch bodov:

- Zabraňuje úzkosti. Ak má niekto pocit, že ho nikto nebude počúvať, alebo že je záťažou pre iného človeka, je pravdepodobnejšie, že sa stiahne. To vedie k agitácii, frustrácii a môže to zhoršiť príznaky niekoľkých rôznych stavov. Keď sa však u niekoho stretne s pochopením, je pravdepodobnejšie, že sa otvorí. Nielen to, ale je pravdepodobnejšie, že sa bude cítiť pohodlne, keď sa k vám priblíži, čo môže zmeniť priebeh ich stavu.
- Seniori sa cítia hodnotnejší. S pribúdajúcimi rokmi môžeme robiť menej vecí, ktoré sme zvykli. A je ťažké necítiť sa ako bremeno, keď nemôžeme šoférovať, nieť svoje vlastné potraviny alebo mať pre svoj vek iné, úplne bežné problémy. Vďaka validačnej terapii sa seniori cítia ocenení a umožňuje im zakladať si na svojej dôstojnosti, aj keď bojujú s vážnymi stavmi, ako je Alzheimerova choroba, demencia a ďalšie.
- Zhoršenie stavu je často spomalené. S vekom sa nedá veľa chorôb zastaviť, ale validačná terapia ich môže spomaliť. Ak je boj seniora validovaný a ak sa s ním zaobchádza skôr ako s dospelými ľuďmi a nie ako s deťmi, potom validačná terapia spomalí zhoršovanie ich stavu. To znamená viac krásnych dní, ako aj to, že zlé dni môžu prekonať ľahšie.

Podľa Tavela (2020) východiskom validácie je rešpektovanie jedinečnosti a neopakovateľnosti každého jedinca a individuálny prístup k nemu. Cieľom terapie je spomalenie rozvoja choroby prostredníctvom empatického, neposudzujúceho načúvania, pri ktorom terapeut prijíma seniorov pohľad na realitu, akceptuje seniora takého aký je, s jeho pocitmi a vlastným vnútorným svetom. Prijaté a uznané bolestné pocity strácajú na intenzite. Nevyjadrené alebo ignorované pocity majú naopak tendenciu naberať na sile. Prijatím nadobúda senior dôveru, istotu a pocit vlastnej hodnoty a dôstojnosti, čím dochádza k redukcii stresu.

1.6 VYUŽITIE A VÝZNAM CANISTERAPIE V ŽIVOTE SENIOROV – VÝSKUMNÉ ZISTENIA

Canisterapia a jej význam

Zooterapia (alebo aj animoterapia) je podľa Velemínskeho a kol. (2007) súhrnným termínom pre rehabilitačné metódy a metódy psychosociálnej podpory zdravia, ktoré sú založené na využití vzájomného pozitívneho pôsobenia pri kontakte medzi človekom a zvieratkom. Podľa zvieratka, s ktorým pracujeme, môžeme rozlíšiť rôzne typy zooterapie. Sú

to napríklad:

- canisterapia – využitie psa v rámci zooterapie,
- felinoterapia – využitie mačky v rámci zooterapie,
- hipoterapia – využitie koňa v rámci zooterapie,
- delfinoterapia – využitie delfína v rámci zooterapie,

Canisterapia je teda jedným z typov zooterapie, pod ktorou môžeme chápať pozitívne až liečivé pôsobenie zvierat'a - psa na človeka. Pri tomto type terapie dochádza u klientov k zlepšeniu pamäti, komunikácie, motoriky alebo zmierneniu stresu. Canisterapiu môžeme zadefinovať ako metódu, ktorá využíva pozitívne pôsobenie psa na človeka, pričom ide o pozitívne pôsobenie na fyzickú, psychickú a sociálnu pohodu človeka. Často sa uplatňuje ako pomocná psychoterapeutická metóda v prípadoch, keď iné metódy nie sú účinné, alebo ich nemožno použiť. Táto forma animoterapie kladie dôraz hlavne na riešenie psychologických, citových, či sociálno-integračných problémov. V prípade fyzického zdravia táto metóda motivuje najmä pri rehabilitácii a povzbudzovaní imunity, napomáha znižovaniu tlaku, napätia a pod.

Mlyneková a Halo (2015) uvádzajú, že prvé zdokumentovanie využitia zvierat ako doplnkovej terapie sa datuje od 9.storočia u ľudí zdravotne postihnutých v Belgicku. V roku 1990 vznikla medzinárodná organizácia IAHAIO (International Association of Human - Animal Interaction Organizations), ktorá združuje jednotlivé národné organizácie pracujúce v oblasti výskumu aj praktickej aplikácie terapeutických programov so zvieratami.

Hrozenská a kol. (2008) uvádza, že zooterapia ma už vyše 30-ročnú tradíciu v USA a dostáva sa do popredia záujmu odborníkov, najmä pracovníkov zdravotníckych zariadení a zariadení sociálnych služieb, v ktorých sú klientmi najčastejšie starší alebo postihnutí ľudia, resp. deti s kombinovanými postihnutiami, ale aj deti telesne zdravé, ktoré majú emocionálne alebo výchovné problémy. Zvieratá sú orientované na budúcnosť, človeka milujú a rešpektujú, aj keď zostarne. Sú to vlastne živé bytosti, o ktoré sa človek môže a má starať. V zariadeniach sociálnych služieb je nedostatok podnetov a možností darovať a prijímať nežnosť, čo môže byť práve zabezpečené telesným kontaktom so zvierat'om. To môže napomôcť prežívať dôležitú ľudskú potrebu prítulnosti.

Galajdová (2011 In Cilingová, 2020) uvádza 2 hlavné spôsoby využitia zvierat v zariadeniach sociálnych služieb:

1. aktivity s asistenciou zvierat (animal assisted activities, AAA)

Tieto aktivity umožňujú výchovné, motivačné, rekreačné alebo aj liečebné

príležitosti na zlepšenie kvality života. Prebiehajú viacmenej spontánne, trvanie nie je vopred určené a priebeh sa nezapisuje do osobnej zložky klienta. Personál vyberie vhodných klientov, pre ktorých môže byť aktivita prospešná a ktorí majú o ňu záujem. Individuálny liečebný cieľ však nie je stanovený. Cieľom je:

- dočasná zmena rozvrhnutia síl medzi klientmi a personálom, možnosť vidieť sa navzájom v inej situácii,
- povzbudenie klientov, aby sa sústredili na pozitívnu aktivitu,
- zvýšenie osobného komfortu klientov,
- pomôcť klientom zamerať svoju pozornosť na vonkajší svet.

Na dosiahnutie týchto cieľov je rovnako dôležitý ako pes aj psovod. Zatiaľ čo pes svojou prítomnosťou prelomí ľady a podnieti konverzáciu medzi klientmi, psovod ju udržiava a usmerňuje a snaží sa svojím správaním vytvoriť neformálne prostredie. Je žiadúce, aby sa týchto aktivít zúčastňoval aj personál, ktorý tým dostáva možnosť spoznať svojich klientov z novej perspektívy a môže nadviazať na spoločné zážitky z návštevy pri inej príležitosti. Aj klienti dostávajú iný pohľad na personál pri aktivitách so psom, čo ich môže zbližiť a napomôcť zlepšiť vzájomné vzťahy.

2. terapie s asistenciou zvierat (animal assisted therapy, AAT)

Pri terapii s asistenciou zvierat, ktorá je cielene zameranou intervenciou, sa zviera (pes) stáva neoddeliteľnou súčasťou liečebného procesu. Táto terapia je určená na zlepšenie telesných, sociálnych, emocionálnych a kognitívnych (rozumových) schopností človeka. Môže byť individuálna alebo skupinová a celý jej proces sa podrobne zaznamenáva a vyhodnocuje. Sú zadefinované špecifické ciele a úlohy pre jednotlivých klientov, ktoré sú priebežne sledované a objektívne merané. Okrem využitia pri rehabilitáciách alebo pracovnej terapii je uplatnenie tejto terapie napríklad aj v logopédii, kde klient dáva psovi príkazy alebo mu nahlas číta. Terapeutický plán môže zahŕňať ciele ako dosiahnutie vyššieho sebavedomia, sebaocenenia, sebakontroly, podporenie slovného a očného kontaktu, zlepšenie nálady, zvýšená spolupráca s okolím, zlepšenie schopnosti vyjadriť svoje myšlienky a pocity. Galajdová (2011) vymenúva prehľad možného využitia terapie s asistenciou zvierat (AAT) v 4 oblastiach:

- *fyzické schopnosti*: zlepšenie chôdze, státia, jemnej motoriky, rovnováhy, ovládanie invalidného vozíka,
- *mentálne schopnosti*: zlepšenie schopnosti sústrediť sa na úlohu a udržanie pozornosti, zvýšenie slovných interakcií v skupine, rozvoj komunikačných zručností,

zlepšenie krátkodobej a dlhodobej pamäti, zvýšenie sebavedomia, zníženie pocitu osamelosti a úzkosti,

- *výchova*: zlepšenie slovnej zásoby a výslovnosti, zlepšenie v oblasti vedomostí a konceptov, ako napr. veľkosť, farba, počet,
- *motivácia*: zvýšenie pohybovej aktivity, zlepšenie vzťahov s personálom, zlepšenie ochoty zapojiť sa do skupinových aktivít a spolupracovať s druhými.

V prípade canisterapie formou terapie s asistenciou zvierat (AAT) sú stanovené konkrétne ciele a jej úspešnosť spočíva v naplnení týchto cieľov.

K činnostiam, pri ktorých sú využívané psy, môžeme zaradiť aj:

3. vzdelávanie s asistenciou zvierat (animal assisted education, AAE)

Ide o vzdelávanie jednotlivcov alebo skupín za prítomnosti psa, pričom pes vystupuje ako motivačný prvok, je nástrojom na zlepšenie vzdelávania, výchovy, rozvoj vedomostí a zručností.

4. krízová intervencia s asistenciou zvierat (animal assisted crisis intervention, AACI)

Využíva sa pri uvoľnení napätia u klientov, ktorí prežili krízovú situáciu ako vojna, požiar, živelná pohroma, zemetrasenie, domáce násilie a pod.

Galajdová (2011) spomína v súvislosti s canisterapiou uvoľňovanie hormónu oxytocín, ktorý stimuluje sociálny kontakt znižovaním úzkosti a stresu a zvyšovaním dôvery v druhých, zlepšením schopnosti interpretovať sociálne signály prichádzajúce všetkými zmyslami, aktiváciou prosociálneho správania a podnecovaním vytvárania väzieb medzi jednotlivcami. Zvyšuje celkový pocit pohody. Zistilo sa, že oxytocín je produkovaný počas určitých typov interakcií medzi človekom a zvieratom. Pes, ku ktorému má majiteľ silnú citovú väzbu, môže spustiť vylučovanie oxytocínu u majiteľa, a to najmä pri dotyku a hladkaní. To by mohlo vysvetliť, prečo psy znižujú úzkosť a zvyšujú dôveru v druhých, stimulujú sociálnu interakciu a kompetencie, zlepšujú náladu a kardiovaskulárne (srdcovo-cievne) ochorenia znižovaním krvného tlaku. Majú teda celkovo pozitívny vplyv na zdravie človeka.

Hrozenká (2008) konštatuje, že canisterapia má všetky predpoklady stať sa uznávanou a plnohodnotnou formou terapie, a to najmä u starších ľudí a výrazne zlepšiť ich kvalitu života. Ďalej uvádza, že Ženevská deklarácia z roku 1995 odporúča umožniť kontrolovaný prístup zvierat do nemocníc, zariadení pre seniorov, zariadení opatrovateľských služieb a ďalších centier starostlivosti o ľudí každého veku, pre ktorých je kontakt so zvieratom potrebný.

Ako potvrdenie toho, že canisterapia má veľa pozitívnych účinkov v rôznych oblastiach života seniora, uvádzame výskum zrealizovaný v spolupráci s autorkou Cilingovou (2020).

Cieľ výskumu

Ako hlavný cieľ sme si stanovili skúmať a zistiť, aký význam má canisterapia v živote osôb vyššieho veku, ktorí žijú v zariadení sociálnych služieb v Bratislave. Ďalším našim cieľom bolo zistiť, aký vplyv má canisterapia na prežívanie seniorov, a teda aké pocity im prináša. Snažili sme sa zistiť, ako seniori vnímajú a opisujú účinky canisterapie na ich fyzické a psychické zdravie. Ďalším čiastkovým cieľom bolo skúmanie toho, akú dôležitosť pripisujú seniori žijúci v zariadení canisterapii.

Výberový súbor

Výberový súbor pozostával zo seniorov žijúcich v Zariadení sociálnych služieb v Bratislave (konkrétne v Zariadení pre seniorov), ktorí sa pravidelne zúčastňujú canisterapeutických aktivít. Tie sa v zariadení realizujú pravidelne raz do mesiaca a trvajú približne 1 hodinu. Výberový súbor tvorili seniori, ktorí sa za posledné 3 mesiace zúčastnili aspoň dvoch canisterapeutických aktivít. Klienti sa zúčastňujú canisterapie na základe rozhodnutia sociálnych pracovníkov zariadenia po zhodnotení ich celkového zdravotného stavu a osobnostných charakteristík a na základe ich vlastného dobrovoľného rozhodnutia. Výber participantov výskumu bol konzultovaný so sociálnymi pracovníkmi zariadenia, ktorí zhodnotili fyzický a psychický stav seniorov a na základe toho nám odporučili, prípadne neodporučili osloviť klientov na rozhovor. Výskumu sa samozrejme zúčastnili len tí vybratí seniori, ktorí boli ochotní rozprávať sa s nami na tému canisterapie. Rozhovor bol realizovaný so 6 participantmi. Sociálnu pracovníčku, s ktorou sme riešili proces realizácie výskumu, sme požiadali o odporúčenie výberu troch žien a troch mužov.

Základné demografické údaje o participantoch nášho výskumu, ako sú pohlavie, vek, rodinný stav, počet detí, sú uvedené v nasledujúcej tabuľke. Z dôvodu zachovania anonymity (ktorá bola spomenutá a ktorej dodržanie bolo deklarované v podpísovanom informovanom súhlase) uvádzame jednotlivých participantov označeniami P1 až P6.

Tabuľka 1: Základné demografické údaje o participantoch výskumu.

Participant	Pohlavie	Vek	Rodinný stav	Deti
P 1	Muž	76 rokov	slobodný	nemá
P 2	Muž	75 rokov	rozvedený	2 deti
P 3	Žena	92 rokov	vdova	3 deti
P 4	Žena	71 rokov	vydatá	1 dieťa
P 5	Žena	84 rokov	rozvedená a znova vydatá	3 deti
P 6	Muž	72 rokov	vdovec	2 deti

Výskumné otázky

V našom výskume sme sa zamerali na tieto výskumné otázky:

1. Aký význam má canisterapia v živote seniorov?
2. Aké pocity prináša canisterapia seniorom?

Metódy zberu a analýz dát

Pre realizáciu nášho výskumu sme ako najvhodnejšiu metódu vybrali štruktúrovaný rozhovor so seniormi, pre jeho prijateľnú formu získavania informácií od ľudí vyššieho veku.

Vybraným participantom (6 seniorov) sme kládli vopred stanovené otázky, ktoré museli byť formulované jednoducho a zrozumiteľne. Dĺžka rozhovoru nemala byť príliš zaťažujúca vzhľadom na rýchle unavenie sa seniorov a nižšiu schopnosť dlhšej koncentrácie. Na začiatku rozhovorov bolo dôležité prelomiť prípadné psychické bariéry alebo hanblivosť prostredníctvom pár nezáväzných otázok (napr. Ako sa dnes máte?) a získať súhlas so zvukovým nahrávaním celého rozhovoru na nahrávacie zariadenie.

Na realizáciu rozhovorov sme museli najprv získať povolenie od riaditeľa zariadenia. Po skontaktovaní sa so sociálnou pracovníčkou zariadenia sme sa dohodli na termíne realizácie rozhovorov. Vzhľadom na získanie relevantnejších a hodnotnejších informácií a predpokladaného lepšieho, autentickejšieho popisovania zisťovaných skutočností seniormi (pocity a pod.) sme sa rozhodli pre realizáciu rozhovorov bezprostredne po zrealizovaní

canisterapie v zariadení. Brali sme pri tom do úvahy možné problémy s pamäťou u seniorov. Jeden rozhovor trval približne 20 minút a bol realizovaný s každým participantom zvlášť.

Výsledky

Kategória: Význam canisterapie v živote seniorov

Výskumná otázka 1: Aký význam má canisterapia v živote seniorov?

Tabuľka 1: Význam canisterapie v živote seniorov

Kódy
fyzický kontakt so živým tvorom
interakcia so psom
eliminácia pocitov osamelosti
Rozptýlenie
vynáranie spomienok

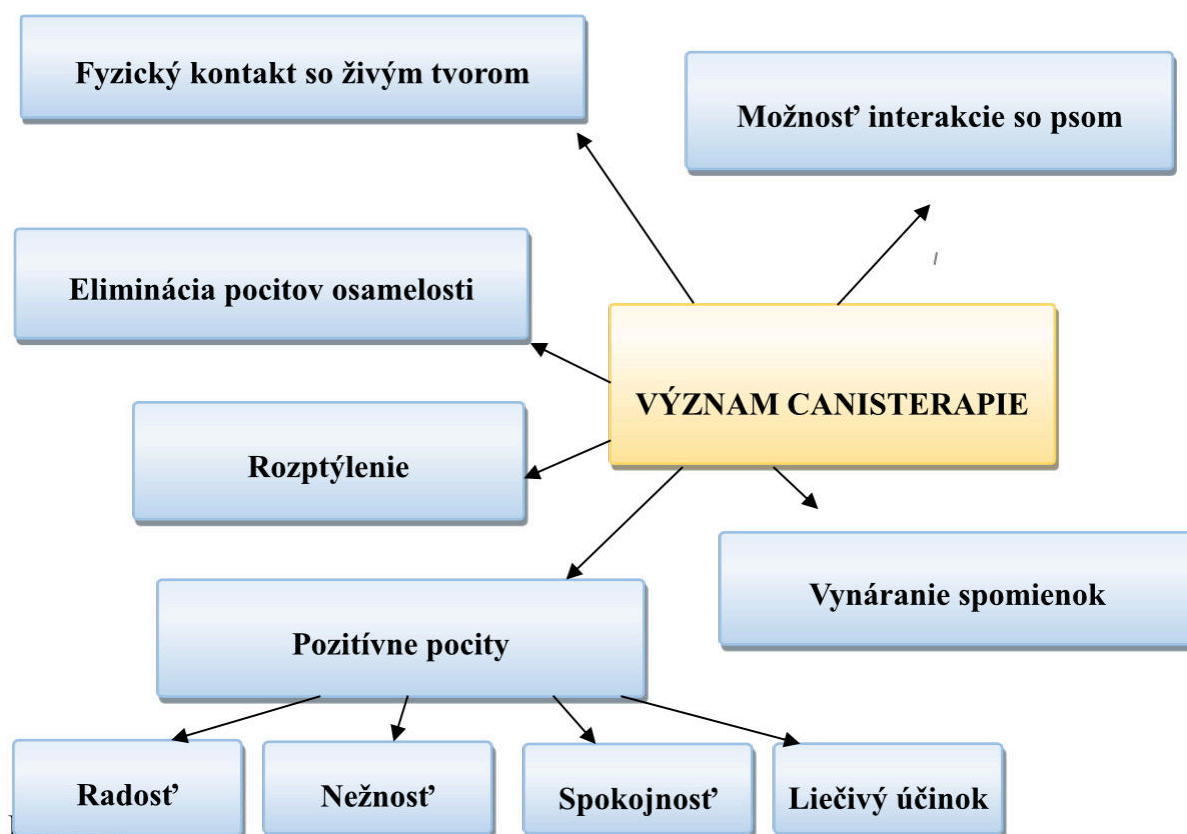
Kategória: Pocity, ktoré prináša canisterapia seniorom

Výskumná otázka 2: Aké pocity prináša canisterapia seniorom?

Tabuľka 2: Pocity, ktoré prináša canisterapia seniorom

Kódy
Radosť
Nežnosť
Spokojnosť
liečivý účinok

Schéma 1: Význam canisterapie pre seniorov žijúcich v zariadení sociálnych služieb.



Seniori vyzdvihli ako dôležitú súčasť canisterapie príležitosť pre **fyzický kontakt so psom**. Veľmi radi sa psov dotýkajú, hladkajú ich, prípadne ich odmeňujú formou podávania dobrôt z rúk. Je zaujímavé, že psa púšťajú do svojej užšej intímnej zóny. Tá sa začína dotykom tela a končí vo vzdialenosti asi 15 cm. Ak je táto intímna zóna narušená, môže vyvolať v človeku veľmi nepríjemné pocity, ba až pocit ohrozenia. Širšia intímna zóna je do vzdialenosti 15 až 45 cm od tela. Do nej majú obvykle prístup blízki ľudia (rodičia, partneri, priatelia). Pes, ktorého seniori nepoznajú, má však dovolený vstup do najbližšej intímnej zóny, v mnohých prípadoch dokonca psy vyskočia, alebo sú položení na kolená sediacim seniorom, prípadne pri ležiacich klientoch sú psy vykladaní do postele a uložení kontaktne pri ležiaceho seniora. Tento kontakt prináša uspokojenie a dobrý pocit, pretože to je jedna zo základných ľudských potrieb – túžba až hlad po dotyku a kontakte, ktorého majú seniori v zariadení nedostatok. Pes môže nahrádzať a vyplňať tento deficit.

Ďalšia skutočnosť, ktorá v zariadení seniorom chýba, je **príležitosť na interakciu**. Vo výskume sa nám potvrdilo, že pes môže slúžiť ako výborný spoločník, s ktorým sa dá porozprávať, ktorému sa dá zdôveriť, ktorý sa nezištne a spontánne dokáže vžiť do role dokonalého, láskavého poslucháča. Klientom prináša dobrý pocit aj možnosť postarať sa o

psieho spoločníka, odmeniť ho, dať mu nejakú dobrotku. Niektorí vnímajú príchod psov do zariadenia aj ako príležitosť naučiť sa niečo nové. Psy vedia za odmenu predviesť rôzne povely, takže ich seniори majú možnosť trénovať. Tešia sa z toho, že ich pes poslúchne. Je to pre nich príležitosť na rozvoj zručností týkajúcich sa práce a komunikácie so psami, živými tvormi, ktorí dávajú človeku bezprostrednú úprimnú spätnú väzbu.

Odendaal (2007) uvádza, že v literatúre sú zmieňované výhody terapie uskutočňované s pomocou zvierat reprezentované najmä úľavou od osamotenía (čiže poskytnutie spoločnosti) a úľavou od napätia a stresu. V našom výskume u seniorov sa táto myšlienka potvrdila. V odpovediach seniorov sa často spomínala prítomnosť psov ako **prostriedok na elimináciu pocitov osamotenía**. V spoločnosti psov sa necítia tak sami, ako by sa cítili bez nich. Mnohých seniorov neprídu navštíviť príbuzní a rodina tak často, ako by si to predstavovali, aby sa necítili osamelí. Cítia sa zavretí a izolovaní. „*V prípadoch, kde je obmedzená možnosť kontaktu s človekom, môže zviera plniť terapeutickú úlohu poskytovania pozornosti.*“ (Odendaal, 2007, s. 157)

Podľa výsledkov výskumu Vrbanaca a kol. (2013) starostlivosť o zvieratá prispieva kvantitatívne merateľným spôsobom k zlepšeniu emocionálnej a psychickej pohody obyvateľov zariadenia sociálnej starostlivosti v seniorskom veku. Výsledky ich výskumu ukázali, že čas strávený so zvieratom znižuje pocit osamelosti. Okrem toho zvyšuje sociálne správanie, a tým zlepšuje psychologické a psychosociálne podmienky klientov.

Život v inštitucionálnej starostlivosti je mnohokrát jednotvárny a seniори ho vnímajú niekedy aj ako niečo, čo nevedia ovplyvniť. Mnohí nemajú nikoho, kto by sa o nich postaral, a tak sa museli zmieriť so situáciou, že budú musieť nechať iných, aby sa o nich starali. Tento stav je pre nich nezvratný a dobre si to uvedomujú. Dni sa veľakrát nekonečne dlho vlečú a seniори majú pocit akoby ani nežili. Keď však prídu na návštevu psí terapeuti, celé zariadenie ožije. Ako nám stihla počas realizácie rozhovorov povedať sociálna pracovníčka, s ktorou sme bližšie spolupracovali: „Pre mnohých je to návšteva, na ktorú sa tešia celý týždeň, prípadne aj celý mesiac.“ Z výpovedí seniorov sme sa dozvedeli, že vnímajú canisterapiu ako **rozptýlenie**. Je to pre nich aktivita, počas ktorej je im veselo, a pri ktorej zažívajú zábavu. Popisujú to doslova ako oživenie všedného dňa. Prekvapivé zistenie pre nás bolo, že canisterapiu vnímajú aj ako istý druh predstavenia, na ktoré sa radi chodia pozerať. V tejto súvislosti bolo dokonca spomenuté slovo divadlo. Počas canisterapeutickej hodiny môžu psovodi robiť ukážky toho, čo všetko ich psy dokážu.

Takmer všetci seniори nám povedali, že vo svojom živote chovali a starali sa o psa, prípadne o viacerých psov. Počas rozhovorov aj veľakrát spomínali na svojich verných

štvornohých priateľov, aká to bola rasa, alebo čo zaujímavé spolu zažili. Keď prídu do zariadenia psy, veľakrát si seniori pripomenú aj tých svojich psov. Radi o nich porozprávajú psovodom, ktorí prídu s terapeutickými psami do zariadenia. Môžeme hovoriť o **vyprávaní spomienok** počas canisterapie u seniorov. Dalo by sa povedať, že je to pre nich určitá forma reminiscenčnej terapie. Táto terapia pacienta aktivizuje cez jeho vybaviteľné spomienky. Je určená najmä pre ľudí v seniorskom veku a využíva sa u klientov s rôznymi formami demencie. Nazýva sa aj terapiou spomienkami, keďže sa pri nej vybavujú udalosti zo života človeka. Ako sme zistili z našich rozhovorov, v prítomnosti psov sa vybavujú seniorom veselé príhody a chvíle pohody, ktoré strávili so svojimi psami. Tieto spomienky radi zdieľajú s ostatnými. Majú tak tému na rozhovor s ostatnými klientmi, čím dochádza k zlepšovaniu vzťahov medzi klientmi a zároveň tieto spomienky na príjemné zážitky v nich vyvolávajú pocit psychickej pohody a radosti.

Druhou výskumnou otázkou sme sa snažili zistiť, aké pocity seniori zažívajú počas canisterapie v zariadení. Celkovo by sme mohli povedať, že canisterapia v senioroch vyvoláva len pozitívne pocity. Z rozhovorov bolo zjavné, že prítomnosť psa im navodzuje psychickú pohodu. Seniori definovali pocity, ktoré im canisterapia prináša, ako pocity **radosti, spokojnosti a nežnosti**. Spoločnosť psov si užívajú, majú ich radi, a preto sa pri nich cítia dobre a príjemne. Dokonca keď sedia vonku v záhrade a nie sú tam s nimi psy, tak to vnímajú len ako vysedávanie bez zmyslu. Avšak so psami je tam vždy zábava, potešenie a radosť. V našom výskume sa potvrdila aj potreba seniorov po nežnosti, ktorú pociťujú pri kontakte so psom. Pes je tvor kontaktný, prítulný, milujúci človeka, túžiaci po pohladení a svoju lásku dáva bezprostredne úprimne najavo. Seniori si radi psov vyobľúbajú, porozprávajú sa s nimi a psy sa na nich pozerajú tými ich milými, peknými očami a ich náklonnosť im s radosťou opätujú. Cítia sa pri nich spokojne, zabudnú pri nich na svoju každodennú rutinu, na svoj bežný život. Niektorí seniori dokonca spontánne vyjadrili pocit, akoby ich **prítomnosť psa liečila**, majú pocit, že im pomáhajú v zvládaní choroby. Pozitívne, príjemné pocity, ktoré seniori zažívajú počas canisterapie, v nich zostávajú vo forme dojmov zo zážitku zo stretnutia so psami počas celého zvyšku dňa a môžu byť príležitosťou a predmetom rozhovorov s ostatnými klientmi, prípadne aj zamestnancami.

Aj výskum realizovaný japonskými výskumníkmi Kawamura a kol. (2007) ukázal, že zlepšenie emočného pohodlia u starších ľudí bol výsledkom pôsobenia terapií za asistencie psov. Hoci boli stretnutia realizované iba raz mesačne, boli preukázané pozitívne dlhodobé účinky, a to najmä pri emocionálnych funkciách. Výskumníci skonštatovali, že u starších ľudí podporuje aktívna účasť na terapiách za asistencie psov mentálne funkcie a

zlepšuje komunikáciu s ostatnými obyvateľmi a pracovníkmi v zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov.

Cieľom štúdie Le Roux a Kemp (2009) bolo preskúmať vplyv terapeutického psa na úroveň depresie a úzkosti obyvateľov v zariadení dlhodobej starostlivosti. Výsledky potvrdili zistenia iných štúdií, že aktivity s asistenciou psov môžu pozitívne ovplyvniť úroveň depresie obyvateľov v zariadeniach dlhodobej starostlivosti.

Výskum Ambrosi a kol. (2019) taktiež ukázal, že terapia s asistenciou psov je účinná pri znižovaní príznakov depresie u seniorov žijúcich v zariadení. Nárast verbálnych interakcií s psovmi počas štúdie naznačuje, že pes pôsobí ako sprostredkovateľ sociálnej interakcie a vyvoláva pozitívne emocionálne reakcie.

Podľa výsledkov výskumu Nordgren a Engström (2012) existuje snaha uplatniť fyzický, psychologický alebo sociálny tréning s tímami certifikovaných terapeutických psov, ktorý môže mať pozitívny vplyv na behaviorálne a psychologické symptómy u ľudí s demenciou.

Výsledky štúdie, ktorú realizovali Karefjord a Nordgern (2018), preukázali, že intervencia s asistenciou psov má pozitívny vplyv na kvalitu života klientov opatrovateľskej služby so stredne ťažkou až ťažkou demenciou. Preto navrhli, aby terapeuti pri plánovaní aktivít, ktoré môžu znížiť záťaž spôsobenú týmto ochorením, a ktoré môžu zlepšiť kvalitu života ľudí s demenciou, uvažovali o využití aktivít s asistenciou psov.

Odporúčania pre prax

Na základe našich zistení, ako aj výsledkov rôznych dostupných štúdií, sme vypracovali odporúčania pre prax:

- zohľadniť v procese individuálneho plánovania informáciu o tom, či senior obľubuje psov, či sa niekedy mal možnosť o nejakého psa starať, aký má vzťah ku psom, a potom túto informáciu brať do úvahy pri navrhovaní vhodných a zmysluplných aktivít pre seniora –pokúsiť sa osloviť organizácie poskytujúce canisterapiu v najbližšom okolí pre prípadnú spoluprácu s vyhovujúcou frekvenciou návštev
- intenzívne hľadať možnosti financovania canisterapie v zariadeniach pre seniorov
- nielen počas canisterapie, ale aj počas iných druhov voľnočasových aktivít, ktoré to umožňujú, odporúčame v prípade priaznivého počasia čo najviac tráviť čas vonku, na vzduchu, v záhrade, parku, teda mimo budovy zariadenia

- pre tých, u ktorých sa potvrdí pozitívny vzťah ku psom organizovať aktivity spojené so starostlivosťou o psov, ako napríklad výlety do útulku pre psov za účelom spoločného venčenia psov, ktorí nemajú svojich majiteľov
- vzhľadom na širokospektrálne využitie canisterapie v oblasti sociálnej práce odporúčame zaviesť vyučovanie predmetu canisterapia do učebných osnov študijného odboru sociálna práca. V súčasnosti je na Slovensku možné študovať canisterapiu len na Univerzite veterinárneho lekárstva a farmácie v Košiciach v rámci 3-ročného študijného programu „Vzťah človek – zviera a jeho využitie v canisterapii a hipoterapii“
- zariadenia pre seniorov by sa mali snažiť byť čo najviac dog-friendly. Môže ísť napríklad o umožnenie vstupu psom (po dohode s vedením zariadenia), ktorých prinesú na návštevu rodinní príslušníci a ku ktorým majú klienti blízky vzťah
- pokiaľ je to možné a žiadúce, podporovať, prípadne vytvárať podmienky v zariadeniach pre seniorov pre možnosť tzv. rezidenčného modelu canisterapie, kedy je pes chovaný priamo v zariadení.

ZÁVER

Hlavným cieľom bolo poukázať na význam canisterapie pre osoby vyššieho veku žijúce v zariadení sociálnych služieb a zistiť, aké pocity im canisterapia prináša. Venovali sme sa popisu canisterapie, jej výhodám a využitiu pri práci s osobami vyššieho veku.

V rámci výskumnej časti sme zistili, že canisterapia vytvára seniorom nielen príležitosť pre fyzický kontakt so živým tvorom, ale aj príležitosť na interakciu so psom a rozptýlenie. Tým, že v senioroch vyvoláva spomienky na ich vlastných psov a ich spoločné veselé zážitky, môžeme povedať, že spĺňa určité vlastnosti reminiscenčnej terapie, ktorá má aktivizačný a liečivý efekt. Za veľmi dôležitú úlohu canisterapie považujeme seniormi deklarovanú elimináciu pocitov osamotenía, ktoré sú jedným z hlavných problémov seniorov žijúcich v zariadeniach.

Ako nám potvrdili aj iné výskumy z oblasti canisterapie, kontakt s terapeutickým psom vyvoláva pozitívne pocity, pocity psychickej pohody a eliminuje stres. Seniori majú možnosť prežívať počas canisterapie radosť, nežnosť, spokojnosť, a dokonca sa vyjadrili, že majú pocit, akoby ich psy liečili.

Tieto významné zistenia nás utvrdili v tom, že canisterapia by mala byť jednou z hlavných terapií poskytovaných v zariadeniach pre seniorov. Ak to vzhľadom na nedostatok canisterapeutických tímov nie je možné zrealizovať, navrhujeme aspoň zamyslieť sa nad

zavedením dog-friendly riešení, ktoré by umožňovali napríklad vstup do zariadenia psom, ku ktorým majú klienti blízky vzťah.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

AMBROSI, C. et al. 2019. Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. In *Psychogeriatrics*. [online]. Volume: 19, Issue: 1, Published: 21 January 2019, Pages: 55-64. Dostupné na internete: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/psyg.12367>>

BALOGOVIÁ, B. 2005. *Seniori*. Prešov : Akcent Print, 2005, 158 s.

BALOGOVIÁ, B. 2009. *Seniori*. Prešov: Akcent print, 156 s.

BRNULA, P. 2012. *Sociálna práca. Dejiny, teórie a metódy*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2012. s. 264.

BÚGELOVÁ, T. – ČUPKOVÁ, L. 2020. *Život a práca seniorov vo svetle teórií a výskumov*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2020.

BURSOVÁ, J. – BUDAYOVÁ, Z. 2012. *Dobrovoľníctvo*. Košice: Viena, 2012. s. 75.

CEMENTAL, R. 2019. 3 Benefits of Validation Therapy. Caring Senior Service. -[on-line] [citované 2023-01-30] Dostupné: <https://www.caringseniorservice.com/blog/3-benefits-of-validation-therapy>

ČEVELA, R. a kol. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012, 263s.

CILINGOVA, Z. 2020. *Canisterapia v zariadení pre seniorov a jej význam v živote osôb vyššieho veku*. Magisterská práca. VŠZaSP sv. Alžbety. 78 s.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 112 s.

EURACTIV. 2006. *Starnutie obyvateľstva*. [on-line] [citované 2023-02-05] Dostupné na: <https://euractiv.sk/section/zdravotnictvo/linksdossier/starnutie-obyvatelstva/>

FRK, V. – KREDÁTUS, J. 2008. *Komunikácia v personálnej a sociálnej praxi. Kapitoly o sociálnej komunikácii a vedení tímov*. 3. vyd. Prešov: Pavol Šidelský, Akcent Prin, 2008. s. 208.

GALAJDOVÁ, L. - GALAJDOVÁ, Z. 2011. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 168 s.

GLENNER, A. J. a kol. 2012. *Péče o člověka s demencí : průvodce pro blízké nemocných*. Praha : Portál, 136 s.

HAMBÁLEK, V. 2005. *Úvod do voľnočasových aktivít s klientskými skupinami sociálnej práce*. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca, 2005. s. 79. ISBN 80-89185-11-8.

HANGONI, T. a kol. 2014. *Sociálne poradenstvo pre seniorov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove. 209 s. ISBN 978-80-555-0959-4

HASA, P. 2018. *Analýza sociálno-ekonomických aspektov kvality života seniorov na Slovensku*. In Sociálno-zdravotnícke spektrum. [online]. 2018. [citované 2023-01-25]. s. 1-17. ISSN 13392379. Dostupné na internete: <<https://www.szspektrum.eu/wp-content/uploads/2018/12/Hasa.pdf>>.

HOLMEROVÁ, I. a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha : EV public relations, 299 s.

HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko - praktické východiská*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 182 s.

JANEČKOVÁ, H. – VACKOVÁ, M. 2010. *Reminiscence*. Praha: Portál, 152 s.

JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 108 s.

KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*, Praha: Portál, 2004.

KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2009. 296 s.

KAREFJARD, A. - NORDGREN, L. 2018. Effects of dog-assisted intervention on quality of life in nursing home residents with dementia. In *Scandinavian journal of occupational therapy*. [online]. Volume: 26, Issue: 6, Published: 19 September 2019, Pages: 433-440. Dostupné: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/11038128.2018.1467486?needAccess=true>>.

KAWAMURA, N. - NIIYAMA, M. - NIIYAMA, H. 2007. Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. In *Psychogeriatrics*. [online]. Volume: 7, Issue: 1, Published: 08 March 2007, Pages: 8-13. Dostupné na internete: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1479-8301.2006.00156.x>>.

KMECOVÁ, J. a kol. 2014. *Teória a výskum dobrovoľníckej činnosti v súčasnej praxi*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Humanum, 2014. s. 366.

KMECOVÁ, J. 2014. Dobrovoľníctvo – nová forma rozvoja človeka. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ŠRAMKA, M. *Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť*. Prešov: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2014. s. 78 - 81.

KLUSOŇOVÁ, E. 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 264 s.

KOLLÁŘ, P. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 713 s.

KOVÁČOVÁ, V. – MATULAYOVÁ, T. 2003. Dobrovoľnícka práca v sociálnych službách pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím. In KORIMOVÁ, G. *Determinanty*

sociálneho rozvoja. *Sociálne služby v modernej spoločnosti. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie.* Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela Ekonomická fakulta v Banskej Bystrici, 2003. s. 101 – 106.

KRAJČÍK, Š. 2000. *Geriatría.* Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 82 s.

KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre sociálneho pracovníka.* Bratislava: SAP – Slovak Academic Press. 2006. 96 s.

KRIŠKOVÁ, A. 2010. *Profesionálne opatrovatel'stvo – úvod do teórie.* Martin: Osveta, 2010. s. 161.

KROČKOVÁ, S. 2018. *Dobrovoľníctvo a jeho význam pri práci so seniormi.* Bakalárska práca. VŠZaSP sv. Alžbety. 55 s.

KUZYŠIN, B. 2015. *Oneiro v terapii umením..* Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 90 s.

LE ROUX, M. - KEMP, R. 2009. Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. In *Psychogeriatrics*. [online]. Volume: 9, Issue: 1, Published: 27 March 2009, Pages: 23-26. Dostupné na internete: <<https://onlinelibrary-wiley-com-baoij0rr1322.hanproxy.cvtisr.sk/doi/10.1111/j.1479-8301.2009.00268.x>>

LINKA, A. 1997. *Kapitoly z muzikoterapie.* Vyd. Rosice u Brna : Gloria 155 s.

LIŠTIAKOVÁ, I. – LUCKÁ, Z. (Eds.) 2016. *Expresívne terapie vo vedách o človeku – Biodromálny aspekt liečebnej pedagogiky.* [online] Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 28.1.2016. [citované 2023-01-10] 6 s. Dostupné na internete: https://prolp.sk/wp-content/uploads/2018/02/2016_Zbornik_-Expresivne-terapie-vo-vedach-o-cloveku.pdf

MAČKINOVÁ, M. – MUSILOVÁ, E. 2013. *Děti a senioři jako klienti sociální práce.* 1. vyd. České Budějovice: Nová forma, 2013. s. 176.

MÁRQUEZ GONZÁLEZ, M. – LOSADA BALTAR, A. – ROMERO MORENO, R. 2014. Acceptance and commitment therapy with dementia care – givers. In PACHANA, N. – LAIDLAW, K. *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology.* Oxford: Oxford University Press, 2014. s. 658 – 674.

MAJZLANOVÁ, K. 2004. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike.* 2. vyd. Bratislava : Iris, 196 s.

MALČEK, J. 2015 Význam uplatnenia arteterapie u ľudí v pokročilej starobe. In Prohuman. [online]. I. roč. č. 1/2015. [citované 2023-01-28]. ISSN 1338-1415. Dostupné na internete: <<https://www.prohuman.sk/socialna-praca/vyznam-uplatnenia-arteterapie-u-ludi-v-pokrocilej-starobe>>.

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada, 328 s.

MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce.* 2. vyd. Praha : Portál, 272 s.

MC LAINE, S. 2012. *Bibliotherapy: Reading for well being in old age.* Alzheimer's Australia Dementia Forum. Accessed August. 2012. p. 2019. -[on-line] [citované 2023-01-30] Dostupné: https://www.dementia.org.au/sites/default/files/Susan_McLaine.pdf

MERTENS K. 2011. *Snøezelen für Menschen mit Demenz.* [online].[citované 2023-01-22]. Dostupné: <<http://www.der-weisse-raum.info/snoezelen-in-der-praxis/snoezelen-demenz.html>>.

MLYNEKOVÁ, E. - HALO, M. 2015. *Hiporehabilitácia.* 1. vyd. Nitra: Vydavateľstvo SPU, 128 s.

MÜHLPACHR, P. 2009. *Gerontopedagogika.* 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

MÜHLPACHR, P. 2017. *Kvalita života seniorů.* 1. vyd. Brno: Vysoká škola Danubius, Fakulta sociálních štúdií, 2017. 164 s.

Multidisciplinary team. 2018. [online]. [citované 2022-07-28]. Dostupné na internete: - <http://www.businessdictionary.com/definition/multidisciplinary-team.html>

NEAL, M.; WRIGHT, P. B. 2003. *Validation therapy for dementia.* Cochrane Database of systematic reviews, 2003, 3.

NORDGREN, L. - ENGSTRÖM, G. 2012. *Effects of Animal-Assisted Therapy on Behavioral and/or Psychological Symptoms in Dementia: A Case Report.* In *American Journal of Alzheimer Disease and Other Dementias.* [online]. Volume: 27, Issue: 8, Published: 25 October 2012, Pages: 625-632. Dostupné na internete: <https://www.researchgate.net/publication/232706166_Effects_of_Animal-Assisted_Therapy_on_Behavioral_andor_Psychological_Symptoms_in_Dementia_A_Case_Report>.

PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří.* Praha: Maxdorf s.r.o, 2015. 96 s.

POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo.* Bratislava: Osveta. 216 s.

ODENDAAL, J. 2007. *Zvířata a naše mentální zdraví.* 1. vyd. Praha: Nakladatel'stvo Brázda, 176 s.

STOJÁKOVÁ, M. – PAVELKOVÁ, J. 2013. *Sociálny rozmer starnutia populácie.* In *PROHUMAN* [online] 17.10.2013 [citované 2023-01-10] Dostupné na internete:

<https://www.prohuman.sk/socialna-praca/socialny-rozmer-starnutia-populacie>

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2005. *Význam výtvarných materiálů a médií v arteterapii.* Bratislava: Terra, 81 s.

ŠIMANOVSKÝ, Z. 2011. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie.* 4. vyd. Praha: Portál, 248 s.

ŠOKOVÁ, K. 2017. *Aktivizácia klientů vyššieho veku v zariadeniach pre seniorov zameraná na kognitívne schopnosti prostredníctvom vzdelávania.* [online]. Miesto vydania: Prohuman, 9.5.2017. [citované 2022-11-18]. Dostupné na internete: <<https://www.prohuman.sk/pedagogika/aktivizacia-klientov-vyssieho-veku-v-zariadeniach-pre-seniorov>> ISSN 1338-1415

TOMÁNEK, P. 2017. *Marriage and family: a museum of the 21st century?* Brno : Tribun, 2017. 100 s.

TOMÁNEK, P. 2018. *Andragogika: veda o kultivácii osobnosti*. Brno: Tribun, 2018, 138 s. ISBN 978-80-263-1361-8

TOMÁNEK, P. 2019. *Fragmenty rodiny: manželstvo a rodina v súdnej sieni*. Brno : Tribun, 2019. 366 s.

TOŠNER, J. – SOZANSKÁ, O. 2006. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizaciach*. Praha: Portál, 2006. s. 149.

VELEMÍNSKÝ, M. a kol. 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: DONA, 336 s.

VÍTKOVÁ, K. 2014. *Arteterapia, čo to je?*. [online]. Bratislava: Liga za duševné zdravie, 27.2.2014. [citované 2022-12-20]. Dostupné na internete: <<https://www.dusevnezdravie.sk/arteterapia-co-to-je/>>

VRBANAC, Z. et al. 2013. Animal Assisted Therapy and Perception of Loneliness in Geriatric Nursing Home Residents. In *Collegium Antropologicum*. [online]. Volume: 37, Issue: 3, Published: September 2013, Pages: 973-976. Dostupné na internete: <<https://www.collantropol.hr/antropo/article/view/267/135>>.

VYMĚTAL a kol. 1997. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. 295 s.

Why volunteer in social work abroad. 2018. [online]. [citované 2019-07-19]. Dostupné na internete: <https://www.goabroad.com/volunteer-abroad/search/social-services-social-work/volunteer-abroad-1>

Zákon č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov

Lucia Ludvigh Cintulová

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-6448-0547>

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

2 KAPITOLA

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV A JEJ DIMENZIE

ÚVOD

Kapitola v monografii s názvom „Kvalita života seniorov a jej dimenzie“ sa zaoberá definovaním kvality v kontexte životnej spokojnosti a pohody seniorov, ktorí sa stávajú prijímateľmi sociálnych služieb. Poznanie dimenzií a determinantov kvality života vo významnej miere má dopad na uspokojovanie potrieb seniora, ktoré sa odlišujú v závislosti od veku, stupňa odkázanosti či od samotnej životnej situácie človeka vo vyššom veku. Kvalita života je dobrým predpokladom pre uplatnenie holistického prístupu, čo znamená že poznáme klientove bio-psycho-sociálne a duchovné potreby, na základe ktorých utvárame životné podmienky pre seniorov, ktoré zároveň predstavujú nástroj na zlepšenie jeho kvality života vo všeobecnosti. Sociálny pracovník má vedieť rozvíjať účinnú komunikáciu a má mať schopnosť počúvať a vytvoriť vhodné podmienky pre vznik komunikácie na rôznych úrovniach so seniormi, kedy sa zvyšuje jeho životná spokojnosť ak má pocit, že je v komunikácii akceptovaný, vypočutý a pristupuje sa k jeho potrebám s empatiou.

Pre najlepšie profesionálne konanie je opodstatnené ovládať nástroje a techniky sociálnej práce. Medzi kompetencie sociálneho pracovníka patrí pochopenie vzniku a priebehu určitých sociálnych situácií a schopnosti vedenia vhodnej komunikácie. Sociálny pracovník poskytuje seniorom pri práci informácie, rady a pomáha im prekonať rôzne priaznivé či nepriaznivé situácie. Taktiež medzi dôležité dimenzie komunikácie patrí interakcia a percepcia. Interakcia je vzájomné pôsobenie, spolupráca ako aj adekvátne poskytovanie sociálnych služieb, ktoré má byť adresné k základným dimenziám kvality života.

V období starnutia prebiehajú v organizme človeka aj telesné zmeny, týka sa to viditeľných aj neviditeľných zmien. Viditeľné zmeny je možné pozorovať na povrchu tela, kože a iných orgánov (srdce, dýchacia a tráviace sústava), nechtov v spôsobe myslenia a komunikácie. Dochádza aj k neviditeľným zmenám, ako napríklad v činnostiach dýchacieho, kardiovaskulárneho systému ale aj k zmenám činnosti tráviaceho, vylučovacieho, imunitného a zmyslového systému. Prirodzene sa tak znižuje aj kvalita života seniorov, najmä z hľadiska zdravia a úrovne zdravotnej starostlivosti, z tohto dôvodu je potrebné vymedziť základné štandardy v sociálnych službách, ktoré zabezpečuje kvalitné dožitie seniorov v starobe, ale aj v procese vrcholenia života.

Pri napĺňaní kvality života seniora je dôležité nielen poznať jeho biologické potreby a dokázať na ne reagovať poskytnutím jedla, tepla a prístrešia, ale je nevyhnutné zabezpečovať aj spirituálnu a duchovnú zložku, kedy senior pociťuje najmä subjektívnu

kvalitu života na základe toho, aké sociálne vzťahy a kontakt má vo svojom bezprostrednom okolí, či už ide o priestory zariadenia alebo o domáce prostredie, v prípade ambulantných sociálnych služieb.

Veľmi osvedčenou technikou v komunikácii so seniormi je rekapitulácia a zhodnotenie komunikácie. Prostredníctvom rekapitulácie, pracovník zhrnie to, čo počul, dáva najavo že vnímal seniora pri rozhovore, a overuje si, že rozumie tomu čo mu bolo povedané. Zhodnotením informácii, získaných pri rozhovore, pracovník dáva najavo seniorovi, že je dôležitý. (Matoušek, 2003). Pocit všímavosti a dôležitosti je jednou zo základných zložiek subjektívnej životnej pohody, ktorá môže predĺžiť pozitívne emocionálne prežívania seniora, ako aj uľahčiť jeho prežívaniu bolesti v starobe.

Sociálny pracovník musí vedieť nie len počúvať to, čo senior hovorí, ale aj tomu čo tým myslí, čo je skryté v podtexte a aký to ma význam. Niekedy sa senior sám prezradí a poukáže na skrytý faktor. Preto je veľmi doletíme počúvať a sledovať všetky prejavy, ktorými sú prerieknutie, vracanie sa k tej istej téme prípadne vyhýbanie sa určitej témy. Odhalenie týchto skrytých významov pomáha sociálnemu pracovníkovi vytvoriť si ucelený a odpovedajúci obraz o seniorovi, ktorému dokážu poskytnúť adekvátne sociálne služby zlepšujúce jeho kvalitu života v procese starnutia.

2 KVALITA ŽIVOTA SENIOROV A JEJ DIMENZIE

Uher (2014, s. 80) definuje kvalitu života ako „komplexný a multiaspektový fenomén, ktorý implikuje biologický, psychologický, ekonomický, estetický, sociálny, etický, filozofický a ďalší rozmer“. Podľa Ondrejoviča môžeme kvalitu života definovať „ako celkovú spokojnosť so životom a všeobecný pocit osobnej pohody, duševnej harmónie, životnej spokojnosti. „Kvalita života je mnohorozmerná, má svoje aspekty biologické, filozofické, sociologické, psychologické, ekonomické i politické. Súvisí s integritou a vyspelosťou osobnosti, vzdelaním a inteligenciou, s otázkami zdravia, hodnotového systému jednotlivca a spoločnosti.“ (In Uher, 2014, s. 8).

Termín kvalita života so sebou prináša mnohé diskusie a polemiky najmä v pojatí termínu „kvalita“. Kvalita života človeka nepredstavuje len fyzickú existenciu jedinca, ale taktiež možnosti zdokonaľovania, obohacovania, duchovný život, tvorivosť, kreativitu a rad sociálnych, duchovných a psychických elementov. Kvalita života je často definovaná ako stupeň uspokojovaných duševných a materiálnych potrieb človeka, stupeň splnených očakávaní v živote a stupeň integrácie jedinca do spoločnosti. (Mühlpachr, 2017)

Kvalita života je komplexný koncept zložený z rôznych domén a dimenzií a zložitej operatívnej definície, ktorý sa zdá byť možné preložiť z hľadiska úrovne subjektívneho blahobytu, na jednej strane a na druhej strane z hľadiska existencie alebo absencie štandardných, viac či menej objektívnych ukazovateľov toho, čo ľudia všeobecne považujú za dôležité pre dobrý život. (Balogová, 2004)

Otázky týkajúce sa kvality života ľudstvo zaujímal už oddávna. Tá bola pre nich v tomto význame nielen ohniskom ich vnímania a myslenia, ale podobne aj zdrojom ich inšpirácie a pohnútok. Kvalita života skúma rôzne očakávania ľudí po stránke psychologickéj, materiálnej, sociálnej, spirituálnej a inej, potrebné pre zdravý a šťastný život človeka. Dotýka sa nielen pochopenia ľudskej existencie či zmyslu života, ale aj samotného bytia.

Pojem kvalita života (z anglického prekladu „quality of life“), označovaný ako QoL (ďalej aj pod skratkou „QoL“) je v súčasnosti vo viacerých vedných odboroch ako zdravotníctvo, psychológia, sociológia, pedagogika, ekonomika a ďalšie, pojmom veľmi diskutovaným a preto je jeho definičné vymedzenie veľmi ťažké. V literatúrach existuje množstvo definícií v ktorých je pojem kvality života vystihnutý, avšak stále „neexistuje ani

jedna, ktorá by bola v priebehu posledných tridsiatich rokov všeobecne akceptovaná.“ (Payne, et al. 2005, s. 207).

Rovnaké momenty v samostatných definíciách je možné odpozorovať len cez názorovú rôznorodosť tohto pojmu. V nich QoL predstavuje širokú škálu hodnôt a kontextu, ktoré zahŕňajú údaje o psychosociálnom stave človeka a ovplyvňujú faktory ako napríklad spoločenský status, pohlavie, ekonomickú situáciu, vek, kultúrne zázemie, vzdelanie, a podobne. QoL teda v konečnom dôsledku zahŕňa nielen pocit fyzického zdravia s dôrazom na absenciu symptómov ochorenia či liečby, ale takisto aj psychickú kondíciu a spoločenské uplatnenie. Pri posudzovaní QoL bola spočiatku spoločnou myšlienkou záujmu najmä hmotná stránka života, existencie society ako celku, ktorá bola založená na objektívnom chápaní QOL. Neskôr vplyvom výskumu nehmotnej stránky nastal posun k individuálnej percepcii a hodnoteniu QoL samotného jednotlivca. Subjektívnym hľadiskom QoL je ľudská emocionalita a spokojnosť so životom, teda percepcia vlastného postavenia v spoločnosti v spojitosti s kultúrou a hodnotovým systémom.

Pojem QoL sa začal od druhej polovice minulého storočia objavovať a tiež aj skúmať vo viacerých vedných odboroch. *Svetovou zdravotníckou organizáciou* (ďalej len „WHO“) je QOL definovaná ako jednotliviec vníma vlastné miesto vo svete v spojení ku kultúre a hodnotovým systémom v ktorých žije. Ide o veľmi rozsiahlu koncepciu, ktorá je výsledkom vzájomného pôsobenia sociálnych, zdravotných, environmentálnych a ekonomických podmienok, ktoré majú spojitosť k ľudskému a sociálnemu rozvoju. (Vadžurová, Mühlpachr, 2005)

Vymětal (2003) dodáva, že objektívnym hľadiskom QoL je skutočnosť, ako sa zameriava na splnenie týchto podmienok, ktoré ovplyvňujú život človeka. QoL je možné vidieť aj ako mieru, určité kritérium v ktorom jedinec využíva alternatívy svojho života. Otvorenou otázkou teda stále zostáva, aký spoločný súvis majú medzi sebou objektívna a subjektívna úroveň a akoby sa QoL mala najlepšie merať. (Vymětal, 2003). Niekedy sa kvalita života v spojitosti k zdravotnému stavu označuje aj ako HRQoL (z anglického prekladu „healthrelated quality of life“).

Podľa **medicínskeho pohľadu** je pojem QOL zakotvený v Ústave WHO, ktorá zdravie vyvyšuje medzi najdôležitejšie hodnoty ľudskej spoločnosti a definuje ako "stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody a nie len absenciu choroby.“ (Vadžurová, Mühlpachr, 2005, s.11). QoL je bežne posudzovaná na základe informácií získaných od konkrétneho jednotlivca. Vnímaná býva tou časťou života, ktorá býva sprvoti určovaná

zdravím, zdravotnou starostlivosťou a jej následným zásahom. Z tohto dôvodu sa táto koncepcia využíva predovšetkým v oblasti pri sledovaní vplyvu choroby na človeka a jej následnej liečby. Zo sociologického pohľadu na QoL pôsobia nielen subjektívne faktory, ale rovnako aj faktory sociálne ako vek, kultúra, uspokojenie z práce, vyznanie, zdravie, doprava, finančný príjem, mobilita a iné.

Pojem interpretuje **kvalitatívne kritériá** priebehu života, životných procesov, postupov a ich prospešnosti. QoL je nato posudzovaná predovšetkým podľa indikátorov či ukazovateľov životnej pohody, zdravia a choroby, tiež voľného času, medziľudských vzťahov, spoločenských a technologických pováh práce, úrovne bývania a rekreácie s eventualitou podieľať sa na riadení spoločenstva v zmysle občianskych slobôd a sociálnych istôt.

Viacerí autori Pawelski (2008), Kebza, Šolcová (2005) sa zhodli, že podľa **psychologického pohľadu** sa pojem QoL neraz zlučuje s pojmom **osobná spokojnosť, či pohoda**. Tento emocionálny stav interpretuje spokojnosť a pohodu jednotlivca so svojim vlastným životom (Novák, 2012). Osobná spokojnosť či pohoda je výsledným hodnotením prospešnosti kvality života ako celku. Charakterizuje sa časovou stabilitou a súdržnosťou v odlišných situáciách, pričom by mala byť poňatá a meraná svojimi zložkami, ako životná spokojnosť - dosahovanie vlastných cieľov, ďalej morálka - mravná disciplína, dôvera a šťastie - emócie a ich reakcie na bežný život.

Z **filozofického pohľadu** je podstatným charakteristickým znakom QOL jej zmyslupnosť a jej smer. Vad'urová, Mühlpachr (2005) poukazujú na skutočnosť, že ak si človek určí všetkému celkový vyšší cieľ života, tento cieľ sa časom stáva podstatným indikátorom zmyslupnosti jeho života. Následne mu tento indikátor ukazuje, čo pre neho zmysel má a naopak, čo pre neho zmysel nemá.

Čornaničová (2004, s. 28) ponúka náčrt štyroch základných trendov konceptualizácie kvality života:

a) **Sociologicko-ekonomické**: zameriavajú sa na materiálne podmienky života spoločnosti, spoločenských skupín, regiónov, rodiny a domácnosti jednotlivca, ich základom je výpočet určitých parametrov životnej úrovne, životného štandardu a spôsobu života sledovaných subjektov.

b) **Psychologické**: vychádzajú z teórie pociťovania kvality života ako subjektívnej individuálnej spokojnosti resp. nespokojnosti v vlastnom živote a jeho jednotlivými

oblastami na základe vlastných predstáv, očakávaní a presvedčení. Subjektívna percepcia v sebe zahŕňa podmienky, okolnosti a sociálne vzťahy, v ktorých človek svoj život prežíva.

c) **Aplikačné s akcentom na medicínsku a sociálnu oblasť**: sú primárne zamerané na manažment intervencie v konkrétnych krízových zdravotných, či sociálnych situáciách jednotlivca a rodiny a na meranie dosiahnutých výsledkov. Dôraz kladieme hlavne na praktické možnosti a oblasti podpory kvality života klienta, nachádzajúceho sa v konkrétnej životnej situácii.

d) **Syntetizujúce** – teoretické i praktické. Určujú akýsi syntetizujúci model kvality života, ktorý vychádza z predpokladu, že na kvalite života sa podieľajú oblasti kvality života, ako aj vnútorné komponenty v každej z uvedených oblastí.

Tokárová (2002) vymedzuje kvalitu života ako „komplexnú kategóriu, ktorá v sebe obsahuje sociálne, biologické, psychologické podmienky života a jej ukazovateľmi sú: fyzická pohoda, materiálna pohoda a kvalita medziľudských vzťahov, sociálne a občianske aktivity, osobnostný rozvoj, sebarealizácia, rekreácia“. „Odrazom kvality života je celková životná spokojnosť, ktorá je výsledkom vzťahov človeka k svojmu prostrediu“ (Frk, 2002 s. 436).

Starnutie prináša so sebou nutnosť akceptovať kompromisy medzi práním a realitou, teda zdravotným stavom a životnou situáciou seniora, kedy človek vo vyššom veku má odlišné potreby i možnosti životnej spokojnosti.

Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization) definovala kvalitu života tým ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije vo vzťahu ku svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom.“ (WHO, 1996) vytvorila na začiatku deväťdesiatych rokov skupinu WHOQOL (World Health Organization Duality of Life Group) a vytvorila štandardizované dotazníky pre meranie kvality života. WHO teda nielenže definovala kvalitu života, ale vyvinula dotazníky v základnej i modifikovanej podobe na meranie kvality života seniorov. Takýmito verziami sú napr.:

- WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment): tu je definovaných šesť základných domén kvality života: psychické funkcie, telesné zdravie, sociálne vzťahy, úroveň nezávislosti, spiritualita a prostredie.
- WHOQOL-BREF – skrátená verzia
- WHOQOL-OLD – špeciálny modul pre starší vek. (WHO, 1996)

V nasledujúcej tabuľke 1 uvádzame jednotlivých šesť domén kvality života s príslušnými identifikátormi podľa WHO.

Tabuľka 1 : Domény kvality života podľa WHOQOL -100

Oblasť (doména)	Indikátory
1. Telesné zdravie	• Bolesť a diskomfort • Energia • Únava • Spánok a odpočinok
2. Psychické zdravie	• Pozitívne emócie • Negatívne emócie • Myslenie, učenie, pamäť a koncentrácia • Sebaúcta • Sebahodnotenie
3. Úroveň nezávislosti	• mobilita • aktivita každodenného života • závislosť od liekov a zdravotníckych pomôcok • pracovná kapacita
4. Sociálne vzťahy	• osobné vzťahy • sociálna podpora • sexuálne aktivity
5. Prostredie	• fyzická bezpečnosť a istota • domáce prostredie • finančné zdroje • zdravotná a sociálna starostlivosť: dostupnosť a kvalita • možnosť získať nové informácie, schopnosti a zručnosti • príležitosť pre oddych • fyzikálne prostredie (znečistenie, hluk doprava, klíma) • doprava
6. Spiritualita	• spiritualita • náboženstvo • osobné presvedčenie

Zdroj: Kasanová, 2008, s. 114

Kvalita života vyjadruje subjektívne ohodnotenie, ktoré sa odohráva v určitom kultúrnom, sociálnom a environmentálnom kontexte".

Hodnotenie kvality života seniorov vychádza z viacerých participujúcich aspektov, kde medicínsky zvyrazňuje koncept **multifaktorálne ovplyvnený** jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavom, osobným vyznaním, sociálnymi vzťahmi a vzťahom ku kľúčovým oblastiam jeho životného prostredia. Kvalita života je totiž pojem širší než len zdravie či choroba. Je výsledkom vzájomného pôsobenia sociálnych, zdravotných, ekonomických a environmentálnych podmienok, ktoré sa týkajú ľudského a spoločenského rozvoja. Z *psychologického aspektu* ide predovšetkým o subjektívnu pohodu jednotlivcov a spokojnosť s vlastným životom (Hnilicová, Bencko, 2005). Ide o široké spektrum tematiky spokojnosti so životom, pocit životného šťastia, **subjektívnej pohody**, zmysluplnej sebestačnosti, emocionálnu rovnováhu, mieru sebarealizácie a duševnej harmónie, o sociálne zázemie, zvládanie životných situácií a pod. V intenciách formulovania spektra **psychických aspektov** kvality života je zaujímavým prístupom aj spôsobilosť vnímania, prijatia a akceptácie prítomnosti, prítomného okamihu ako hodnoty, ktorá oslobodzuje od neustáleho toku myšlienok vracajúcich sa do minulosti a pokúšajúcich sa poznať budúcnosť. Ide o prístup, ktorý vedie k vnútornej vyrovnanosti a vyváženosti. **Sociologický aspekt** ako kvalitatívny parameter sa zameriava na také indikátory, akými sú sociálny status, majetok, materiálne vybavenie domácnosti, vzdelanie, rodinné zázemie, rodinný stav atď.

Mühlpachr (2002) kvalitu života označuje za veľmi subjektívnu a veľmi individuálnu, ktorá predstavuje rôzne veci pre rôznych ľudí a v rôznom čase. Upozorňuje, že individuálne tempo starnutia vedie k väčším rozdielom v kvalite života v rôznych fázach seniorského života. Okrem veku, fyzickej a psychickej výkonnosti, zdravotného stavu, sa do posudzovania kvality života premietajú aj ďalšie faktory, ako je rodinná situácia, životná úroveň, vzdelanostná úroveň, získaný socioprofesionálny status a pod. Socioprofesionálny status sa môže podieľať na **subjektívnej kvalite** života dvojako: ako zdroj uspokojenia, pri pohľade späť, resp. pri reflektovaní pretrvávajúceho uznania svojho sociálneho prostredia. Ale môže vplývať aj negatívne a tu Mühlpachr (2002) upozorňuje ...“tým, že človek stráca svoju profesnú rolu, stráca svoju funkčnú identitu, ako aj nezávislosť pri zhoršovaní zdravotného stavu a zvyšovaní stupňa odkázanosti (Mülpach, 2002).

Človek si svoju kvalitu života uvedomuje často až vtedy, keď sa jeho životné podmienky zásadne zmenia, čím sa zmení doterajší sociálny status staršieho človeka, ale aj celkovo nastáva zmena hodnôt. Hodnoty, ktoré boli pre človeka primárne sú zrazu determinované zmenou kvality života a možnosťami uspokojovania a potrieb (Balogová, 2009).

2.1 INDIKÁTORY A UKAZOVATELE KVALITY ŽIVOTA

Pri hľadaní aspektov kvality života u seniorov musíme brať do úvahy, že najdôležitejšími faktormi sú jej indikátory resp. ukazovatele. Rozumieme nimi určité kvalitatívno-quantitatívne charakteristiky sociálnych procesov, ktoré obsahujú jednotlivé aspekty sociálneho rozvoja jednotlivcov alebo spoločenských skupín. Súhlasíme s tvrdením Hrozenskej (2008) v tom, že kvalitu života jednotlivca nemožno určovať nezávisle od neho. Objektívny opis životných podmienok, fungovanie človeka a jeho zdravotný stav sú dôležité, ale nie postačujúce. Ak chceme kvalitu života brať ako meradlo vzťahujúce sa na človeka ako individuum, treba brať do úvahy aj subjektívny aspekt so všetkými komplikáciami, ktoré sú sociálnym zdravím človeka. Autorka preto predkladá niekoľko modelov kvality života QoL (Quality of Life):

1. *Lenhartov model kvality života* – pokrýva osobnú spokojnosť, funkčný stav, zdroje i možnosti, ktorými disponuje.

2. *Bigelow model* – zdôrazňuje, že vnímanie kvality života presahuje klinický prístup, ktorý meria hladinu psychických schopností (napr. prežívanie, kognitívne procesy) tým, že zahŕňa schopnosť odpovedať na výzvy okolia.

3. *Dvojdimenzionálny model komfortu* – tento pojem Hrozenská (2008) vysvetľuje slovami Kolcabu, ktorý zavádza pojem komfort ako pozitívne kritérium ošetrovateľskej starostlivosti. Komfort znamená pre Kolcabu uspokojovanie základných ľudských potrieb, úľavu, pohodlie a transcendencie vyplývajúce z konkrétnej zdravotnej situácie (in: Hrozenská, 2008).

4. *Trojdimenzionálny model na meranie výsledkov v rehabilitácii* – v súvislosti s kvalitou života ako kritérium pre účely terapeutického rozhodovania a plánovania starostlivosti termín, ktorý zahŕňa rôzne oblasti spojené s fyzickým, funkčným, psychologickým a sociálnym zdravím človeka.

Kvalita života je syntetizujúci pojem implikujúci ekonomické a sociálne indikátory a indikátory subjektívnej psychickej pohody, predstavuje súhrn podstatných stránok života spoločnosti, spoločenských celkov a individuí, ktorého súčasťou sú aspekty ekonomické, sociálno-politické, ekologicko-environmentálne, medicínsko-zdravotné, psychologické, spirituálne, legislatívne a ďalšie. Kováč (2000) uvádza, že v súlade s novodobými koncepciami o regulácii v živých systémoch je plne opodstatnené uznávať okrem biochemickej, neurofyzologickej aj psychickú reguláciu správania, opierajúcu sa o bežné

skúsenosti jednotlivcov, znalosti získané učením a o vyznávané hodnoty človeka, ktoré tvoria jeho spirituálnu zložku kvality života.

Podľa uvedeného autora Kováča (2003, s. 90) pojem kvalita života je „multiúrovňový a multidimenzionálny fenomén, v ktorom prevláda viac-či menej integratívny prístup.“

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) formuluje indikátory kvality života nasledovne (In: Kováč, 2003):

1. Fyzické zdravie – od neho závisí energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj.

2. Psychologické zdravie – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť).

3. Úroveň nezávislosti: pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť na liekoch z dôvodu choroby, staroby a starnutia.

4. Sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita ako aj uspokojenie potrieb intímnych z pohľadu seniora vo vyššom veku, ktorý má záujem byť aktívny a mať osobné personalizované vzťahy, zvýšená potreba najmä u mužov.

5. Prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácií, cestovanie, fyzické prostredie, ktoré seniori dodáva pocit istoty a bezpečia, ak pozná prostredie, v ktorom sa nachádza.

6. Spiritualita – osobná viera a presvedčenia, hodnotová orientácia seniorov, možnosť navštevovať bohoslužby a praktizovať vieru i v seniorskom veku, patria sem aj rozhovory na úrovni spájania s Bohom.

Kvalita života je pri medzinárodnom porovnávaní vymedzená tromi základnými dimenziami, ku ktorým patrí (Sak 2012; Gadušová 2017):

- zdravotná starostlivosť, vyjadrená priemernou dĺžkou života a nákladmi na
- zdravotnú starostlivosť na rok a na človeka;
- vzdelanostná úroveň obyvateľstva, vyjadrená počtom negramotných jednotlivcov,
- maturantov z populácie, vysokoškolákov, počtom vysokoškolsky vzdelaných ľudí
- v populácii (celkovo i v jednotlivých populačných ročníkoch, niekedy sa indexy
- uvádzajú len z ekonomicky činného obyvateľstva);
- ukazovatele životnej úrovne, operacionalizované do času potrebnej práce na nákup
- základného spotrebného koša.

Spoločná správa francúzsko-nemeckej ministerskej rady z decembra 2010, prezentovaná na konferencii OECD v Paríži v októbri 2011, definuje rozsah kvality života, uvádza, čo je to kvalita života širokou operacionalizačnou definíciou a vymedzuje kvalitu života prostredníctvom ôsmich dimenzií:

1. materiálne blaho (príjem, spotreba, zmeny v majetku, rozloženie príjmu);
2. zdravie (očakávané dožitie, choroby, zdravotné postihnutia, detská úmrtnosť, fyzické a psychické zdravie, distribúcia zdravia);
3. vzdelanie (základné vzdelávacie zručnosti, písanie, čítanie, schopnosť počítať, schopnosť využívať poznatky a uplatňovanie rozhodovacích kompetencií, informačné a komunikačné technológie, tvorivá a umelecká tvorba, celoživotné vzdelávanie seniorov v rámci univerzity tretieho veku);
4. osobnostné aktivity (práca, komunikácia, rôzne druhy rekreačných aktivít, distribúcia osobnostných aktivít, ktoré senior dokáže zvládnuť, napr. terapie, muzikoterapia, kognitívne tréningy);
5. politický názor a vládnutie (občianska angažovanosť, zákonné garancie, možnosť participovať na politických procesoch, voľbách; stupeň demokracie, nezávislosť médií, korupcia, distribúcia politickej moci);
6. sociálne vzťahy a väzby (rodinné vzťahy, priatelia, intenzita priateľstiev, sociálne kontakty, distribúcia sociálnych väzieb);
7. environmentálne podmienky (dostupnosť čistého vzduchu, vody a pôdy, príjemné prostredie v okolí bydliska, ovzdušie, distribúcia environmentálnych podmienok);
8. osobnostná a ekonomická neistota – riziko chorôb, zranení, poškodení, krádeží -častejšie obeť vo vyššom veku z dôvodu zraniteľnosti, vyššie sociálneho vylúčenia, chudoby, distribúcia osobnostnej a ekonomickej neistoty (In: Benkovičová, 2011, Topinková, 2005).

Vzťah zdravia a kvality života pregnantne vymedzuje Svetová zdravotnícka organizácia (1993) ako „vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov so zreteľom na vlastné životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy. Tento koncept je komplexným spôsobom ovplyvňovaný fyzickým zdravím a psychickým stavom človeka, úrovňou jeho nezávislosti a vzťahmi k významným znakom prostredia“.

2.2 POTREBY SENIOROV

Potreby predstavujú základný motív, ktorý vyjadruje nejaký nedostatok, pričom možno hovoriť aj o narušenej psychickej či psychofyziologickej rovnováhe. Potreby zároveň vyjadrujú tendenciu k náprave niečoho, čo sa u jedinca považuje za frustrovaný stav. Každá potreba je potrebou niečoho, pričom tieto potreby nie sú nemenné, v priebehu času sa vyvíjajú a kultivujú, nie sú teda biologicky dané a sú do istej miery ovplyvniteľné zvonka. Ľudia majú niekoľko základných spoločných potrieb, ale každý môže uspokojiť ich iným spôsobom.

Potreba je nedostatkom niečoho, prejavom toho, čo organizmu chýba. Prežívanie nedostatku alebo nadbytku ovplyvňuje psychickú činnosť. Tieto pocity slúžia aj ako motivačná sila, ktorá nás vedie k určitému jednaniu a správaniu. (Mlýnková 2011)

Podľa Kaufmanovej seniori zdôrazňujú tie hodnoty a potreby, ktoré pociťujú ako ohrozené, hodnoty budú závisieť na podmienkach bývania, na zdravotnom stave a iných faktoroch. (Kaufmanová In: Dvořáčková 2012)

Strieženec (1996, s. 159) poníma potrebu ako: „to, čo bytosti chýba k zaisteniu jej organického života. Nedostatok pociťovaný osobou alebo spoločnosťou, ako aj túžba niečo získať“.

Starnutie možno považovať za dlhý biopsychosociálny proces, prostredníctvom ktorého prebiehajú vzájomné transakcie medzi biologickým organizmom, človekom a prostredím. V súčasnosti starnutie chápeme ako proces, ktorý sa odohráva počas celého životného cyklu zo širokej perspektívy a vyskytuje sa od narodenia do smrti, ako štádium plné múdrosti a bohatstva, ktoré je výsledkom skúseností získaných v období rastu a rozvoju. (Šprocha, 2019).

Potreby sa v jednotlivých vekových obdobiach menia. U osôb nad 75 rokov oproti mladšej generácii dochádza k zmenám v životných potrebách. V popredí sú potreby zdravia, pokoja, bezpečia a spokojnosti. Zvýraznené sú potreby fyziologické. Z psychosociálnych potrieb sú to potreby bezpečia, istoty, lásky, spolunažívania. (Mlýnková, 2011).

Potreby sa preto diferencujú aj podľa veku. Senior získava inú hierarchiu hodnôt a preto sú podmienené hodnotami. V tomto životnom období vystupujú do popredia potreby sociálneho charakteru. Z fyziologických potrieb je to pre skôr narodených, chutne pripravené jedlo. V starobe sa totiž mení chuť v dôsledku ubúdania chuťových pohárikov. Ďalej je to potreba vyprázdňovania. To sa v starobe objavuje veľmi často. Seniori potrebujú aj viac spánku. Spia preto nielen v noci, ale aj v priebehu dňa. Dôležitá je aj potreba tepla a pohodlia.

Niektoré fyziologické potreby však ustupujú do pozadia. Týka sa to predovšetkým prijímania tekutín, pretože majú znížený pocit smädu. Menej významné sú aj sexuálne potreby, hygienické potreby alebo úprava zovňajšku. Rozsah potrieb a ich uspokojovanie sa však odvíja od aktivity jedinca. (Mlýnková, 2011)

Z hľadiska životnej zmeny, ktorú seniori prežívajú sa prejavuje stále aktuálnejšia sociálna potreba, respektíve potreba sociálneho kontaktu. Viac ako inokedy predtým a aj v iných vekových obdobiach platí vzťah životnej priamej úmery, ktorý je potrebné mať stále na pamäti, že „sociálne prostredie je veľmi silným determinantom psychického zdravia a psychické zdravie je veľmi silným determinantom fyzického zdravia.“ Starší človek, viac ako človek z iného vývinového štádia potrebuje sociálny kontakt. Sociálny kontakt je najväčšou potrebou seniora, ten mu nahrádzajú sociálni pracovníci v zariadeniach pre seniorov. (Hangani a kol., 2014)

V tejto kapitole navrhujeme WHO (2010) prístup, ktorý zahŕňa celý životný cyklus, v ktorom jednotlivci starnú rôznymi spôsobmi, to znamená, že zatiaľ čo niektoré nedosahujú úroveň osobného rozvoja a funkčných schopností, iné môžu prekročiť hranicu zdravotného postihnutia. Avšak v závislosti na perspektíve, ktorú zaujmeme, nájdeme niekoľko koncepčných ohraničení alebo iné.

Kvalitu života zo psychologického hľadiska najčastejšie spájame s pojmami osobná pohoda, šťastie a spokojnosť, ako aj s adekvátnym uspokojovaním potrieb seniorov. „Človek je šťastný vtedy, pokiaľ ho teší život, je s ním spokojný a považuje ho za cenný a zmysluplný“ (Ondrušová, 2011, s. 46). Pre dobrú kvalitu života seniora je dôležité, aby mal vo svojom živote v niekom sociálnu oporu. Pod pojmom sociálna podpora sa rozumie pomoc zo strany iného subjektu (jedného človeka, prípadne skupiny).

Podľa Kentoša a Makovskej (In Výrost a kol., 2006) hodnotenie podmienok, v ktorých človek svoj život prežíva patrí medzi objektívne zisťovania kvality života. Hodnotí sa napĺňanie kultúrnych a sociálnych potrieb, ktoré sú závislé od fyzického zdravia, materiálneho dostatku i spoločenskej akceptácie. Domnievame sa, že to, na koľko vníma človek svoj život ako kvalitný závisí od osobnej (subjektívnej) pohody. Spravidla platí, že to, čo vyhovuje jednému človeku na prežitie kvalitného života, pre iného môže byť nedostatočné.

Kvalitu života výstižne charakterizuje Mareš (In: Řehulka, Řehulková, 2006), a to ako „individuálne vnímanie svojej pozície v živote, v kontexte tej kultúry a toho systému hodnôt, v ktorom jedinec žije. Vyjadruje vzťah k vlastným cieľom, očakávaným hodnotám

a záujmom ako aj k možnosti saturať osobné potreby i potreby na vyšších úrovniach hoc aj v starobe. Zahrňuje komplexným spôsobom jedincove:

a) somatické zdravie ako aj prežívanie bolesti v súvislosti s polymorbídnymi syndrómami u seniorov,

b) psychický stav, emocionálne prežívanie, kvalita psychického stavu a absencia psychických porúch,

c) úroveň nezávislosti na okolí, resp. miera sebaobslužných činností, miera motorických pohybov a koordinácie pri vykonávaní bežných aktivít, aby sa senior samostatne mohol dostať tam, kam potrebuje a uspokojil si tak potrebu slobody, pohybu a určitej nezávislosti.

d) sociálne vzťahy, kontakt s opatrovateľmi, medziľudské vzťahy, ako aj porozumenie medzi klientami v zariadení sociálnych služieb, či možnosť udržiavať kontakty a záujem rodiny o seniora aj v prípade jeho umiestnenia do reziduálnej starostlivosti.

Mühlpachr (2004) uvádza, že hoci seniorská populácia vykazuje niektoré charakteristické črty, ide o veľkú heterogénnu skupinu s:

- všeobecne platnou jedinečnosťou vlôh a osobnostných črt, ktoré sa s vekom nestrácajú;
- rôznou mierou rozvoja týchto vlôh v priebehu mladšieho a stredného veku;
- interindividuálnou variabilitou involučných biologických dejov;
- rôznou mierou chorobných zmien;
- udalosťami dlhého života, skúsenosťami a návykmi vrátane vzdelania a profesijnej kariéry, životným spôsobom;
- hodnotovým systémom, životným názorom, aspiráciou, expektáciou;
- rôznym sociálnym ekonomickým zázemím vrátane majetku, bytových podmienok a bytovej situácie (osamelosť, ovdovenie, počet detí a vzťahy s nimi)

Kvalitou života by sa mohla rozumieť žiaduca (optimálna) úroveň existencie, života jednotlivcov alebo skupín, ktorá je vyjadrená vzťahom k štandardu, vyjadreného v dokumentoch určitej krajiny. Americký psychológ Abraham Harold Maslow v roku 1943 definoval hierarchiu ľudských potrieb. Takto sa vytvorila Maslowa pyramída potrieb. Podľa tejto teórie má človek päť základných potrieb (od najnižších po najvyššie vo forme ako pyramída): fyziologické potreby; potreba bezpečia, istoty; potreba lásky, prijatia spolupatričnosti; potreba uznania, úcty; potreba sebaaktualizácie (Šrenkel, 2010, 2012).

Medzi základné kategórie hierarchie potrieb zaradujeme:

1. Fyziologické potreby – ide o potreby súvisiace s prežitím, ku ktorým zaradujeme stravovanie, výživu, teplo, bývanie či zdravotnú starostlivosť.

2. Potreba bezpečia – patria medzi potreby poriadku, stability, rutiny, ekonomickej a pracovnej bezpečnosti, v seniorskom veku najmä ochrana pred násilím, porušovaním ľudských práv a dôstojnosti pri poskytovaní starostlivosti.

3. Potreba spolupatričnosti a lásky - umožňuje fyzický kontakt, náklonnosť, rodinné vzťahy, pôsobenie v neformálnych sociálnych sieťach, kluboch a seniorskom prostredí, v ktorom má senior pocit prijatia, akceptácia a spolunažívania so seniorskými rovesníkmi.

4. Potreba ocenenia- zahŕňajú potreby sebadôvery (tzv. zmyslu pre kompetenciu, autonómiu), ale aj osobného uznania, prejavovanej úcty ostatnými (napr. chvála, uznanie, obľúbenosť v seniorskom kolektíve).

5. Potreba sebaaktualizácie – zahŕňa hrdosť a zvedavosť, sebestačnosť, hľadanie pravdy a porozumenia, úsilie zabezpečiť rovnosť a spravodlivosť a lásku ku kráse (Ruisel, 2008).

Rad prvkov z Maslowovej teórie je využiteľný pre prácu v pomáhajúcich profesiách. Prvé štyri kategórie Maslow označuje ako nedostatkové potreby a piatu kategóriu ako potreby bytia alebo rastové potreby. Klient sa môže sústrediť na uspokojovanie zložitejších potrieb až po uspokojení potrieb nižších úrovní. Po čiastočnom alebo úplnom uspokojení potrieb vyšších úrovní (ako napr. osobné naplnenie, uznanie, funkčný postup a pod.) sa začne cítiť spokojný (Šrenkel, 2012, 2010).

Kvalita života výsostne závisí od jej subjektívneho ponímania jednotlivcom, tú môžeme nazvať individuálnou kvalitou, resp. osobnostnou. Následne existuje aj spoločenská kvalita, ktorú definuje a realizuje štát prostredníctvom štátnych opatrení smerujúcich k zlepšeniu života seniorov. Veľakrát sa stáva u väčšiny seniorov, že individuálne vnímaná kvalita života nekorešponduje s celospoločenskou kvalitou, nakoľko určité štátne parametre sú nastavené tak, že neodrážajú skutočné náklady na zabezpečenie potrieb seniorov, alebo nákladov na poskytovanie starostlivosti v reziduálnych zariadeniach.

Ak nie je v silách seniora z rôznych dôvodov niektoré z týchto potrieb realizovať, je úlohou okolia, aby mu k naplneniu týchto potrieb pomohla. Najčastejšie túto realizáciu zabezpečujú sociálne služby. (Uher, 2014).

2.3 USPOKOJOVANIE POTRIEB SENIOROV V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

V zmysle zákona č. 448/2008 Z.Z. o sociálnych službách (§2): Sociálna služba sa vykonáva najmä prostredníctvom sociálnej práce, postupmi zodpovedajúcimi poznatkom spoločenských vied a poznatkom o stave a vývoji poskytovania sociálnych služieb. Poskytuje sa najmä na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných **životných potrieb** fyzickej osoby, ktorými je zabezpečenie ubytovania, stravy, nevyhnutného ošatenia, obuvi a nevyhnutnej základnej osobnej hygieny.

Zákon č. 448/2008 Z.Z. o sociálnych službách (§2) definuje sociálnu službu ako odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny,
- f) zabezpečenie starostlivosti o dieťa z dôvodu situácie v rodine, ktorá vyžaduje pomoc pri starostlivosti o dieťa.

Matoušek (2007, s.11) tvrdí, že „sociálne služby sa usilujú chrániť občana tým, že v jeho prospech konajú pre jeho blaho. Či ich už poskytujú inštitúcie verejnoprávne alebo súkromnoprávne (neštátne organizácie), v oboch prípadoch je štát garantom dodržovania základných ľudských práv a je povinný formou periodického preverovania činností týchto subjektov a prideľovaním licencií zaručiť občanom, že tieto inštitúcie budú vykonávať to, k čomu sa plne zaviazali.“

K tomuto je potrebné spomenúť i základné znaky sociálnych služieb, ktorými sú:

1. „Nehmotnosť sociálnych služieb – spravidla sa jedná o nemateriálny charakter sociálnych služieb sa používa ako rozlišovací znak medzi realizovanou službou a poskytnutím sociálnej pomôcky. Nemateriálnosť ako základný vlastnosť sociálnych služieb sťažuje občanom hodnotiť kvalitu sociálnych služieb.

2. Neskladovateľnosť sociálnych služieb – vyplýva z nemateriálnosti – občan môže služby vyžadovať v momente, v ktorom je služba poskytovaná. Neskladovateľnosť súvisí s pominuteľnosťou sociálnych služieb a vyplýva z toho, že služby sa nedajú skladovať.

3. Neoddeliteľnosť sociálnych služieb – znamená, že takmer každá poskytnutá služba nemôže byť spotrebovaná na inom mieste ako je vyprodukovaná. Princíp neoddeliteľnosti vedie k tomu, že občas sa stáva súčasťou procesu poskytovania a spotreby služieb. Pre väčšinu sociálnych služieb platí, že produkcia a spotreba nastávajú súčasne, a to nielen v rovnakom čase, ale aj v priestore, kde sa služba poskytuje.

4. Variabilita – rôznorodosť, niekedy individuálnosť sociálnych služieb spôsobuje premenlivosť procesu i výsledku poskytovania služby. Služby sú vysoko variabilné, pretože závisia od toho, kto, kedy a kde sa služba poskytuje.

5. Komplexnosť – ponuka služieb musí pozostávať zo súboru jednotlivých služieb, ktoré na seba nadväzujú a dopĺňajú sa a tým zabezpečujú primeranú kvalitu sociálnych služieb pre seniorov v každej situácii.

6. Neopakovateľnosť – ide o neopakovateľnosť z pohľadu poskytovateľa i spotrebiteľa služby, ako aj z pohľadu faktora času i miesta poskytnutia služby.

7. Nenahraditeľnosť – typická je v zdravotníctve, vzdelávaní a sociálnej starostlivosti. Tieto služby nebývajú predmetom právnej ochrany duševného vlastníctva. Nedajú sa substituovať.“ (Benča, 2005)

V súčasnosti u starších ľudí narastá významu subjektívneho hodnotenia zdravia. Kvalita života sa dokonca považuje za vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita a mortalita. (Payne et al., 2005). Kvalita života seniorov závisí od rôznych faktorov, ako sú napr. fyzické zdravie, miera uspokojovania potrieb, psychické fungovanie v poznávaní, adaptácii a zvládaní od prevládajúceho emocionálneho prežívania, od prijímanej i poskytovanej psychickej opory, ako aj spirituality. (Šimová, 2004). Adresnosť prozdravotných intervenčných opatrení tak môže a má signifikantne podporiť štruktúru a obsah životného štýlu seniorov, a tým aj kvalitu ich života v prípade poskytovania sociálnych služieb v zariadeniach.

Krupa (2007) popisuje kvalitu ako „súlad ponuky služieb s potrebami a požiadavkami odberateľa, ktorý sa nachádza v nepriaznivej životnej situácii. Kvalitné sociálne služby vo vzťahu k ich odberateľovi sú tie, ktoré riešia sociálnu situáciu občana a zároveň odberateľ k nim zaujíma postoj spokojnosti“.

Potreby seniorov sú v sociálnych službách uspokojované aj na základe toho, aké súbory práv sú im zabezpečované v samotných zariadeniach sociálnych služieb, pričom v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách vymedzujeme základné práva tieto:

- a) na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti,
- b) na zabezpečenie dostupnosti informácií v jej zrozumiteľnej forme o druhu, mieste, cieľoch a spôsobe poskytovania sociálnej služby, o úhrade za sociálnu službu a o cieľovej skupine, ktorej je poskytovaná.
- c) na utvorenie podmienok na zabezpečenie osobného kontaktu, telefonického kontaktu, písomného kontaktu alebo elektronického kontaktu s osobou, ktorú si sám určí, najmä na účel ochrany jeho práv a právom chránených záujmov, nadväzovania a udržiavania sociálnych väzieb s rodinou a komunitou a udržiavania partnerských vzťahov,
- d) na nenarušovanie svojho osobného priestoru okrem situácie, ktorá neznesie odklad a vstup je nevyhnutný na ochranu jeho života, zdravia alebo majetku, na ochranu práv a slobôd iných fyzických osôb alebo ochranu majetku zariadenia,
- e) podieľať sa na určovaní životných podmienok v zariadení prostredníctvom zvolených zástupcov prijímateľov sociálnej služby pri úprave domáceho poriadku, pri riešení vecí súvisiacich s podmienkami a kvalitou poskytovania sociálnych služieb a výbere aktivít vykonávaných vo voľnom čase,
- f) na určenie dôverníka,
- g) ďalej v zmysle povinností poskytovateľa má senior právo, aby bolo prihliadané na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby,
- h) právo na vytváranie podmienok aktivizovať prijímateľa sociálnej služby podľa jeho schopností a možností,
- i) právo, aby poskytovanie sociálnej služby bolo realizované na odbornej úrovni.

V zmysle § 9 zákona č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách Poskytovateľ sociálnej služby uvedenej je povinný plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, viesť písomné individuálne

záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby a hodnotiť priebeh poskytovania sociálnej služby za účasti prijímateľa sociálnej služby (ďalej len „individuálny plán“). Ak je prijímateľ sociálnej služby fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím alebo fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, súčasťou individuálneho plánu je aj program sociálnej rehabilitácie.

Plán by mal obsahovať záujmy klienta, jeho ciele, ale aj spôsob, akým budú tieto ciele napĺňané. Ten, kto vypracúva individuálny plán, plní v procese plánovania práce centrálnu rolu a je osobou, na ktorú sa klient môže kedykoľvek obrátiť. Táto osoba zodpovedá rovnako za to, aby boli klientovi poskytnuté všetky potrebné informácie, ktoré sa ho týkajú. Proces individuálneho plánovania zahŕňa:

- identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu,
- voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu,
- plán činností a aktivít napĺňania individuálneho plánu a
- hodnotenie individuálneho plánu. (Mandelík, 2014)

K ďalším činnostiam, ktoré dotvárajú komplex sociálnych služieb aj pre seniorov patrí:

- utváranie podmienok na: prípravu stravy, nevyhnutnej osobnej hygieny, poskytovanie nevyhnutného ošatenia alebo obuvi, vzdelávanie, záujmovú činnosť; poskytovanie osobného vybavenia, nevyhnutného ošatenia a obuvi, prepravy, donáška stravy, požičiavanie pomôcok či zabezpečenie záujmovej činnosti.

Medzi cielene orientované sociálne služby pre seniorov zaradíme:

- zariadenie pre seniorov
- domov sociálnych služieb
- zariadenie opatrovateľskej služby
- denný stacionár
- rehabilitačné stredisko
- špecializované zariadenie
- zariadenie podporovaného bývania

Kovaľová (2015) poukazuje na problém pri práci s prijímateľom sociálnej služby. S identifikáciou potrieb veľmi úzko súvisí aj identifikácia požiadaviek klienta, alebo zainteresovaných subjektov. Pri implementácii akéhokoľvek systému manažérstva kvality

bolo zistené, že pracovníci v sociálnych službách väčšinou nie sú zameraní na cieľ splnenia potrieb a požiadaviek klienta, ale vo veľkej miere na svoj pracovný výkon, organizačné pokyny a smernice. (Tománek, 2021). Pred očami nemá pracovník klienta ako spolupracujúci subjekt, ale ako objekt či hotový výkon. Pravdepodobne z tohto dôvodu veľmi ťažko a s nevôľou prijímajú pracovníci vyššie uvedené požiadavky k podmienkam kvality.

Dôležitým prvkom preukázania efektívnosti sociálnych služieb je meranie a hodnotenie ich kvality. Meranie kvality sociálnych služieb plní veľmi dôležitú funkciu v zabezpečovaní kvality: slúži na poskytovanie dôvery, že prostredníctvom správne nastaveného systému merania kvality sa operatívne riadia procesy poskytovania sociálnych služieb a tým sa naplňujú požiadavky na kvalitu:

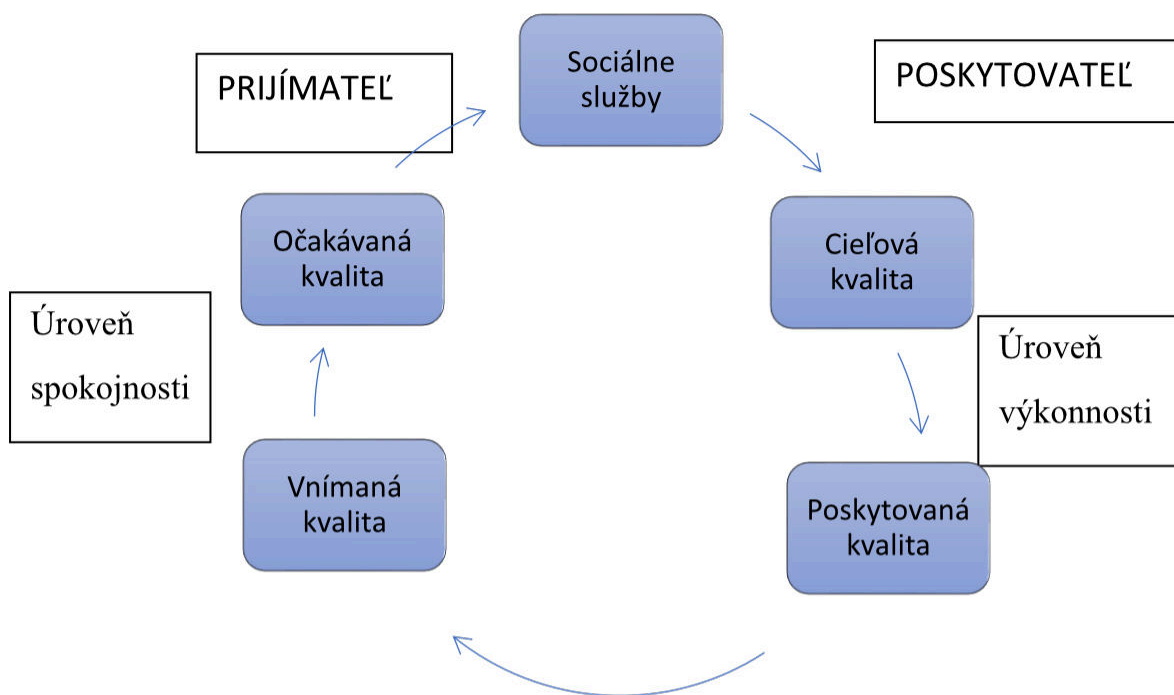
- preukazuje dosiahnuté výsledky prostredníctvom spätnej väzby z merania;
- poskytuje informácie pre riešenie prípadných nezhôd a
- trvalé zlepšovanie kvality sociálnych služieb. (Saxová, Hrnčiar, 2014)

Novelizovaný zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. ponúka inštitút kvality v oblasti sociálnych služieb, ktorým sa stal dopracovaný systém hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby so základnými charakteristikami:

- je založený na koncepte kvality ako normy (je hodnotené splnenie určitých očakávaní stanovených ako norma, čiže štandard, pod úrovňou ktorého je konštatované nesplnenie celkových podmienok kvality),
- kmeňovou hodnotou kvality sú potreby prijímateľov sociálnych služieb, **deduktívne** (implicitne) stanovené funkčné ukazovatele kvality sociálnej služby, **induktívne** (explicitne) stanovené hodnotiace ukazovatele kvality sociálnej služby (čo je dôležité pre „hodnotenie kvality“),
- s neplnením hodnotiacich štandardov sa spájajú právne dôsledky pre poskytovateľa sociálnej služby medzi ktoré patrí aj možnosť výmazu z Registra poskytovateľov sociálnej služby. (Brichtová, Repková, 2014)

Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby sa hodnotia v štyroch základných oblastiach: 1. základné ľudské práva a slobody, 2. procedurálne podmienky, 3. personálne podmienky, 4. prevádzkové podmienky. Každá oblasť je následne vymedzená viacerými kritériami, ktoré sú hodnoty, ku ktorým sa hlásia občania, spoločnosť. Sú sumárom prijatých spoločenských koncepcií a sú odvodené od základných dokumentov o ochrane ľudských práv a slobôd. Kritériá sú podrobnejšie rozpracované vo forme štandardov.

Na obrázku č. 1 je predstavená slučka kvality, ktorá veľmi zrozumiteľným spôsobom vyjadruje východiská merania kvality sociálnych služieb prostredníctvom štyroch dimenzií kvality (Saxová a kol., 2014):



Obrázok 1 Schéma merania kvality

1. očakávaná kvalita (Sought Quality) – úroveň kvality sociálnej služby, ktorá je očakávaná zákazníkom (prijímateľom služby) od poskytovateľa sociálnych služieb a ktorá je vyjadrená prostredníctvom požiadaviek zákazníka;

2. cieľová kvalita (Target Quality) – úroveň kvality sociálnych služieb, ktorú chce poskytovateľ služby dosiahnuť a ktorú vyjadruje špecifikáciou služby a určenými cieľovými hodnotami svojich ukazovateľov výkonnosti a konfiguráciou systému poskytovania sociálnych služieb;

3. poskytovaná kvalita (Delivered Quality) – úroveň kvality produkcie služby, ktorá je dosiahnutá vzhľadom na objektívne merané hodnoty konkrétnych ukazovateľov výkonnosti,

4. pociťovaná kvalita (Perceived Quality) – dojem zákazníka o úrovni kvality sociálnej služby, ktorá mu je poskytovaná.

Rozdiely medzi jednotlivými dimenziami kvality, zobrazenými na obrázku, vyjadrujú:

- mieru spokojnosti zákazníka – rozdiel medzi očakávanou a vnímanou kvalitou (meria sa na strane zákazníka, prípadne inej zainteresovanej strany – v prípade merania spokojnosti zainteresovanej strany);

- mieru výkonnosti poskytovateľa sociálnych služieb – úroveň dosiahnutia cieľov kvality služby – rozdiel medzi cieľovou kvalitou a poskytovanou kvalitou (meria sa na strane poskytovateľa sociálnych služieb);

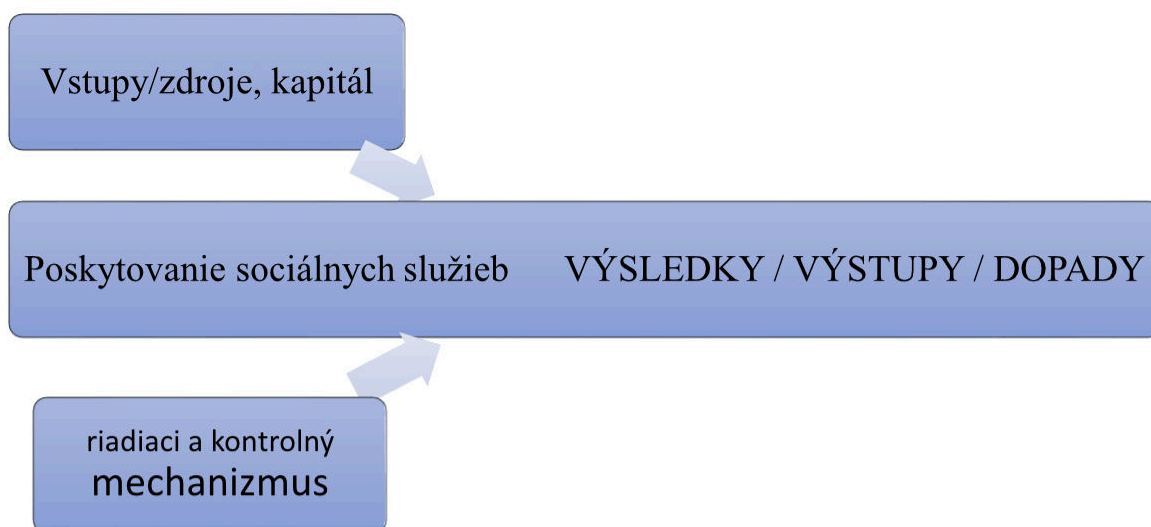
- stupeň schopnosti poskytovateľa sociálnych služieb zamerať úsilie do oblastí, ktoré sú pre zákazníka najdôležitejšie – rozdiel medzi očakávanou kvalitou a cieľovou kvalitou (Saxová a kol., 2014).

Vzťah merania výkonnosti a spokojnosti v sociálnych službách má ešte jeden významný rozmer, ktorý sa týka merania výsledkov poskytovaných služieb. Všeobecne sa v službách uvažuje pri meraní toho, čo vzišlo z poskytovania služby, v štruktúre: výstup – výsledok – dopad (output – outcome – impact). Uvedené odstupňovanie je definované a interpretované takto kvalitou (Saxová a kol., 2014):

- **Výstup** je to, čo preukázateľne a okamžite vyšlo z procesu poskytovania sociálnej služby a čo má aj preukázateľný vplyv na prijímateľa sociálnej služby. V sociálnych službách je však meranie výstupov často neúmerne zložité a nákladné, pretože sa často môže opierať len o lepšie zdravotné výsledky, resp. kontrolu úplnosti realizácie predpísaných úkonov, čo však nepreukazuje na zlepšenie kvality života prijímateľa.

- **Výsledok** je efekt, ktorý bol službou dosiahnutý, a to nielen na bezprostredného prijímateľa sociálnej služby, ale napr. aj na jeho rodinných príslušníkov. Výsledok predstavuje teda to podstatné, na čo je sociálna služba zameraná. V sociálnych službách ide o zlepšenie kvality života prijímateľa, dlhodobé udržanie jeho dôstojnosti a zapojenia do prostredia.

- **Dopad** je dlhodobější dôsledok výsledku, čo v sociálnych službách môže predstavovať napríklad zlepšené výkony rodinných príslušníkov u svojho zamestnávateľa v dôsledku zníženia nadmerného zaťaženia v domácom prostredí, lepšie vyhliadky ľudí v produktívnom veku na dôstojnú starobu pri fungujúcom systéme sociálnych služieb.



Obrázok 2 Proces poskytovania sociálnych služieb

Štandardy predstavujú dynamické a rozvíjajúce sa hodnoty, ktoré jednomyselne uznávajú sociálni pracovníci a pracovníčky, pričom do ich formovania sú zapojené celé odborné tímy. Na najnižšej úrovni sú štandardy špecifikované vo forme indikátorov, pomocou ktorých sa hodnotí reálne sociálne prostredie. Indikátory (ukazovatele) sú kvalitatívnymi alebo kvantitatívnymi parametrami vyjadrujúcimi nosné vlastnosti sociálnej služby. Napríklad v oblasti 1. Dodržiavanie základných práv a slobôd je vymedzené kritérium sociálny status prijímateľa sociálnej služby. Následne je uvádzaný štandard: poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a podporuje rozvoj schopností, zručností a vedomostí prijímateľa sociálnej služby, zachovanie jeho vlastnej identity, osobnej integrity, osobnej nezávislosti, individuálnej rozmanitosti a podporuje vytváranie pozitívneho obrazu o prijímateľovi sociálnej služby (Brichtová, Repková, 2014).

V neposlednom rade je formulovaný indikátor: poskytovateľ sociálnej služby rešpektuje a aktívne podporuje zachovanie identity prijímateľa sociálnej služby, osobnej integrity, osobnej nezávislosti, individuálnej rozmanitosti a aktívne zabezpečuje právo na vzdelávanie, prípravu na zamestnávanie a prístup k individualizovanej podpore. Poskytovateľ sociálnej služby má písomne vypracované postupy podpory rozvoja schopností, zručností a vedomostí prijímateľa sociálnej služby a aktívne ich realizuje na individuálnej úrovni. Poskytovateľ sociálnej služby vedome a aktívne podporuje vytváranie pozitívneho obrazu o každom prijímateľovi sociálnej služby aj smerom k nemu, smerom k ostatným prijímateľom sociálnej služby a smerom k verejnosti“ (Brichtová, Repková, 2014).

Na základe publikácie „Manažment kvality cez indikátory zamerané na výsledky: Smerom k benchmarkingu v rezidenčnej starostlivosti o starších ľudí“ spolufinancovaného z EÚ treba rozlišovať medzi indikátormi zameranými „na proces“ a indikátormi zameranými „na výsledok“ uplatňovaných procesov v zariadeniach rezidenčnej starostlivosti. Celkovo určili na výsledok zameraných indikátorov združených do piatich vecných oblastí (domén):

1. kvalita starostlivosti- ide o indikátory, o ktoré sa zaujímajú obyvatelia zariadení a zamestnanci,
2. kvalita života- indikátory, o ktoré sa zaujímajú obyvatelia zariadení, rodiny, priatelia a zamestnanci,
3. vodcovstvo- indikátory, o ktoré sa zaujíma vedenie zariadenia a zamestnanci,
4. ekonomické výsledky- indikátory, o ktoré sa zaujíma vedenie zariadenia a tí, ktorí ho financujú,
5. kontext - indikátory, o ktoré sa zaujímajú tí, ktorí zariadenie financujú, tvorcovia legislatívy, dodávatelia služieb, široká verejnosť (Repková, 2012).

Starnutie populácie je ďalším problémom, ktorý zo sebou prináša široké spektrum problémov a podnetov na celospoločenskú diskusiu. To, že naša európska populácia starne je zapríčinené jednak znižovaním natality, ale predovšetkým neustálym predlžovaním veku dožitia (Tománek, 2015). Výsledkom medicínskeho pokroku a výrazného zlepšenia životnej úrovne obyvateľstva je okrem iného fakt, že štatisticky máme vysokú pravdepodobnosť prežiť dlhú starobu v relatívne dobrom fyzickom zdraví. S tým súvisí otázka, ako toto relatívne dlhé obdobie v živote človeka prežiť, čím ho naplniť. Ako zvýšiť kvalitu života v období staroby ako aj v období odkázanosti človeka vo vyššom veku na sociálne služby, je predmetom diskusie v predkladanej monografii.

ZÁVER

Starnutie je prirodzené a nemôžeme sa mu vyhnúť, preto by nemalo byť vnímané ako niečo nepríjemné a odpudivé. Samotná staroba by nemala byť pasívnym čakaním na smrť, obdobím úplnej nečinnosti a stiahnutia sa za dvere svojho bytu do akejsi sociálnej izolácie.

Možnosť kvalítne a spokojne prežiť starobu je odmenou. Odmenou za, to ako človek žil celý svoj život, ako sa na starobu pripravil a ako a čím ju vyplňa. Na jednej strane by kvalitu života seniorom mala zabezpečovať rodina, avšak človeku pri riešení tejto neľahkej životnej úlohy pomáhajú často zvládnuť sociálne zariadenia, ktoré preberajú starostlivosť o seniora práve v najzložitejšom období odkázanosti, imobility, nemožnosti zabezpečovať osobnú hygienu či starostlivosť o domácnosť samostatne. Samotná psychická i fyzická príprava človeka v období staroby ju vhodným spôsobom napĺňa ako aj akceptácia samotného procesu zmien a faktu, že človek potrebuje trvalú pomoc a nezvládne toľko, koľko by sám chcel. Toto uvedomenie pomáha k jej lepšiemu a kvalitnejšiemu prežitiu staroby, v ktorej je senior odkázaný na pomoc druhých.

Pri pokuse definovať pojem kvalita života môžeme vychádzať z významu slov, ktoré ho tvoria, teda kvality ako akosti, alebo hodnoty a slova život označujúceho okrem iného bytie, existenciu života obdobie od narodenia až po smrť. Takto by sme mohli definovať kvalitu života ako určitú hodnotu, či už subjektívne, alebo objektívne posudzovanú, ktorú má človek ako neobyčajné bytie za úlohu na pozemskom svete. V produktívnom veku si človek dokáže relatívne kvalitu života zabezpečiť sám, prácou, živobytím, finančnou odmenou za vykonanú prácu, avšak v starobe tieto možnosti senior stráca. Musí nachádzať nové dimenzie zmyslu života v starnutí a starobe, v tomto procese mu pomáha rodina, okolie, sociálne prostredie, duchovný život i samotní pracovníci v zariadeniach sociálnych služieb, ktorí sa snažia zabezpečovať kvalitné životné podmienky v inštitúciách tam, kde rodina zlyhala alebo sa už ďalej nezvláda o seniora starať.

Vieme, že kvalitu života ovplyvňujú činitele zastupujúce objektívnu stránku kvality života, v týchto prípadoch sa často senior dostáva na hranicu, ktorú nedokážu ovplyvniť vlastným pričinením, napríklad financovanie sociálnych služieb či ich kvalitu. Subjektívna kvalita života je o dobrom životnom pociť, pohode a spokojnosti seniora s tým, čo aktuálne prežíva, dostáva a komunikuje.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- BALOGOVÁ, B. 2009. Seniori. Prešov: Akcent print, 2009. 156 s.
- BENČO, J. 2005. Sociálne služby a neziskové organizácie. Prievidza: Alfa Print, 2005. 274 s.
- BENKOVIČOVÁ, L. 2011. Kvalita života – problém poznania a interpretáci. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie Štatistického úradu SR „Kvalita života v podmienkach globalizácie“. Bratislava, 2011, s. 10 – 21. ISBN 978-80-8121-107-2
- BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2014. Sociálne služby: zacielené na kvalitu. Bratislava: GRIFIS, s.r.o., 2014. 283 s. I
- ČORNANIČOVÁ, R. 2004. Kvalita života v sénie In Autonomie ve stáří – strategie jejího zachování. 2004. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta OU v Ostravě, s. 143 – 153.
- DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. 2006. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 112.
- DŽUKA, J. 2004. Kvalita života a subjektívna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely, In DŽUKA, J. Psychologické dimenzie kvality života: Konferencia 19-20 mája 2004, Bratislava: Katedra psychológie FF PU v Prešove v spolupráci so Slovenskou psychologickou spoločnosťou pri SAV, 2004. ISBN80-8068-282-8, s. 42-54.
- FRK, V., KREDÁTUS, J. 2002. Asertivita v sociálnom styku. In Práca a sociálna politika. 2002, roč. X, č. 9. 6-19 s.
- GADUŠOVÁ, M. 2017. Vybrané kapitoly z geriatric. Ružomberok: Verbum, 2017. 135 s.
- HNILICOVÁ, H., BENCKO, V. 2005. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. 2005. Praktický lékař, roč. 85, č. 11, s. 656 – 660.
- HROZENSKÁ, M. et al. 2008. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta. 2008.180 s.
- KASANOVÁ, A. 2008. Sprievodca sociálneho pracovníka. II. seniori a samospráva. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, s. 162.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2005. Kvalita života v psychologii. Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a prediktory. In. Sborník příspěvků z konference ze dne 25.10.2005 Třeboň. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. 120 s.
- KOVÁČ, D. 2000. Kvalita života seniorov a spiritualita. In: Čornaničová R.(ed): Obohacovanie života starších ľudí edukačnými aktivitami. Národné osvetové centrum, Bratislava, 2000, s. 62 – 66.
- KOVÁČ, D. 2003. Quality of life: A paradigmatic challenge to psychologists. Studia psychologica, 45, 2003, 2, pp 81 – 101
- KOVALOVÁ, M. 2012. Cesta za kvalitou od roku 2000 do roku 2012: „Štandardy kvality sociálnych služieb“. [online] Kvalita sociálnych služieb a zavádzanie štandardov v

Slovenskej republike: odborná konferencia 30.11.2012. Banská Bystrica. [cit. 2022-11-23]. Dostupné na internete: <https://www.apssvsr.sk/>

KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. Psychologie zdraví. Praha, Portál, 2001. 279 s.

KRUPA, S., JAMBOŘOVÁ, R. 2007. Funkcia voľného času pre osobnostný rozvoj prijímateľa sociálnych služieb. In Integrácia, 2007, č. 4, s. 35-38.

MANDELÍK, M a kol. 2014. Inštruktor sociálnej rehabilitácie. Prešov: VaV Akademy s.r.o, 2014. 164 s.

MATOUŠEK, O. 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. 356 s.

MATOUŠEK, O. 2007. Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. 256 s.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. Péče o staré občany. Učebnice pro odbor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 192.

MÜHLPACHR, P. 2004. Gerontopedagogika. 1. Vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 203 s.

NAKONEČNÝ, M. 1995. Psychologie osobnosti. Praha: ACADEMIA, 1995. s. 300.

NOVÁK, T. 2012. Proč si stále tak neklidný?! Praha : Grada Publishing, 2012. 112 s.

ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova, 2011. 168 s.

PAWELSKI, J.O. 2008. The Promise of Positive Psychology for the Assessment of Character. The Journal of College and Character, 2008; 12 (5): 11-22.

PAYNE, J. et al. 2005. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. 630 s.

REPKOVÁ, K. 2012. Politika v sociálnych službách (v kocke): vysokoškolská učebnica. [online] Prešov: Prešovská univerzita, 2012. [citované 2022-02-1] ISBN 978-80-555-0621-0. Dostupné na internete: .

ŘEHULKA, E. – ŘEHULKOVÁ, O. 2006. Kategorie kvality života v psychologii zdraví. In: Škola a zdraví 21. Brno: MU, 2006, s. 584 - 589.

RUISEL, I. 2008. Osobnosť a poznávanie. Bratislava: Ikar, 2008. 255 s.

SAK, P. 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. 225 s.

SAXOVÁ, G.- HRNČIAR, M. 2014. Meranie kvality sociálnych služieb [online][cit. 2022-11-30]. Dostupné na internete: Meranie kvality sociálnych služieb | Sociálna spoločnosť (socialnaspolocnost.sk)

STRIEŽENEC, Š. 1996. Slovník sociálního pracovníka. Trnava: Vydavatel'stvo AD, 1996. s. 213.

ŠIMOVÁ, E. 2004. Kvalita života seniorov. [online]. In DŽUKA, J. Psychologické dimenzie kvality života: Konferencia 19-20 mája 2004, Bratislava: Katedra psychológie FF PU v Prešove v spolupráci so Slovenskou psychologickou spoločnosťou pri SAV, 2004. ISBN 80-8068-282-8, s. 114-118.

ŠRENKEL, J. 2010. Kvalita života klientov domovov sociálnych služieb ako nástroj hodnotenia poskytovaných sociálnych služieb. In MANDZÁKOVÁ, S. Kvalita života osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb: Zborník z prvej odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou: Osadné, 2010.

ŠRENKEL, J. 2012. Štandardy kvality a hodnotenie kvality života prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb. In Humanum Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne, Nr 9(2)/2012. s.361.

TOKÁROVÁ, A. et al. 2002. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Prešov: FF, PU, 573 s.

TOMÁNEK, P. 2015. *Family - Education - Society: Challenges and Perspectives*, Tribun 2015: EU.

TOMÁNEK. P.2021. *Family in turbulence or family desensitization*, Brno 2021: Tribun.

TOPINKOVÁ, E. 2005. Geriatrie v praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s.

UHER, I. 2014. Determinanty kvality života seniorov. 1. vyd. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Ústav telesnej výchovy a športu, 2014. 133 s.

VAĎUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. 2005. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s.

VYMĚTAL, J. 2003. Lékařská psychologie. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 396 s.

VÝROST, J. a kol. 2006. Európska sociálna sonda - 2.kolo. Prešov: Universum, 2006.

WHOQOL Group.1998. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF. Quality of life Assessment . Psychology Med. 1998. 28: 551-558. Introduction, Administration, Scoring. And Generic version of the assessment.

WHO. 2010. World Health Statistics 2010. WHO, 2010. 177 p.

Szilvia BUZALOVÁ

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4770-1448>

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

3 kapitola

ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ SENIOROV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V OBDOBÍ PANDÉMIE – VÝSKUM

ÚVOD

V tejto časti monografie analyzujeme životnú spokojnosť seniorov na základe teoretických konceptov a popisujeme systém poskytovania sociálnych služieb, ktoré sú zabezpečované konkrétnym neverejným poskytovateľom Prameň Nádeje v kontexte súčasnej pandemickej situácie Covid-19 a s dôrazom na legislatívne zmeny zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Hlavným cieľom je reflektovať vplyv najdôležitejších zmien na súčasnú podobu sociálnych služieb. Predmet výskumu je zameraný na analýzu vnímania životnej spokojnosti seniorov, ktorým sú poskytované sociálne služby v PRAMENI NÁDEJE a to v prepojení na dopady pandémie; vo výskume sa zároveň orientujeme na naplnenie konkrétnych výskumných cieľov.

V rámci kvantitatívneho výskumu sme distribuovali dotazníky do 4 zariadení zamerané na zisťovanie životnej spokojnosti, kvality sociálnych služieb a analýzu vnímania opatrení v súvislosti s pandemiou Covid-19. Následne sme zozbierané dáta analyzovali na základe štatistických metód a výsledky popisovali v kontingenčných tabuľkách. V rámci Diskusie sme následne odpovedali na stanovené výskumné hypotézy, komparovali výskumné zistenia s dostupnými výskumami doma i v zahraničí a v závere práce uvádzame odporúčania pre prax.

Je dôležité zavádzať vhodné postupy sociálnej práce a iniciatívy na presadzovanie zmien prijaté počas pandémie, ako napríklad zameranie úsilia na zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb počas obdobia reštrikčných obmedzení či protipandemických opatrení pre všetkých občanov, ktorí to potrebujú. Ťažkosti s duševným zdravím sa počas pandémie zvýšili, pretože sociálna izolácia vytvorila a zhoršila obavy o budúcnosť, pandémie mala vplyv aj na zníženie mentálneho zdravia, pretože vznikali u seniorov depresívne stavy, pocity neistoty a frustrácie, zvýšila sa ich apatia a pasivita. Na druhej strane nástup pandémie COVID-19 si vyžadoval, aby sociálni pracovníci rýchlo zmenili prax tak, aby dodržiavali usmernenia v oblasti verejného zdravia – ako je používanie osobných ochranných prostriedkov (OOP), dodržiavanie požiadaviek na fyzický odstup, testovanie a očkovanie, pričom si stále musia udržiavať kontakt s klientmi tak, aby zabezpečovali naďalej systém služieb a dokázali reagovať na nové vzniknuté výzvy bez toho, aby poškodili záujmy a práva prijímateľov.

3 ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ SENIOROV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V OBDOBÍ PANDÉMIE – VÝSKUM

Koncepty WHO poukazujú na osobnú pohodu (*well-being*) ako významný determinant kvality života na vyjadrenie stavu v živote človeka, kedy prežíva spokojnosť, v živote sa mu darí a sú naplnené jeho osobné potreby. Osobná pohoda sa stala zastrešujúcim alebo rovnocenným pojmom pre mnoho premenných, ktoré rozdeľujeme takto: úroveň pohody- *well-being*, spokojnosti – *satisfaction*, šťastie - *happiness*, psychologické zdravie - *psychological wealth* a optimálne prosperovanie - *flourishing*. (Slezáčková, 2012)

Well-being môže byť v psychológii chápaný z pohľadu hedonistickej koncepcie ako šťastie alebo potešenie a z pohľadu eudaimonickej koncepcie ako naplnenosť života. (Ryan, Deci, 2001). Spokojnosť so životom predstavuje kognitívny komponent hedonistického-subjektívneho well-beingu. Spokojnosť so životom predstavuje subjektívny well-being, ktorý je považovaný za relatívne stály konštrukt. Úroveň well-beingu sa vplyvom udalostí môže zmeniť, no časom sa vráti na pôvodnú úroveň. (Quvedo, Abella, 2011). Napriek relatívnej stálosti sa podľa výskumov zdá, že subjektívny well-being vekom stúpa (Ryan, Deci, 2001), čo môže súvisieť so získavaním nových skúseností, schopností a zručností dôležitých pre zvládnutie stresu. (In Kohutová et al., 2019)

Lucas a Diener (2000) prepájajú pojem well-being s hodnotením vlastného života, pričom potvrdzujú jeho dvojzložkové vymedzenie, ktoré zahŕňa: emocionálnu a kognitívnu. Tieto dve zložky sú vzájomne prepojené, nakoľko **emocionálna zložka** zabezpečuje prežívanie emócií seniora, ktoré determinujú jeho postoje k samotnej starobe na základe pozitívneho vnímania (pocity radosti, plnosti života) a na základe negatívnych afektov (pocity úzkosti, strach zo samoty, depresia či psychický nepohoda). **Kognitívna zložka** well-beingu sa spája so životnou spokojnosťou a celkovým hodnotením vlastného života, tá je zasa ovplyvnená viacerými osobnými, sociálnymi a spoločenskými faktormi či faktormi sociálneho prostredia, v ktorom sa senior pohybuje a v ktorom nadobúda životné skúsenosti.

Na druhej strane autori Gao a McLellan (2018) operacionalizujú s well-beingom ako s dvojzložkovým modelom, ktorý je tvorený zo psychologickej a sociálnej zložky, ktorá prezentuje sociálne prijatie, adaptáciu a sociálnu integráciu. Psychologická zložka well-beingu (PWB) je spojená s pozitívnym fungovaním človeka a pozostáva zo šiestich dimenzií, ktoré popisuje Křivohlavý (2004 podľa Ryff & Singer, 1998):

1. **Sebaprijatie a sebaakceptácia** - senior sa musí vyrovnávať s viacerými fyzickými, psychickými i sociálnymi zmenami, ktoré súvisia s obdobím staroby a starnutia, dôležité preto zostáva, aby si senior neprestal vážiť samého seba a dokázať tieto zmeny prijať postupne, ako prichádzajú do jeho života.
2. **Osobný rozvoj** – obdobie staroby neznamená, že senior nemôže vyhľadávať príležitosti na osobnostný rast, ktoré mu zároveň pomôžu lepšie a ľahšie sa vyrovnáť so zmenenými životnými podmienkami.
3. **Účel a zmysel života** – objavovanie nového zmyslu života je dôležité k tomu, aby senior ne strácal pozitívny postoj k životu, aktívne na ňom participoval a prežil život plnohodnotne aj v starobe. Osobná pohoda je teda daná vysokou mierou pozitívnych emócií zároveň nízkou mierou negatívnych emócií.
4. **Sociálne začlenenie** – každý človek potrebuje niekam patriť, niečomu sa venovať a zastávať nejaký sociálny status, rovnako to platí aj pre ľudí v období staroby tak, aby mohli využiť svoje kompetencie, skúsenosti a vedomostné znalosti.
5. **Samostatnosť (autonómia)** – čím dlhšie je miera samostatného života seniora a zachovanie jeho autonómie, tým dochádza k vyššiemu uspokojovaniu a pozitívneho postoja k životu, aby nachádza osobné, rodinné i sociálne zdroje na nezávislé sociálne fungovanie.
6. **Pozitívne sociálne vzťahy** - senior, ktorý má okolo seba pevnú sociálnu sieť kontaktov, prežíva životnú spokojnosť a psychologickú pohodu vo vyššej miere, ktorá je spojená s pocitmi šťastia, naplnenia a radosti zo života. Potreba vytvárania pozitívnych sociálnych vzťahov je rovnako dôležitá aj v seniorskom veku.



Obrázok 3 Dimenzie psychického well-being

Zdroj: Ryff & Singer, 1998

Diener (1994) pri meraní subjektívnej pohody odporúča zisťovať jej tri komponenty, a síce: celkovú životnú spokojnosť, pozitívne rozpoloženie a negatívne rozpoloženie. V koncepte subjektívnej pohody sa nachádza značné množstvo zložiek, na skúmanie osobnej pohody sa môžu identifikovať tri hlavné pohľady. Každý z týchto prístupov je unikátnym a líši sa aj svojimi nástrojmi merania. Prvý prístup (Jolly et al., 2020) chápe subjektívnu pohodu ako celkové hodnotenie života a jeho zložiek. Na jeho meranie sa využívajú rozsiahle dotazníkové metódy, v ktorých respondent odpovedá na základe svojich skúseností o šťastí a spokojnosti v spojitosti s inými dimenziami napr. medziľudské vzťahy (Ryff, 1995). Iné štúdie (Tota, 2016) sa na osobnú pohodu pozerajú ako na zhluk mnohých emocionálnych reakcií (Tota, 2016), ktoré autori Džuka a Dalbert (2002) dopĺňajú o zvykové správanie pri pozitívnych a negatívnych reakciách seniora na určitú situáciu.

Autori Ryan a Deci (2000, 2001) a Ryff (1995) sa vo svojich výskumoch zameriavajú na analýzu univerzálnych ľudských potrieb vo vzťahu s vnímaním pohody popri subjektívnej pohode, ich vplyv na efektívne fungovanie človeka. Tieto prístupy označili ako „psychologická pohoda“ a sú čiastočne založené na humanistických teóriách pozitívneho fungovania. Autori tvrdia, že sa líšia od subjektívnych pocitov pohody, aj keď sa empiricky prekrývajú. Zatiaľ čo subjektívna pohoda je definovaná ako hodnotenie života ľudí, psychická pohoda predstavuje optimálne fungovanie človeka, ktorého dôležitou súčasťou sú tieto aspekty: význam a účel v živote (štúdia Džuka a Dalbert, 2002), podporné a prospešné vzťahy (Ryff 1995; Deci a Ryan, 2001), prispievajte k blahu ostatných (Maslow 1980; Deci a Ryan 2001); osobná angažovanosť a kompetencie človeka (Deci a Ryan, 2001); sebaaprijatie, optimistický pohľad na svet a život a schopnosť byť rešpektovaný a rešpektovať druhých (Ryff et al. 1995).

3.1 SWOT ANALÝZA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V OBDOBÍ COVID-19

Klevetová a Dlabalová (2008) poukazujú na to, že sociálne starnutie prebieha pod obrazom adaptácie na odchod do dôchodku, zmenou v sociálnych rolách, často so zmenou životného programu a senior sa musí naučiť akceptovať dôsledky porúch jeho zdravia. Ďalšími dôležitými zmenami je zmena prostredia, v ktorom senior funguje denne, z domáceho na inštitucionálne, v ktorom zdieľa denný režim, spoločné priestory a formu starostlivosti s ďalšími pre neho neznámymi klientmi. Veľmi stresujúca je strata partnera,

strata príbuzných, priateľov, čo vyvoláva osamelosť, pocit blížiaceho sa konca, ktorý môže byť spojený so stratou motivácie, apatiou zúčastňovať sa na harmonograme aktivít v zariadení či celkovou pasivitou seniora. (Hegyí a Krajčík 2010) Határ (2011) dopĺňa, že negatívne pocity seniora spojené s adaptáciou na zmenené životné podmienky môžu byť premenené na pozitívne vďaka prispôbenému edukačnému procesu, cez vzdelávaciu a aktivizačnú činnosť senior získava sebavedomie a vieru vo vlastné schopnosti.

Aktuálnu situáciu v sociálnych službách hodnotíme na základe použitia SWOT analýzy, túto SWOT analýzu sociálnych služieb sme vytvorili na základe Koncepcie dlhodobej starostlivosti v SR, ktorá prezentuje silné a slabé stránky, jej príležitosti a ohrozenia, ktoré majú negatívny dopad na poskytovanie dlhodobej starostlivosti pre seniorov a ľudí so zdravotným postihnutím na Slovensku. Zároveň popisujeme príležitosti, ktoré by mohli viesť k zefektívneniu dlhodobej starostlivosti o seniorov, ktorá však musí byť postavená na princípoch multidisciplinarity a holistického prístupu:

1. Slabé stránky :

- Existuje mapovanie postojov a návrhov odbornej a laickej verejnosti v oblasti poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti, avšak celý systém je nedostatočný, nakoľko neodráža globálne trendy, chýba zosúladenie služieb s potrebami prijímateľov a reálnymi možnosťami poskytovateľov.
- Vytvorená Koncepcia dlhodobej starostlivosti – avšak jej implementácia viazne.
- Finančná dostupnosť sociálnych služieb je LEN pre niektoré cieľové skupiny.
- Dlhé čakacie doby: medzi rezortmi, sociálnymi inštitúciami a odkázaným človekom na sociálne služby a subjektom poskytovateľa (zariadenie SS, nemocnica, hospic) existuje priepasť.
- Meniaca sa legislatíva v sociálnych službách – neflexibilita a neschopnosť zabezpečiť viaczdrojové financovanie včas aj v dôsledku častej zmeny legislatívnych predpisov, prijatím vyhlášok a nariadení, ktoré negatívne determinujú poskytovateľov SS.
- Administratívna záťaž pracovníkov v sociálnych službách.
- Etické dilemy pri práci so seniormi a ich zložitosť v procese zvyšovania kvality seniorov.
- Nízka konkurenciaschopnosť sociálnych služieb na trhu, absentuje prepojenie jednotlivých sektorov pre zefektívnenie systému zabezpečovania dlhodobej starostlivosti.

- Nevyváženosť verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb, fluktuácia zamestnancov, absencia ľudských zdrojov, problematická udržateľnosť.

2. Silné stránky:

- Dostupnosť, adresnosť, plošnosť sociálnych služieb.
- Cena sociálnej služby je primeraná.
- Kvalita sociálnych služieb sa zvyšuje.
- Debariérovosť a nízkoprahovosť ako základný princíp.
- Transformácia sociálnych služieb a implementácia nových štandardov kvality.
- Inovatívne a moderné metódy práce implementované do práce s PSS.
- Časová a vecná dostupnosť potrebnej pomoci.
- Finančná dostupnosť sociálnych služieb pre niektoré cieľové skupiny u neverejných poskytovateľov.
- Existencia nástrojov a stratégií na rozvoj SS na národnej a medzinárodnej úrovni.
- Vízia moderné a úspešné Slovensko – strategický dokument orientovaný na podporu sociálno-zdravotnej starostlivosti a duševného zdravia.
- Kvalifikované ľudské zdroje v sociálnych službách.
- Existencia tretieho sektora a pozitívnych influencerov podporujúcich rozvoj sociálnych služieb a ochranu práv seniorov.
- Angažovanie tretieho sektora v ľudskoprávných otázkach zraniteľných skupín, obhajovanie záujmov klientov, pracovníkov a poskytovateľov sociálnych služieb (Asociácia poskytovateľov SS, SocioFórum a iní).
- Zvýšené angažovanie cirkevných organizácií v sociálnych službách, ktoré prinášajú vyššie hodnoty do poskytovania starostlivosti o chorých, starých a chudobných na základe lásky k blížnemu, Božej milosti a odpustenia blížnym.

3. Ohrozenia:

- Predlžovanie veku v strednej dĺžke života nad 65 rokov a veku dožitia viac ako 85 rokov.
- Premena hodnôt v rodine od rodinnej starostlivosti k preferovaniu inštitucionálnej starostlivosti a prehĺbovanie medzigeneračných priepastí.
- Trend rozvoja sociálnych služieb a prírľiv súkromného sektora v ich zabezpečovaní bez ohľadu na kvalitu poskytovaných služieb.

- Globalizácia a digitalizácia pozícií na trhu práce, nedostatok ľudského kapitálu v sociálnych službách a nízky status pomáhajúcich profesií.
- Otázna je udržateľnosť a rozvoj dlhodobej starostlivosti o odkázaných.
- Nesystematická a účelová kontrola kvality poskytovaných služieb zo strany štátu – znižovanie počtu zariadení – príkladom sú denné stacionáre, u ktorých sme zaznamenali pokles takmer o polovicu v porovnaní s rokom 2000-2002 a súčasnosti.
- Nestabilné politické, ekonomické a hospodárske prostredie negatívne ovplyvňuje životnú úroveň všetkých občanov, ako aj poskytovanie služieb.
- Demografické trendy priamo/nepriamo ovplyvňujú vývoj sociálnych služieb, dochádza k nepomeru medzi produktívnym a neproduktívnym obyvateľstvom, zvyšovaniu počtu ľudí v strednej dĺžke dožitia a k poklesu pôrodnosti.

4. Príležitosti:

- Zvýšený dopyt po poskytovaní dlhodobej starostlivosti zároveň zvyšuje potrebu a tlak na kvalitu sociálnych služieb, pričom všetky aspekty zmeny musia prioritne riešiť potreby odkázaného človeka.
- Prepojenie domácej, opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti v jeden komplexný fungujúci a adresný model zabezpečovania potrieb PSS je nevyhnutnou podmienkou udržateľnosti systému.
- Zabezpečovať včasnú prípravu domáceho prostredia pre prechod do domácej starostlivosti za podpory služieb z inštitúcií (nemocnica, hospic, kúpele).
- Zavedenie povinného poistenia na dlhodobú odkázanosť – sociálne zabezpečenie v starobe a v prípade odkázanosti, každý občan musí myslieť na svoju starobu a preto súhlasíme s odporúčaniami Inštitútu zamestnanosti, ktorý preferuje zavádzanie odvodov do fondu odkázanosti v čase, kedy je občan aktívny a produktívny, nie až vtedy, keď sa stane odkázaným na pomoc druhých.
- Iniciatívy na prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti – prvé kroky k vytvoreniu modelu starostlivosti podobnému v zahraničí.
- Implementácia inovatívnych metód a techník práce so seniormi a ľuďmi s postihnutím v zariadeniach umožňuje zvyšovať ich kvalitu života, ktorá je nevyhnutná na pozitívne prežívanie staroby.
- Vďaka Covid-19 sa zvýšilo povedomie verejnosti o potrebách seniorov, zvýšil sa počet grantových výziev špecificky zameraných na sociálne služby, grantové výzvy pre sociálne služby otvorili aj tie nadácie, ktoré predtým neprejavovali záujem o seniorov.

- Prijaté vládne mimoriadne opatrenia pre šírenie koronavírusu smerovali na ochranu zraniteľných skupín, medzi ktoré patria aj seniormi, čím sa upriamila pozornosť verejnosti odbornej i laickej, ako aj médií na aktuálny stav v sociálnych službách. To považujeme za pozitívny prínos, nakoľko tento sektor je dlhodobo poddimenzovaný vo viacerých sférach (finančne, ľudsky i sociálne) a doteraz mu nebola venovaná dostatočná pozornosť.
- Príležitosťou je aj implementácia pozitívnych príkladov dobrej praxe, ktoré sa osvedčili v zahraničí, kde dobre fungujú a majú želaný dopad na systém sociálnych služieb, ktorý je postavený na spolufinancovaní a viacdrojovom financovaní, ako aj podporuje zapojenie dobrovoľníkov do sociálnych služieb.
- Rozvoj dobrovoľníckych programov v sociálnych službách.

K 1.10.2020 vláda SR vyhlásila núdzový stav z dôvodu druhej vlny pandémie Covid-19 v zmysle ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu. Núdzový stav môže vláda vyhlásiť len za podmienky, že došlo alebo bezprostredne hrozí, že dôjde k ohrozeniu života a zdravia osôb, a to aj v príčinnej súvislosti so vznikom pandémie, životného prostredia alebo k ohrozeniu značných majetkových hodnôt v dôsledku živelnnej pohromy, katastrofy, priemyselnej, dopravnej alebo inej prevádzkovej havárie.

Dňa 29.9.2020 bol schválený Pandemický plán Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, ktorého súčasťou v prílohe č. 18 sú aj Pandemické semafore pre sociálne služby nasledovne:

1. semafor pre ambulantné sociálne služby
2. semafor pre pobytové sociálne služby
3. semafor pre výkon terénnej sociálnej práce v rómskej komunite
4. semafor pre pobytové SS krízovej intervencie a podpory rodiny s deťmi
5. semafor pre nocľahárne
6. semafor pre ambulantné sociálne služby krízovej intervencie
7. semafor pre pracovne a jedálne, semafor pre strediská osobnej hygieny
9. semafor pre zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa
10. semafor pre terénne sociálne služby a služby v projektových aktivitách

Poddimenzovaná formálna dlhodobá starostlivosť nadmerne zaťažuje neformálnych opatrovateľov, ktorým chýbajú podporné služby. Nedostatočne rozvinutá je následná zdravotná starostlivosť, ktorá umožňuje plynulý prechod zo zdravotnej do sociálnej starostlivosti a pomáha tak predchádzať rehospitalizáciám a pobytu na drahých akútnych lôžkach v nemocniciach. Potrebné je aj zvýšenie kapacít paliatívnej starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Slovensko trpí nedostatkom personálu a odchodom pracovníkov do zahraničia, oproti Česku chýba približne 30 % pracovníkov v sociálnych službách. Deinštitucionalizácia dlhodobej sociálnej starostlivosti je slabá a chýba meranie a hodnotenie kvality služieb. Neefektívnosť sa prejavuje v duplicitnom posudkovom systéme, slabej prevencii odkázanosti a neprehľadnom riadení a financovaní systému. (Heger, 2020)

Slovensko vo výdavkoch na starostlivosť o duševné zdravie výrazne zaostáva za ostatnými rozvinutými krajinami. Tento typ starostlivosti tvorí len 3 % z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť, kým priemer rozvinutých krajín je 7 – 8 %. Výsledky je možné zlepšiť prostredníctvom cielených preventívnych programov, vytvorením poradensko-psychologickej siete poradní, zvýšením dostupnosti komunitnej a psychoterapeutickej starostlivosti. (Heger, 2020)

Pri analýze súčasného stavu sociálnych služieb sme vychádzali z popisu činností jednotlivých zariadení, analyzovali sme rozsah a druhy sociálnych služieb na základe porovnania počtov ZSS medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi, použitím štatistických údajov z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, štúdiom výročných správ Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, ale aj použitím výročných správ OZ Prameň nádeje pôsobiaceho v sociálnych službách.

Na základe týchto analýz a vychádzajúc z existujúcej Koncepcie dlhodobej starostlivosti na Slovensku sme vytvorili SWOT analýzu, kde detailne popisujeme nedostatky a pozitívne stránky sociálnych služieb, upozorňujeme na ohrozenia, ktoré majú negatívny dopad na ich udržateľnosť a ponúkame príležitosti, v ktorých poskytujeme návrhy na zlepšenie. Uvedomujeme si, že sociálne služby ovplyvňuje mnoho faktorov, ktoré z pozície odborných pracovníkov nedokážeme zmeniť, avšak považujeme za dôležité upozorňovať na rozdiely v systéme sociálnej pomoci medzi jednotlivými regiónmi a krajinami Slovenska, čo potvrdzujú aj predkladané analýzy.

3.2 VPLYV PANDÉMIE NA ŽIVOTNÚ SPOKOJNOSŤ SENIOROV

Výskumy zahraničných autorov potvrdili, že pandémia mala výrazný dopad na začiatok starnutia, resp. urýchlila biologické zmeny v procese starnutia, nakoľko pod vyšším stresom seniori začali fyzicky i mentálne starnúť rýchlejšie v porovnaní s obdobím, ktoré nebolo spojené so stresom a strachom so šírenia nákazy z koronavírusu.

Človek počas života prechádza niekoľkými etapami a práve starobu môžeme označiť ako poslednú vývojovú fázu života. Všetky fázy na seba nadväzujú a každá z nich je z väčšej či menšej miery ovplyvnená predchádzajúcou etapou. Staroba nám prináša múdrosť, pocit naplnenia, ale na druhej strane aj úbytok energie a nevyhnutnú premenu osobnosti. (Vágnerová, 2007)

Mlýnková (2011) uvádza, že proces starnutia je daný úpadkom vo vývoji organizmu. Prejavy involučných zmien sú u jedincov individuálne. U niektorých osôb môžeme pozorovať involučné zmeny už pred nástupom senia. Prejavy staroby sa môžu objavovať už v produktívnom veku. Naopak u iných nie sú tieto zmeny viditeľné. Rýchlosť starnutia jednotlivca je vopred daná genetikou, ale môže byť ovplyvňovaná životným prostredím, stresovými faktormi, životným štýlom (výživou, životným tempom, náplňou voľného času, aktívnym či pasívnym pohybom) a sociálno-ekonomickými podmienkami. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Příbyla (2015, s. 10) vyjadril proces staroby ako „dôsledok a prejav involučných zmien, ktoré sú determinované geneticky, ale aj ďalšími faktormi, napr. chorobami, spôsobom života, životnými podmienkami.

Zahraničné výskumy ukazujú, že vplyvom pandemickej situácie sa výrazne znížila životná skupina ľudí vo vyššom veku a seniorov, ktorí sú odkázaní na sociálne služby. Výsledky výskumu deklaruje, že pandémia spojená so šírením koronavírusu dlhodobo negatívne pôsobila na psychický a fyzický stav seniorov, ktorí boli obmedzení na sociálny kontakt a nemali dostatok príležitostí na zmysluplné trávenie voľného času vo svojej komunite. 70% seniorov sa najviac obávalo sociálnych dôsledkov a dopadov izolácie, ktorá bola najvýraznejšia v prvej plne pandémii a so striedaním opatrení pokračovala aj v druhej a tretej vlne v roku 2022. (Kivi et al., 2021)

86% ľudí vo vyššom veku pociťovalo sociálne a psychické dôsledky, ktoré boli spojené s negatívnym emocionálnym prežívaním. (Kivi et al., 2021)

45% sa obávalo vo vyššej miere o svoje zdravie. 24% vo vyššej miere uvažovalo o smrti častejšie ako pred pandémiou. 25% sa obávalo finančných dôsledkov, výrazným

spôsobom pandémie zasiahla do schopnosti seniorov zabezpečovať si hygienické a protipandemické balíčky. 42% vyjadrilo obavu z negatívnych zdravotných dôsledkov po nákuze ochorením Covid-19. (Kivi et al., 2021)

71,2 % uviedlo vysokú úroveň sociálneho odstupu ako rizikový faktor pandémie koronavírusu v každej vlne, ktorá mala odlišný vplyv na vnímanie životnej spokojnosti. Výskum rovnako ukázal, že životný blahobyt zostal v roku 2020 v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi stabilný (životná spokojnosť a osamelosť bola vyššia) alebo sa dokonca zvýšili dimenzie ako napr. sebahodnotené zdravie a finančná spokojnosť u tých seniorov, ktorí ešte dokážu byť aktívny. Tieto výskumné zistenia však neplatia pre skupinu seniorov, ktorí sú odkázaní na poskytovanie sociálnych služieb. U tých výskum preukázal väčšie obavy o zdravie a finančné dôsledky súviseli s nižším skóre vo všetkých štyroch meraniach blahobytu. (Kivi et al., 2021)

Existujú rôzne teórie starnutia, pričom každá z nich stavia do popredia rôzne aspekty, najčastejšie ide o biologické faktory spojené so zmenami v biologických procesoch organizmu, funkčnosti jednotlivých orgánov a obmedzeniami mobility. Ďalej ide o psychologické teórie, ktoré spájajú starnutie nielen s úbytkom telesných, ale i duševných síl, dôležitú úlohu zohráva schopnosť seniora adaptovať sa nové situácie a dosiahnuť kontrolu nad vlastným životom. Medicínsky model vníma starnutie ako proces postupného vzniku a pridružovania chorôb, ktoré súvisia s poklesom funkcie imunitného systému, čo vedie k zvýšeniu výskytu autoimúnnych porúch vo vyššom veku. Psychologické teórie sa vzťahujú na zachovanie psychického naladenia a pozitívneho pohľadu na život v interakcii s inými ľuďmi, ktorí dokážu zvyšovať aktivitu seniora v prípadoch, kedy dochádza u neho k apatii, pasivite a letargii. (Balogová, 2005). Senior prežíva rôzne polarities, tie vyjadrujú životné naplnenie a/alebo životnú prázdnotu, ktoré sa so zvyšujúcim vekom stupňujú. (Hrozenská, 2008)

V ranom štádiu pandémie staršia populácia seniorov v priemere hodnotili svoj blahobyt nižšie alebo dokonca ešte nižšie ako v predchádzajúcich rokoch. Avšak tí, ktorí sa viac trápili a prežívali negatívne emócie, hlásili nižšiu mieru životnej pohody. Výskumné zistenia hovoria o odolnosti seniora, ale aj heterogenite medzi staršími dospelými počas pandémie. Je potrebný ďalší výskum širokého spektra zdravotných faktorov a dlhodobých psychologických dôsledkov, avšak vo všeobecnosti prežívanie životnej spokojnosti v období pandémie signifikantne súvisí s tým, akú mieru odolnosti vykazuje seniorov v bežných

životných situácií a do akej miery sa dokáže adaptovať na zmeny v starobe, ktoré súvisia s jeho zdravotným stavom i životným štýlom. (Kivi et al, 2021)

Adaptácia seniora súvisí s tým, ako zachováva, plní a rozvíja svoju zmenenú funkciu, ako sa zúčastňuje na živote rodiny, aké kontakty udržiava s inými ľuďmi, ako rozvíja svoje fyzické schopnosti či zabezpečuje starostlivosť o duševné zdravie v kontexte saturácie vlastnej hierarchie potrieb. (Koval, 2005)

V procese starnutia sa senior vyrovnáva s novými i očakávanými zmenami, pričom konečnou fázou je schopnosť úplne/čiastočne sa vyrovnat' a adaptovať na nové sociálne prostredie (napríklad zariadenie sociálnych služieb), v ktorom funguje a zastáva nové sociálne role (zmena z starého rodiča na užívateľa sociálnych služieb, prípadne pacienta), čo potvrdzuje Koval (2001, 2005). Na druhej strane je potrebné poukázať na skutočnosť, že adaptačný proces počas pandemickej situácie v sociálnych službách nebol dostatočne podporovaný, nakoľko v prvej vlne boli seniori prevažne izolovaní nielen od okolitého sveta, ale aj od interných voľnočasových či terapeutických aktivít v samotnom zariadení sociálnych služieb.

Podľa Kovala (2005) akceptácia nového stavu môže seniora pozitívne aktivizovať v prospech jeho nového životného štýlu. *Človek si musí vytvoriť podmienky pre vlastný život, podstatou ktorého je uvedomenie si jeho zmyslu*“ (Koval, 2001, s. 25). V druhej a tretej vlne pandémie bolo možné pozorovať čiastočne prispôbenie sa seniorov na pandemickú situáciu a opatrenia, ktoré sú s tým spojené, hoci množstvo seniorov nemalo prístup k adekvátnym službám, terapiám či zdravotnej starostlivosti mimo zariadenia, operačné a preventívne zákroky boli z časových dôvodov odkladané na ďalší rok.

V procese adaptácie na starnutie hrajú dôležitú úlohu adaptačné mechanizmy ktoré na psychologickej úrovni chránia osobnosť, udržiujú istý súlad medzi jej protichodnými tendenciami, uspokojujú jej emocionálne potreby, znižujú napätie a úzkosť, napomáhajú vyhnúť sa nebezpečenstvu, zvyšovať pocit istoty, ale tiež ukazujú realitu tak, aby bola pre človeka prijateľnejšia a menej stresujúca. (Šmidová a kol., 2013). V období pandemickej situácie, kedy prevládala neistota, strach a úzkosť, bolo dôležité, aby sa podporovala adaptabilita seniorov na opatrenia, ktoré bolo nutné vykonávať a zvyšovala sa ich schopnosť reagovať na zvýšené riziko infekčnosti zodpovedným prístupom. Adekvátne adaptácia seniora navyše sa prejavuje účelovými aktivitami v súlade s jeho potrebami seniora a zároveň nezasahujú neprimerane do potrieb iných ľudí (Šmidová a kol., 2013), adaptácia na pandemickú situáciu sa prejavovala akceptáciou opatrení, ich dodržiavaním a prispôbením sa novej situácii bez potreby ich obchádzania. Človek sa musí v starobe prispôbovať nielen

celému radu zmien vo vlastnom organizme, ale i mnohým vonkajším zmenám. Všetky tieto faktory sa podieľajú na tom, prečo sa jeden starší človek adaptuje na starobu lepšie a iný horšie. Adaptácia prebieha v starobe pomalšie a každá choroba či stres toto prispôsobovanie zhoršujú. (Kubalčíková 2015; Kasanová 2008)

Sociálna izolácia, reštrikčné opatrenia a obmedzenia v čase pandémie spôsobili dodatočný tlak na starších dospelých. (Ayalon et al., 2020). Psychologické dôsledky súvisiace so samotnou pandemiou, ale aj s rôznymi reakciami vlád na pandémiu, sú stále relatívne neznáme. Kvôli heterogenite odpovedí bude na úplné pochopenie následkov pre seniorov potrebný široký rozsah štúdií z rôznych oblastí, nakoľko je potrebné rozlišovať medzi dopadmi pandémie v prvej vlne a následne v ďalších fázach šírenia nákazy, pričom je potrebné brať do úvahy nepripravenosť na epidemiologickú situáciu v prvej vlne.

Autori štúdie (Ekroth, 2020; Cappelen et al., 2020) odhalili zistenia, že väčšie obavy o zdravie a finančné dôsledky súvisiace s pandemiou COVID-19 súviseli s nižším skóre spokojnosti so životom u seniorov ($\beta = -0,12/-0,17$, $p < 0,001$), finančnej spokojnosti ($\beta = -0,10/-0,25$, $p \leq 0,001$) a sebahodnotené zdravie ($\beta = -0,16/-0,08$, $p \leq 0,008$) a vyššie skóre osamelosti ($\beta = 0,09/0,13$, $p \leq 0,007$) bolo zaznamenané v porovnaní pred obdobím pandémie. Naopak, väčšia obava zo spoločenských dôsledkov súvisela s vyššou finančnou spokojnosťou ($\beta = 0,09$, $p = 0,003$) a menšou osamelosťou ($\beta = -0,08$, $p = 0,009$). Vyššie skóre sociálneho odstupe súviselo s vyššou spokojnosťou so životom ($\beta = 0,11$, $p < 0,001$), to znamená, že tí, ktorých netrápili finančné problémy pri zabezpečovaní vlastných potrieb a platieb za poskytované služby, vykazovali vyšší well-being. Spoločenské riziko a vnímané riziko infekcie významne súviseli so schopnosťou adaptácie na zmenné životné podmienky v spojitosti s pandemiou ($p > 0,001$).

Výskumné dáta zaznamenali rozdiely v osobnom prežívaní seniorov pred a počas pandémie. Zatiaľ čo miera životných obáv bola vo všeobecnosti mierna (seniori zmierení so starobou a jej dopadmi), COVID-19 u niektorých seniorov spôsobil obavy do takej miery, že to negatívne ovplyvnilo ich životnú pohodu. Tí, ktorí sa viac obávali negatívnych zdravotných a finančných dôsledkov, uvádzali nižší blahobyť, čo naznačuje, že socioekonomické dimenzie môžu ovplyvniť dopady pandémie (Cappelen et al., 2020). Prekvapivo, väčšie obavy z nepriaznivých účinkov na životné pomery, sociálne štruktúry a ekonomiku súviseli s vyšším blahobyťom, teda seniori s vyšším životným štandardom mali vyššie obavy spojené s uvedomovaním si globálnych dopadov pandémie vo svete. Celkovo to naznačuje, že zatiaľ čo mnohí starší dospelí zvládajú tieseň pandémie dobre, starší seniori

sú heterogénnou skupinou a niektorí starší sa obávajú do takej miery, že sa tým znižuje ich subjektívna životná pohoda. (Losada-Baltar et al., 2020)

Nedávne dôkazy naznačujú, že psychické zdravie sa počas pandémie COVID-19 zhoršilo, ale oveľa menej sa vie o zmenách v iných mierach blahobytu. Autorky Silvia Barcellos a kolektív (2021) vo svojej štúdii preskúmali zmeny v širokom súbore miery pohody medzi seniormi tesne pred a po rozpoznaní komunitného šírenia COVID-19. Do veľkej národnej online skupiny dospelých zapojili seniorov vo veku 60 až 68 rokov počas vlny prieskumu v období 1 vlny pandémie. V každej vlne prieskumu merali symptómy depresie, negatívny vplyv, pozitívne vplyvy, bolesť, spokojnosť so životom a sebahodnotené zdravie.

16 644 dospelých odpovedalo na otázky týkajúce sa pohody v 1. a 2. vlne nášho prieskumu (priemer [SD]: vek 64 [2,6]; 10 165 žien [61 %]). Zistili veľké (20%; $p < 0,001$) zvýšenie miery depresívnych symptómov (1,4 percentuálneho bodu; 95% CI, 0,97 až 1,86) a negatívnej nálady (0,225 škálových bodov; 95% CI, 0,205 až 0,245), ale žiadnu zmenu vo vlastnom zdravotnom stave a dáta tiež uvádzali pokles (12,5 %; $p < 0,001$) v miere samouvedenej bolesti (5 percentuálnych bodov; 95 % CI, -5,8 až -4,3). (Asmundson, 2020).

Depresívne symptómy a negatívne vplyvy pandémie sa zvýšili viac u žien v porovnaní s mužmi v seniorskom veku. Vyššie vnímané riziko získania COVID-19 a úmrtia na túto chorobu súviselo s väčším nárastom výskytu depresívnych symptómov a negatívneho afektu a väčším poklesom pozitívneho vplyvu a životnej spokojnosti. Aj keď sa depresívne symptómy a nálada počas pandémie COVID-19 zhoršili, iné miery život pohody, buď neboli materiálne ovplyvnené, alebo sa dokonca zlepšili. Z tohto vyplýva, že pandémia zasiahla viac mentálne zdravia v porovnaní s fyzickým zdravím, ako berieme do úvahy existenciu polymorbídnych syndrómov u seniorov vo všeobecnosti. (Barcellos a kolektív, 2021).

Na základe výpovedí prijímateľov a zamestnancov v zariadení sociálnych služieb mala pandémia výrazný vplyv na tri úrovne mentálneho zdravia a to v rôznych formách a intenzite:

- **Fyzická úroveň** mentálneho zdravia: celkové zhoršenie zdravotného stavu kombináciou chronických ochorení vzniknutých pred pandémiou a pôsobením negatívnych dopadov samotného ochorenia Covid-19 na zdravotný stav klientov, rýchlejší nástup fyzického starnutia z dôvodu dlhodobého prežívania stresu, zvýšenej miery pasivity, imobility a odkladania preventívnej lekárskej starostlivosti.

- **Psychická úroveň** mentálne zdravia: zvýšený výskyt úzkostných stavov, negatívnych pocitov, agresivity, psychickej nepohody, straty zmyslu života, zvýšený strach zo smrti či znížené vôľové schopnosti.
- **Emocionálno-sociálna úroveň** – celkový pocit zníženej životnej spokojnosti v dôsledku dlhotrvajúcich opatrení, vyššie negatívne prežívanie a sociálna izolácia, prerušenie sociálnych a rodinných kontaktov, znížené príležitosti na kultúrne vyžitie a voľnočasové aktivity či odklon od realizácie niektorých terapií, ktoré sa predtým bežne vykonávali.

Štúdia Brooks a Webster (et al., 2020) sa venuje psychologickým, sociálnym a ekonomickým dopadom na človeka, ktorý absolvoval karanténu pre Covid-19. Psychologické účinky v období po karanténe môžu zahŕňať značné socioekonomické ťažkosti a psychologické príznaky v dôsledku strát sociálnych kontaktov, istôt a financií. Ďalším negatívnym javom je stigmatizácia a spoločenské odmietnutie tých ľudí, ktorí sú v karanténe, tí čelia rôznym formám diskriminácie, vyhýbaniu sa, neistoty a predsudkov vo svojom prostredí, čím sa ich negatívne pocity umocňujú a prehlbujú (Lee et al., 2005).

Covid-19 vyvoláva strach obzvlášť u starších ľudí, ktorí sú rizikovou skupinou. Medzi ďalšie psychologické vplyvy patrí úzkosť, podráždenosť a nadmerný pocit stresu alebo hnevu (Li Q, Guan X, 2020), ktorí sa môže objaviť u starších ľudí, pokiaľ sú dezinformovaní a zmätení. Starší ľudia s poruchami kognitívnych funkcií sú vo väčšej miere znepokojení, emocionálne rozrušení a sociálne utiahnutí, nakoľko nevedia objektívne a racionálne zhodnotiť aktuálnu situáciu v spojitosti s Covid-19, z tohto dôvodu si ich potreby vyžadujú osobitnú pozornosť (Lloyd-Sherlock et al., 2020). Fyzické cvičenie a sociálne terapie môžu byť vhodnou aktivitou nielen na udržanie dobrého fyzického zdravia, ale aj na potlačenie psychologických dopadov v súvislosti so zavádzaním mimoriadnych opatrení (Jiménez-Pavón et al., 2020).

Svet bol svedkom mnohých epidémií a pandémie, ktoré ovplyvnili tisíce až milióny životov. Napriek nášmu pokroku v medicíne a výskume čelíme novým patogénom, ktoré ohrozujú ľudské životy, globálnu ekonomickú bezpečnosť a systém zdravotnej starostlivosti. Závažný akútny respiračný syndróm koronavírus-2 (SARS-CoV-2) je nový koronavírus, ktorý bol prvýkrát identifikovaný v provincii Wuhan a ovplyvnil globálne celý svet. Dopady nového koronavírusu nie sú len psychologické vo vzťahu k jednotlivcom, ale predovšetkým

ide o dopady ekonomické, hospodárske a globálne, ktoré negatívnym spôsobom determinovali politiku, trh práce i zahraničný obchod.

Z pohľadu poskytovania sociálnych služieb priniesol koronavírus nové prístupy v starostlivosti o seniorov, pandemické a karanténne opatrenia, akčné plány a krízové stratégie, odrazu sa spoločnosť začala viac zaujímať o tých, ktorí sú odkázaní na sociálne služby a vyhlásením mimoriadnej situácie v prvej vlne Covid-19 vznikli aj iniciatívy na pomoc seniorom – s nákupmi, obstaraním liekov, rúšok či zvýšenej starostlivosti a hygieny. Covid-19 priniesol však aj veľa negatívnych faktorov, ktoré prispeli k šíreniu psychosociálnych dopadov na kvalitu života seniorov.

Štúdia Dubey et al. (2020) zhŕňa psychosociálne dopady, ktoré súvisia s karanténnymi opatreniami, bezpečnostno-hygienickými opatreniami a mimoriadnou situáciou pre Covid-19:

Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Starší ľudia	- Podráždenosť, hnev, strach, úzkosť, kognitívne úpadky - Deprivácia z vopred naplánovaných reštrikcií a celoplošných opatrení - Ťažkosti v prístupe k liekom z dôvodu obmedzení, karantény, lockdown - Sťažený prístup k zdravotnej a sociálnej starostlivosti - Pocity neistoty, strach zo smrti - Narušené mentálne zdravie	- Sociálna izolácia - Strata kontaktov - Obmedzenie návštev rodinných príslušníkov a známych - Pocity samoty a opustenosti - Sociálny úpadok
Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Psychiatrickí pacienti	➤ Posttraumatická stresová porucha ➤ Úzkosti, depresie, vnútorné napätie ➤ Rozvoj závislosti ➤ Panika, osamelosť, beznádej ➤ Sťažené psychiatrické sledovanie	➤ Odmietanie liekov ➤ Sociálna izolácia ➤ Strata životných istôt a príjmu v prípade chráneného pracoviska ➤ Obmedzená činnosť
Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Marginalizované skupiny	• Depresia, STRES, • Strach z nakazenia • Finančná neistota • Stigma diskriminácie • Zdravotná kriminalita	• Domáce násilie v rodinách • Nepokoje v rómskych osadách • Nízky sociálny a hygienický štandard • Šírenie dezinformácií
Jednotlivci	Psychologické dopady	Sociálne dopady
Pacienti s migrénou	✓ Zvýšená frekvencia migrén počas pandémie a opatrení ✓ Poruchy spánku a stravovacích návykov ✓ Úzkosti, depresie vo zvýšenej miere ako zvyčajne u týchto pacientov ✓ Nedostatok fyzickej aktivity ✓ Nedostatok relaxácie	✓ Nižšie pracovné uplatnenie ✓ Znížený finančný príjem ✓ Odmietanie na pracovisku ✓ Obmedzená komunikácia so sociálnym prostredím ✓ Obmedzené kontakty ✓ Disharmónia v režime dňa ✓ Narušené mentálne zdravie

S cieľom lepšieho riešenia naliehavých a nenaplnených psychosociálnych problémov rôznych populačných oblastí počas pandémie COVID-19 by sa mal vyvinúť nový model prevencie a intervenčných psychosociálnych kríz s využitím internetu a vhodných technológií, ktoré zmiernia psychosociálne dopady koronavírusu na seniorov.

Dopady mimoriadnych opatrení v súvislosti s pandemiou Covid-19 mali značný dosah na viaceré sféry života občanov a fungovanie sociálnych služieb, ktoré môžeme rozdeliť takto:

1. **Dopady vo vzťahu ku prijímateľom** sociálnych služieb, tie môžeme charakterizovať na základe osobných, psychických, zdravotných a spoločenských dopadov v spojitosti so sociálnou izoláciou a obmedzením aktivít.
2. **Dopady vo vzťahu k zamestnancom ZSS**, pandémia ovplyvnila nielen výkon pracovnej činnosti zamestnancov, ale mala aj negatívny dopad, sa ukázal v oblasti ich fyzického a psychického zdravia, vyššie výskytu rizika syndrómu vyhorenia, vyššej fluktuácie zamestnancov či narušenia pracovných vzťahov.
3. **Dopady vo vzťahu k poskytovateľovi sociálnych služieb** – nutnosť zaviesť mimoriadne opatrenia v krátkom časovom období, zabezpečovanie OOP dlhodobé trvanie Pandemického plánu a Krízového plánu manažmentu sociálnych služieb, zmena režimu zariadenia, zložitá zabezpečovanie financovania testovania, ochranných pomôcok a ďalších opatrení zavedených v súvislosti s bojom s koronavírusom.
4. **Dopady vo vzťahu k rodine prijímateľa** - šírené bezinformácie, nemožnosť rodinných príslušníkov viac ako jeden rok navštevovať zariadenie, pocity neistoty a strachu o seniorov, úmrtie prijímateľov SS.

Na druhej strane z pohľadu poskytovania sociálnych služieb priniesol koronavírus nové prístupy v starostlivosti o seniorov, pandemické a karanténne opatrenia, akčné plány a krízové stratégie, odrazu sa spoločnosť začala viac zaujímať o tých, ktorí sú odkázaní na sociálne služby, zariadenia zaviedli aj novinky napríklad digitálne vzdelávanie, online hovory s rodinami cez ZOOM, implementáciu krízových plánov v praxi a ich zvládanie, ktorým nadobudli tréning na zvládanie prípadných ďalších podobných epidemiologických situácií.

3.3 VÝSKUMNÉ ZISTENIA

Popis výskumného problému

Pandémia spojená so šírením ochorenia Covid-19 zasiahla globálne krajiny v rámci i mimo európskeho priestoru, pričom rizikovými skupinami sa stali práve starší ľudia, seniори a chronicky chorí. Pandemická situácia zasiahla svet nepripravený, rovnako tak aj poukázala na nedostatky v systéme sociálnych služieb, kde chýbali predovšetkým personálne kapacity, finančné prostriedky na nákup ochranných pomôcok a ukázala značná potreba ochraňovať ľudské práva tých, ktorí si ich nedokážu obhajovať sami, sú to predovšetkým prijímatelia sociálnych služieb s rôznymi životnými situáciami. Úlohou sociálnych pracovníkov je podporovať starších ľudí s potrebou dlhodobej starostlivosti, chrániť starších ľudí ohrozených pred poškodením ich ľudskej dôstojnosti, riešiť systematickú diskrimináciu aj diskrimináciu súvisiacu so starostlivosťou a obhajovať právne a ľudské práva starších ľudí, ktorí tak nedokážu urobiť sami. V opačnom prípade dochádza u seniorov k znižovaniu úrovne fyzického, psychického a sociálneho mentálneho zdravia.

V celej Európe sa vyžaduje prijatie kritického a radikálneho prístupu k sociálnej starostlivosti o prijímateľov sociálnych služieb tak, aby ich životná spokojnosť a pohoda boli primerané ich potrebám. Sociálni pracovníci musia získať späť svoj mandát v oblasti ochrany ľudských práv svojich klientov, ako aj uznávané postavenie v spoločnosti, aby dokázali adekvátne reagovať na rôznu typológiu problémov a potrieb klientov ako aj prijímať opatrenia v súvislosti s pandemickými výzvami a spoločenskými krízami determinujúce kvalitu poskytovaných služieb, spolupracovať s multidisciplinárnymi tímami a s rodinami klientov na získanie profesionálnej dôveryhodnosti sociálnej práce so staršími ľuďmi.

Zariadenia pre seniorov sú súčasťou širšieho systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti. Aj keď sa tieto systémy môžu v európskych krajinách do určitej miery líšiť, Covid-19 odhalil vážne dlhodobé štrukturálne deficity vo sieti zabezpečovania sociálno-zdravotnej starostlivosti a opatrovania pre seniorov, tieto služby sú slabo financované a podfinancované a sektor je roztrieštený a infraštruktúrne slabý. Formy opatrovateľskej starostlivosti sú oddelené od služieb zdravotnej starostlivosti z hľadiska poskytovania, financovania a riadenia.

Na vrchole pandémie existovali obavy, ako sa zdravotnícke služby vyrovnajú s rastúcim počtom pacientov v kritickom stave, a boli vznesené otázky o tom, ako možno starších pacientov „triediť“, aby sa zabezpečilo, že zdroje budú využívané čo najefektívnejšie. Sociálne služby však zostali bez potrebných opatrení, tie prichádzali postupne, zavádzali sa karanténne opatrenia, týždenné smeny, obmedzenie terapií či sociálnych kontaktov, prevážanie pacientov zo zariadení do nemocníc bolo limitované, zvažovalo sa o reprofilizácii lôžok medzi zariadeniami tak, aby zostala zachovaná nonstop služba.

Ciele výskumu

Výskumný problém sa dotýka systému zabezpečovania sociálnych služieb pre zraniteľné skupiny občanov na základe dôchodkového veku, ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu občanov, ktorí sú odkázaní na pomoc druhej osoby a vyžadujú si dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť v zariadení sociálnych služieb a to pobytovou formou. Na základe výskumného problému sme sformulovali tieto ciele výskumu:

- Analyzovať úroveň životnej spokojnosti u seniorov vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb.
- Poznať rozdiely v úrovniach mentálneho well-being u seniorov a vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb počas pandémie Covid-19.
- Zistiť dopady pandémie Covid-19 na mentálne zdravie seniorov vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb.

Hypotézy výskumu

Za účelom mapovania a analýzy výskumného problému sme si stanovili nasledovné hypotézy, ktoré sme verifikovali pomocou štatistického programu SPSS na základe hladiny signifikancie $p \geq 0.05$.

H1: Existuje vzťah medzi životnou spokojnosťou a vekom ako aj mierou vplyvu pandémie.

H2: Existujú rozdiely medzi úrovňami mentálneho well-being medzi skúmanými skupinami výskumnej vzorky

Metodológia výskumu

Zber dát sa realizoval v roku 2022 na základe nástroja kvantitatívneho výskumu, kedy sme použili dotazník, ktorý bol orientovaný na tieto výskumné oblasti:

- Demografické údaje o respondentoch;
- Subjektívna úroveň životnej spokojnosti;
- Vplyv pandémie na jednotlivé úrovne mentálneho well-being/zdravia u prijímateľov i zamestnancov;
- Vplyv pandémie na aspekty pri poskytovaní sociálnych služieb vo vybraných zariadeniach.

Dotazník bol špecificky vytvorený na základe aktuálnej situácie v sociálnych službách v spojitosti so šírením ochorenia Covid-19 a otázky v dotazníku boli vytvorené tak, aby boli zrozumiteľné aj pre seniorov v zariadeniach, z toho dôvodu sme sa na jednotlivé dimenzie mentálneho zdravia pýtali na základe škálovacích otázok, kde mali respondenti možnosť označiť odpovede na stupni 1-6, pričom 1 znamenala veľmi mierny vplyv a 6 znamenala veľmi vysoký vplyv konkrétneho aspektu na úroveň mentálneho zdravia či životnú spokojnosť.

Dotazník obsahoval špecifické otázky orientované na úroveň životnej spokojnosti a mentálneho well-being/zdravia, ktoré sme analyzovali na základe

- Fyzické aspekty mentálneho well-being zahŕňajú fyzické aktivity, zdravotný stav, prístup k preventívnym prehliadkam, motivácia a aktivizácia, aspekty mobility a pohybu i ďalšie.
- Psychologické aspekty zahŕňajú schopnosť vyrovnáť sa so stresormi/prispôbiť sa zmenám v každodennom živote, emocionálnu stabilitu, prispôbovať sa zmenám, vrátane stability, vnútorné prežívanie a pocity.
- Sociálne/environmentálne aspekty: jadrom tohto konceptu duševného zdravia sú sociálne aspekty, ktoré odrážajú život ľudí v zariadeniach SS vrátane miery osobných vzťahov a vplyvu prostredia či využitie voľného času.
- Duchovná zložka mentálneho zdravia, ktorá zahŕňa prístup k bohoslužbám, komunikáciu s kňazom, biblioterapiu či iné spirituálne aktivity počas pandémie.
- Životná pohoda: je založená na aspektoch sebaúcty, sebavedomia, pozitívneho myslenia, emocionality a subjektívneho vnímania životnej spokojnosti.

Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorili dve skupiny respondentov, nakoľko sa výskum realizoval v 4 zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov, do vzorky sme zahrnuli, celkový počet respondentov tvorilo 105 seniorov :

1. Prijímateľov vo vybraných zariadeniach v Nitrianskom a v Bratislavskom kraji s pobytovou a ambulantnou službou
2. Prijímateľov sociálnych služieb so schopnosťou odpovedať na otázky v dotazníku na základe určenej vekovej hranice do 70-75 rokov.

Zariadenia pre seniorov sú najrozšírenejšou formou pobytových sociálnych služieb. V nich okrem opatrovateľských služieb, stravovania, hygienickej a ošetrovateľskej starostlivosti sa poskytujú terapeutické činnosti pod vedením sociálneho pracovníka alebo terapeuta, ktorí sú každodennými spoločníkmi pre seniorov. Sociálny pracovník je neoddeliteľnou súčasťou agendy a aktivít v zariadení, ktorý determinuje emocionálne prežívanie a kvalitu života seniorov, pre nich sa zariadenie stáva miestom na dožitie a prežívanie staroby. Pandémia Covid-19 ovplyvnila obe skupiny ambulantných i pobytových prijímateľov odlišným spôsobom, respondenti pociťovali obmedzenia z pohľadu zabezpečovania starostlivosti a prijímatelia vnímali tieto zmeny najmä v súvislosti s duchovnou, psychickou a fyzickou zložkou mentálneho zdravia.

Tabuľka 1 Charakteristika vzorky na základe miesta pôsobnosti ZSS

			Status		
			Prijímateľ pobytové ZSS	Prijímateľ ambulantné služby	
Kraj	NR kraj	Count	49	24	73
		% within status	68,1%	72,7%	69,5%
	BA kraj	Count	23	9	32
		% within status	31,9%	27,3%	30,5%
Total		Count	72	33	105
		% within status	100,0%	100,0%	100,0%

VÝSLEDKY A DISKUSIA

V tejto časti poskytneme výsledky výskumu, ktoré sme analyzovali použitím štatistického programu SPSS a testovali hypotézy na základe hladiny signifikancie menšej ako 0,05. Vychádzame zo stanovených hypotéz:

H1: Existuje vzťah medzi životnou spokojnosťou a vekom ako aj mierou vplyvu pandémie.

Dimenziu životnej spokojnosti sme testovali na základe štyroch úrovní, pričom sa ukázalo, že vysokú mieru životnej spokojnosti dosiahlo 15,3% prijímateľov pobytových služieb a 12,1% ambulantných pri uspokojovaní základných životných potrieb podľa Maslovej pyramídy potrieb. Fyzická úroveň životnej spokojnosti, ktorá zahŕňa aspekty zdravotného stavu, fyzickej aktivity, mobility a dostupnosti zdravotnej starostlivosti bola hodnotená prijímateľmi na úrovni 22,2% a ambulantnými prijímateľmi na úrovni 15,2% ako uspokojivá. Psychická a sociálna úroveň životnej spokojnosti bola hodnotená na úrovni 30,5% v priemere u oboch skupín prijímateľov sociálnych služieb.

Tabuľka 2 Miera životnej spokojnosti u prijímateľov

		Status		Total
		Prijímateľ pobytové služby	Prijímateľ ambulantné služby	
Fyzická	Count	16	5	21
	%	22,2%	15,2%	20,0%
Psychická	Count	20	12	32
	%	27,8%	36,4%	30,5%
Sociálna	Count	20	12	32
	%	27,8%	36,4%	30,5%
základné potreby	Count	11	4	15
	%	15,3%	12,1%	14,3%
Iné	Count	5	0	5
	%	6,9%	,0%	4,8%
Total	Count	72	33	105
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Mieru životnej spokojnosti sme zisťovali aj na základe veku respondentov. Hladina signifikancie $p=0,014$ potvrdila, že existuje vzájomný vzťah medzi mierou životnej spokojnosti a vekom. Výsledky výskumu ukázali, že so stupňujúcim vekom klesá aj miera životnej spokojnosti, ktorú respondenti hodnotili na miernej až strednej úrovni.

U prijímateľov sa miera životnej spokojnosti vo veku 70-75 rokov nachádzala na úrovni 31,4%, pričom nízku mieru životnej spokojnosti uviedlo až 52,8% z nich (tabuľka dole).

Tabuľka 3 Korelácia životná spokojnosť a vek

Vek		Životná spokojnosť			Total
		nízka-mierna	mierna-stredná	stredná-vysoká	
30-40	Count	1	4	0	5
	%	2,8%	8,0%	,0%	4,8%
41-50	Count	6	4	3	13
	%	16,7%	8,0%	15,8%	12,4%
51-59	Count	4	17	7	28
	%	11,1%	34,0%	36,8%	26,7%
60-69	Count	6	16	4	26
	%	16,7%	32,0%	21,1%	24,8%
70-75	Count	19	9	5	33
	%	52,8%	18,0%	26,3%	31,4%
Total	Count	36	50	19	105
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,167 ^a	8	,014
Likelihood Ratio	20,434	8	,009
Linear-by-Linear Association	2,613	1	,106
N of Valid Cases	105		

Životná spokojnosť sa ukázala byť determinovaná covid-19 situáciou, čo potvrdzuje aj hladina signifikancie $p=0,00$. Výsledky výskumu potvrdili vzťah medzi životnou spokojnosťou a mierou vplyvu opatrení v spojitosti s pandémiou koronavírusu. Respondenti, ktorí uviedli strednú úroveň životnej spokojnosti, súhlasili s tým, že pandémia mala vplyv na ich život na úrovni strednej, čo potvrdilo 68,0% z nich (tabuľka 2). Na druhej strane tí respondenti, ktorí hodnotili svoju životnú úroveň na strednom až vysokom stupni potvrdili, že miera vplyvu pandémie na ich život bola napriek tomu stredná až vysoká, čo vyjadriло 78,9% z nich. Môžeme teda usudzovať, že aj tí respondenti, ktorí pociťujú relatívne dobrú spokojnosť so životom priznali, že pandémia negatívnym spôsobom zasiahla ich každodenný život.

Tabuľka 4 Korelácia vplyvu pandémie a životnej spokojnosti

Životná spokojnosť		Pandémia			Total
		nízka-mierna	mierna-stredná	stredná-vysoká	
nízka-mierna	Count	20	10	0	30
	%	55,6%	20,0%	,0%	28,6%
mierna-stredná	Count	14	34	4	52
	%	38,9%	68,0%	21,1%	49,5%
stredná-vysoká	Count	2	6	15	23
	%	5,6%	12,0%	78,9%	21,9%
Total	Count	36	50	19	105
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,123 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	53,166	4	,000
Linear-by-Linear Association	38,477	1	,000
N of Valid Cases	105		

Hypotézu H1 prijímame na základe potvrdených hladín signifikancie v testovacích otázkach v dotazníku, ktoré uvádzame vyššie.

H2: Existujú rozdiely medzi úrovňami mentálneho well-being medzi skúmanými skupinami výskumnej vzorky.

Na základe výsledkov výskumu a posudzovania 4 úrovní mentálneho well-being hodnotíme, že existujú rozdiely medzi prijímateľmi pobytovými a ambulantnými zapojených do starostlivosti v sociálnych službách, pričom hladina signifikancie potvrdzuje významný vzťah $p=0,005$. Z pohľadu prijímateľov v čase druhej vlny pandémie bola najviac ovplyvnená fyzická zložka mentálneho well-being (38,9%). Na základe škálovania úrovní mentálneho well-being, respondenti ambulantných ZSS uviedli, že najsilnejší dopad mala pandémie na psychickú úroveň (54,5%) a sociálnu úroveň (36,4%) mentálneho well-being.

Spirituálna zložka sa vo väčšej miere dotkla prijímateľov pobytových služieb v porovnaní s seniormi s ambulantnou sociálnou službou (14,3%) Hypotézu H2 prijímame.

Tabuľka 5 Posudzovanie úrovne mentálneho well-being

		Status		Total
		Prijímateľ Pobytové služby	Prijímateľ ambulantné služby	
Fyzické	Count	17	4	21
	% within status	23,6%	12,1%	20,0%
Psychické	Count	25	17	42
	% within status	34,7%	51,5%	40,0%
Sociálne	Count	18	9	27
	% within status	25,0%	27,3%	25,7%
Duchovné	Count	12	3	15
	% within status	16,7%	9,1%	14,3%
Total	Count	72	33	105
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,460 ^a	2	,005
Likelihood Ratio	11,810	2	,003
Linear-by-Linear	4,596	1	,032
N of Valid Cases	105		

Skúmame vplyvu pandémie COVID-19 na výskyt problémov duševného zdravia u staršej populácie v komunitách dôchodcov v zariadeniach sociálnych služieb sa ukázalo ako významné. Ochorením COVID-19 sú vystavení najmä starší dospelí a staršia populácia je náchylnejšia na komorbidity, ktoré môžu ovplyvniť ich kontrakciu COVID-19. Narušenie miery duševného zdravia na úrovni psychického a sociálneho mentálneho zdravia sa potvrdilo aj u pracovníkov, ktorí so seniormi denne pracujú v zariadeniach SS.

H2a: Existujú rozdiely pri posudzovaní úrovne fyzického mentálneho well-being /zdravia medzi jednotlivými skupinami seniorov, ktorí sú poskytované pobytové služby v zariadení a skupinami prijímateľov ambulantných SS počas pandémie Covid-19.

Hladina signifikancie $p=0,042$ potvrdila rozdiely medzi pobytovými a ambulantnými prijímateľmi sociálnych služieb vo fyzickej zložke mentálneho well-being. Prijímatelia v menšej miere (37,5%) pociťovali zhoršenie fyzickej úrovne mentálneho zdravia v porovnaní s prijímateľmi s ambulantnými službami (57,6%), čo môže byť spôsobené dlhodobým nedostatkom pracovných síl v sociálnych zariadeniach, fyzickým vyčerpaním pri starostlivosti o seniorov, nedostatočným ohodnotením výkonu profesie v sociálnych službách, ale aj nedostatkom prevádzkových a personálnych kapacít počas pandémie koronavírusu, ktoré znížili kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Tabuľka 6 Korelácia fyzickej úrovne mentálneho well-being u respondentov

Fyzická úroveň mentálneho well-being				
		Status		Total
		Prijímateľ Pobytové služby	Prijímateľ ambulantné služby	
nízka-mierna	Count	27	12	39
	%	37,5%	36,4%	37,1%
mierna-stredná	Count	27	19	46
	%	37,5%	57,6%	43,8%
stredná-vysoká	Count	18	2	20
	%	25,0%	6,1%	19,0%
Total	Count	72	33	105
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,351 ^a	2	,042
Likelihood Ratio	7,203	2	,027
Linear-by-Linear Association	1,342	1	,247
N of Valid Cases	105		

Vplyv pandémie na sociálnu zložku well-being

Dlhodobejšie účinky COVID-19 môžu zvýšiť mieru porúch duševného zdravia, ako je dlhotrvajúca porucha smútku, depresia a úzkosť či neschopnosť zaradiť sa do kolektívu po dlhšej sociálnej izolácii či adaptovať sa na zmenené podmienky v zariadení v porovnaní s domácim prostredím v období adaptácie v ZSS. Pozitívne krátkodobé výsledky medzi

staršími dospelými nemusia nevyhnutne zachytávať heterogenitu výsledkov na úrovni jednotlivcov alebo prostredí (napr. domovy dôchodcov, zariadenia asistovaného bývania). Podľa niektorých výskumov seniori môžu vykazovať lepšiu úroveň sociálneho zdravia v porovnaní s pracovníkmi, ktorí im poskytujú starostlivosť.

Prijímatelia uvádzali najvýznamnejšie dopady pandémie, ktoré viedli k sociálnej izolácii, obmedzeniu kontaktov, k nemožnosti vykonávať bežné aktivity tak, ako boli zvyknutí vo voľnom čase, mnohé aktivity boli počas prvej a druhej vlny pozastavené, kultúrne podujatia sa realizovali obmedzene len 1-krát do roka. Covid opatrenia, zmeny pracovných a sociálnych podmienok v starostlivosti o seniorov v zariadení vnímali respondenti ako významné (27,3%). Prijímatelia v pobytových ZSS vnímali sociálnu izoláciu horšie v porovnaní s ambulantnými klientmi (26,4%:15,2%). Poukázali na zmeny v prostredí sociálnych služieb, ktoré ovplyvnili samotné terapie, bežné činnosti i systém práce pracovníkov či mieru spolunažívania medzi prijímateľmi v ZSS.

Tabuľka 7 Dopady pandémie

		Status		Total
		Prijímateľ Pobytové služby	Prijímateľ ambulantné služby	
Terapie	Count	7	9	16
	% within status	9,7%	27,3%	15,2%
sociálne kontakty	Count	19	5	24
	% within status	26,4%	15,2%	22,9%
voľný čas	Count	20	4	24
	% within status	27,8%	12,1%	22,9%
Prostredie	Count	16	6	22
	% within status	22,2%	18,2%	21,0%
covid opatrenia	Count	10	9	19
	% within status	13,9%	27,3%	18,1%
Total	Count	72	33	105
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%

Hladina signifikancie $p=0,811$ nepotvrdila signifikantný vzťah medzi vplyvom pandémie koronavírusu a dopadmi na úrovni sociálnej dimenzie mentálneho well-being. Zmeny, ktoré respondenti označili z ich subjektívneho vnímania ako významné sme zoradili nasledovne na základe strednej až vysokej miery vplyvu pandémie:

- Systém práce a činnosti v ZSS - 21,1%
- Charitatívno-dobrovoľnícke aktivity – 26,3%
- Medziľudské vzťahy medzi prijímateľmi navzájom, ale aj medzi zamestnancami a užívateľmi sociálnych služieb – 26,3%
- Práca s rodinou a sociálnym prostredím - 21,1% ,najmä v súvislosti s epidemiologickými opatreniami a 5,3% uviedlo zmeny v sociálnych službách, covid-19 opatrenia, testovanie, očkovanie.

Tabuľka 8 Miera sociálnej úrovne mentálneho well-being

		Vplyv pandémie			Total
		nízka-mierna	mierna-stredná	stredná-vysoká	
Systém práce a činnosti v ZSS	Count	3	9	4	16
	%	8,3%	18,0%	21,1%	15,2%
Charitatívno-dobrovoľ.aktivity	Count	9	10	5	24
	%	25,0%	20,0%	26,3%	22,9%
Medziľudské vzťahy	Count	8	11	5	24
	%	22,2%	22,0%	26,3%	22,9%
Práca s rodinou a sociálnym prostredím	Count	8	10	4	22
	%	22,2%	20,0%	21,1%	21,0%
Zmeny, krízový manažment, covid opatrenia	Count	8	10	1	19
	%	22,2%	20,0%	5,3%	18,1%
Total	Count	36	50	19	105
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,488 ^a	8	,811
Likelihood Ratio	5,300	8	,725
Linear-by-Linear	2,524	1	,112
N of Valid Cases	105		

Výsledky nami realizovaného výskumu ukázali, že mentálneho zdravia a well-being seniorov na zhoršilo predovšetkým na úrovni fyzického a psychického zdravia, signifikantné rozdiely sa nepotvrdili len na úrovni sociálnej dimenzie mentálneho well-being a duševnej pohody. Podobné výsledky sme zaznamenali aj u ambulantných klientov v sociálnych službách, u ktorých sa zhoršila úroveň psychického a sociálneho mentálneho zdravia. Výpovede respondentov prezentujú, že celkové duševné zdravie sa od začiatku pandémie koronavírusu zhoršilo, v oblasti psychického zdravia sa objavilo zníženie miery životnej pohody najmä z dôvodu nárastu psychických problémov, depresívnych symptómov, pocitov nepohody, životnej neistoty a strachu, seniori vykazovali horší spánok, nespokojnosť a stavy úzkosti. Takmer polovica dospelých respondentov uviedla, že sa cítili pravidelne vystresovaní a izolovaní od ostatných, pretože pandémia pretrhala vzťahy s rodinami a priniesla vyššie životné neistoty aj pre bežné rodiny, o ktoré mali prirodzene obavy. Tieto príznaky boli bežné a častejšie ich pociťovali ženy a seniori s horším fyzickým zdravím. Aspekty vedúce k horšiemu duševnému zdraviu v tomto období zahŕňali problémy súvisiace s pandemiou (sociálna izolácia, testovanie, hoaxy, obavy z choroby, úmrtnosť), ako aj stres z ekonomických a sociálnych dôsledkov, či zmeny v systéme starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb-zavedením pandemických semaforov.

Potvrdzuje to aj zahraničná štúdia Univerzity Michigan z roku 2021, ktorá uvádza, že dvaja z troch dospelých vo veku 50 – 80 rokov (65 %) ohodnotili svoje duševné zdravie ako vynikajúce alebo veľmi dobré, 27 % ako dobré a 8 % ako dobré alebo zlé. Len málo starších dospelých (5 %) uviedlo, že ich celkové duševné zdravie bolo lepšie v porovnaní s obdobím pred pandemiou a 18 % uviedlo, že je horšie. Hlásenie horšieho duševného zdravia od začiatku pandémie bolo bežnejšie u žien, vo veku 50 – 64 rokov, u žien s vyšším vzdelaním a u tých, ktoré hodnotili svoje fyzické zdravie ako dobré alebo slabé. Približne jeden z piatich starších dospelých (19 %) ohodnotil svoje celkové duševné zdravie ako lepšie v porovnaní s obdobím pred 20 rokmi, 62 % ho hodnotilo rovnako a 19 % uviedlo, že je jeho úroveň znížená. (Gerlach et al, 2021).¹

Sociálna izolácia, ktorá je pre mnohých starších ľudí nevyhnutným dôsledkom zakuklenia, môže mať dlhodobý vplyv na zdravie v neskoršom veku. Sociálne izolovaní starší ľudia skutočne častejšie vyjadrovali pocity ako osamelosť, smútok a narušený spánok, zároveň sa očakávala vyššia pravdepodobnosť vzniku depresie a psychických ťažkostí. Seniori v období pandémie venujú menej času fyzickej aktivite a viac sedavým aktivitám,

¹ <https://www.healthyagingpoll.org/reports-more/report/mental-health-among-older-adults-and-during-covid-19-pandemic>

prejavuje sa u nich vo všeobecnosti nezdravé správanie a vyskytuje sa u nich riziko predčasnej úmrtnosti (Bailey et al., 2021).

Realizovaný výskum odhalil ďalšie dopady pandémie na oblasť mentálneho zdravia a well-being, ktoré môžeme zhrnúť nasledovne:

- Zníženie mentálneho zdravia na úrovni fyzického a psychického well-being, ktorého zahŕňa o duševnom zdraví u populácie vo veku 50 rokov a viac v Európe počas pandémie COVID-19.
- Pokles duševného zdravia u starších dospelých sa líši podľa socioekonomickej skupiny teda toho, aká sociálna podpora, kvalita sociálnych služieb či možnosť sociálneho kontaktu s rodinou a okolitým prostredím, a či im je poskytovaná.
- Prísnejší fyzický odstup zvyšuje u starších dospelých pokles duševného zdravia, to znamená, že v období sociálnej izolácie prijímateľov v ZSS dochádzalo k znižovaniu psychickej odolnosti u oboch skupín.
- Silnejšia sociálna ochrana, ktorú zavádzali poskytovatelia sociálnych služieb pomohla zmierniť riziko horšieho duševného zdravia u starších dospelých. Aj tým, že sa im zabezpečovala psychická podpora, príležitosti na trávenie pobytu v záhrade zariadenia, či využívanie telekomunikačných technológií na komunikáciu s rodinou prijímateľa.
- Pokles miery spirituálnej zložky mentálneho zdravia absenciou priameho kontaktu s kňazom či farárkou.

Covid-19 vyvoláva strach obzvlášť u starších ľudí, ktorí sú rizikovou skupinou. Medzi ďalšie psychologické vplyvy patrí úzkosť, podráždenosť a nadmerný pocit stresu alebo hnevu (Li Q, Guan X, 2020), ktoré sa môžu objaviť u starších ľudí, pokiaľ sú dezinformovaní a zmätení. Starší ľudia s poruchami kognitívnych funkcií sú vo väčšej miere znepokojení, emocionálne rozrušení a sociálne utiahnutí, nakoľko nevedia objektívne a racionálne zhodnotiť aktuálnu situáciu v spojitosti s pandemiou Covid-19, z tohto dôvodu si ich potreby vyžadujú osobitnú pozornosť (Lloyd-Sherlock et al., 2020). Na druhej strane je nutné povedať, že mimoriadne opatrenia v boji proti pandemickej situácii trvali viac ako dva roky a mali negatívny dopad nielen na samotných seniorov, ale aj na všetkých ľudí pôsobiacich v zariadeniach sociálnych služieb vrátane krízového manažmentu.

Duševné zdravie je základným kameňom verejného zdravia, najmä u starších ľudí. Keďže potreba „liečby“ covid-19 zatemňuje dôležitosť duševného zdravia, globálna panika len pomáha pri zvyšovaní šírenia mentálnych porúch. Ponaučenia z predchádzajúcich pandémieí, ako je SARS, dokázali, že pravidelné telefonické konzultácie, zdravý kontakt s rodinou, relevantné a aktualizované informácie, starostlivosť o všeobecné zdravotné a psychologické potreby a rešpektovanie osobného priestoru a dôstojnosti sú dôležitými súčasťami starostlivosti o duševné zdravie seniorov. (Banerjee, 2020).

Výsledky výskumu prezentujú zistenia v oblasti mentálneho zdravia aj u seniorov žijúcich v 4 zariadeniach sociálnych služieb, ktoré sú prevádzkované v Bratislavskom a Nitrianskom kraji. Najvýznamnejšie zistenia sme zhrnuli do tabuľky č. 9:

Tabuľka 9 Súhrn dopadov pandémie Covid-19 z pohľadu prijímateľa

Dopady	Psychologické dopady	Osobnostné dopady
Prijímatelia SS	- neprijemné pocity vyplývajúce zo životnej neistoty, strach zo smrti ako aj zo životnej situácie členov vlastnej rodiny, s ktorou sú v kontakte - Narušené mentálne zdravie na psychickej úrovni, depresívne a úzkostné stavy - Narušená duševná rovnováha - Obmedzený duševný rozvoj na základe obmedzených aktivít či duchovnej činnosti v zariadení. - všeobecný strach, nevysvetlený na základe pocitov neistoty, izolácie a samoty	- Náladovosť - Vyššia tendencia ku konfliktnosti, agresivite - Pocity samoty a opustenosti - Úpadok kognitívnych zručností - Vyššia miera pasivity smerujúca k apatii na základe zmeny vnímaniu dôležitosti priorít a režimu v zariadení - Pasívnejší životný štýl - Zhoršená úroveň fyzického zdravia
Dopady	Sociálne dopady	Sociálne služby
Prijímatelia SS	- Sociálna izolácia - Strata kontaktov - Obmedzenie návštev rodinných príslušníkov a známych - Finančná neistota - Zmena vzťahov v sociálnom prostredí	- Nedostatok personálnych kapacít - Obmedzená činnosť v ZSS - Obmedzené voľnočasové aktivity - Obmedzenie alebo nerealizácia niektorých terapií napr. muzikoterapia - Karanténne opatrenia a izolačné miestnosti, testovanie - Zmeny v službách zamestnancov a obvyklého režimu

Zdroj: vlastné spracovanie

Pandémia COVID-19 mala negatívny emocionálne dopady na mnohých pracovníkov v sociálnych službách, vrátane samotných prijímateľov, u oboch skupín sme zaznamenali vplyv pandémie na emocionálnu, psychickú pohodu a duchovnú zložku, ktorá spôsobuje zníženie ďalších úrovní mentálneho zdravia v prípade, ak stresová situácia pretrváva dlhodobo, čo bolo v prípade pandémie zrejmé.

Odporúčania pre prax

Výskum potvrdil, že v týchto ťažkých časoch došlo k poklesu duševného zdravia ale aj emocionálnej pohody, na predchádzanie zhoršovania mentálneho zdravia u dospelých musí byť zabezpečený dostatočný prístup k prevencii i liečbe duševného zdravia na viacerých úrovniach najmä tam, kde dochádza k zvýšenému riziku syndrómu vyhorenia i znižovaniu odolnosti voči stresu, najmä v pomáhajúcich profesiách. Je dôležité zabezpečenie toho, aby sa počas všetkých lekárskejších návštev riešilo duševné zdravie a emocionálna pohoda, tie sú súčasťou komplexnej starostlivosti o dospelých.

Okrem negatívnych aspektov na mentálne zdravie a sociálne služby, pandémie koronavírusu priniesla aj nové výzvy v podobe obhajoby práv prijímateľov v zariadení sociálnych služieb a opatrovateľskej starostlivosti, spolupráca opatrovateľského personálu a manažérov napr. pokiaľ ide o novú legislatívu, je nevyhnutná podpora tohto procesu nad rámec stanoveného právnymi predpismi, predchádzanie a riešenie problémov zneužívania a zanedbávania, monitorovanie kvality starostlivosti o ľudí odkázaných na sociálne služby,

Odporúčania pre podporu mentálneho zdravia prijímateľov SS sme formulovali konkrétne tieto:

- Pri zavádzaní zmien vo fungovaní aktivít a činnosti v zariadení v súvislosti s pandemiou adekvátne komunikovať s prijímateľmi, zvyšovať ich informovanosť, odbúravať strach z neznámeho, poskytovať psychologickú podporu a reagovať vhodne na vzniknuté obavy a neočakávané situácie včasnou intervenciou, empatickou komunikáciou a psychickou podporou.
- Poskytovať láskavú, podporujúcu a rešpektujúcu komunikáciu so seniormi obzvlášť v čase krízových situácií.
- Sprístupniť a pravidelne realizovať uvoľňujúce cvičenia, arteterapeutickú činnosť a voľnočasové aktivity na základe záujmu a potrieb prijímateľov, ktoré znížia riziko poškodenia psychickej, fyzickej a sociálnej úrovne ich mentálneho zdravia.

- Podporovať pozitívnu klímu, dôveryhodné budovanie vzťahov, solidaritu a porozumenie medzi klientmi a odbornými pracovníkmi, vytvárať podporujúce, rešpektujúce a empatické prostredie, v ktorom sa seniori budú cítiť bezpečne.
- Prechádzať porušovaniu základných ľudských práv a ľudskej dôstojnosti pri poskytovaní sociálnych služieb aj v čase pandémie, kedy dochádza ku krízovým situáciám, náhlým zmenám a zvyčajne je vtedy nedostatok pracovných síl.
- Podporovať spirituálnu zložku mentálneho zdravia seniorov tým, že sa zabezpečia nielen virtuálne prenosy svätých omší v zariadeniach, ale seniori vyžadujú a sú zvyknutí na priamy kontakt s duchovnou osobou, pastorom, farárkou, ktorej sa môžu zdôveriť alebo sa len tak vyrozprávať.

ZÁVER

Vplyvom pandémie sa zmenili aj hodnotové systémy v spoločnosti, zariadenia sociálnych služieb začali byť vo vyššej miere vnímané ako tie, ktoré majú poskytovať odbornú sociálno-zdravotnú starostlivosť, ktorá má byť v oveľa vyššej kvalite ako opatrovateľská starostlivosť, ktorá je poskytovaná v domácom prostredí. Zariadenia pre seniorov sú často považované za centrá „liečby“ na rozdiel od „domáceho prostredia“, kde vzniká tendencia znižovať prístup obyvateľov ku komunitným a profesionálnym službám vrátane sociálnej práce a právnej obhajoby na úrovni obcí a miest. Stále existuje veľké množstvo obcí, v ktorých zariadenia sociálnych služieb neexistujú a nedostatok opatrovateľov spôsobuje neschopnosť zabezpečiť decentralizované služby pre občanov všetkých vekových kategórií.

Z analýz vyplynulo, že pandémia spôsobuje porušovania základných ľudských práv z dôvodu nedostatku personálu v zariadeniach, karanténnych opatrení a štátnych protipandemických nariadení, ktoré mali negatívny dopad na životnú spokojnosť a mentálne zdravie prijímateľov.

Starnutie prichádza s nespočtelným množstvom psychologických, sociálnych a environmentálnych zraniteľností. Krehkosť u starších dospelých prináša riziko rôznych infekcií a zníženie všetkých foriem imunitnej odpovede. Okrem toho majú starší ľudia viaceré komorbidity a zvýšený počet hospitalizácií, čo zvyšuje možnosť nakaziť sa infekciou počas pandémie. Pri porovnaní pneumónie vyvolanej COVID-19 u pacientov v mladom veku a starších pacientov sa zistilo, že progresia ochorenia a riziko úmrtia je v staršej vekovej skupine trikrát vyššie. Všetky tieto aspekty majú významný dopad na zhoršenie mentálneho zdravia seniorov, ktoré sa potvrdilo aj v našom výskume.

Sociálni pracovníci čelia čoraz zložitejším potrebám klientov počas dlhotrvajúcej pandémie koronavírusu v priebehu posledných dvoch rokov. Vzhľadom na požiadavky pandémie na sociálny odstup prešli sociálni pracovníci transformačnými zmenami v praxi s rýchlym nástupom virtuálnych technológií, ktoré využívajú aj v sociálnych službách. Výskum ukázal, že pandémia koronavírusu priniesla pozitívne i negatívne aspekty v oblasti zamestnaneckého statusu sociálneho pracovníka v ZSS, k tým negatívnym dopadom zaradíme: zvýšená pracovná záťaž; strata motivácie práce v pomáhajúcich profesiách; sociálni pracovníci v praxi stretávajú menej klientov, ktorí si schopní riešiť vlastné problémy samostatne; zodpovednosť za osobnú starostlivosť.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ASMUNDSON G.J.G., TAYLOR S. 2020. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* 2020;70:102196.

AYALON, L., CHASTEEN, A., DIEHL, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. 2020. *Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity.* The Journals of Gerontology: SERIES B: Psychological Sciences and Social Sciences. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>

BAILEY L, WARD M, DICOSIMO A et al. 2021. Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 114, Issue 9, September 2021, Pages 648–653, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab015>

BALOGOVIČ, B. 2005. *Seniari*. Prešov : Akcent Print, 2005. 2. vydanie. 149 s.

BANERJEE, D. 2020. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *Geriatric Psychiatry* 4 May 2020 <https://doi.org/10.1002/gps.5320>

BARCELLOS S, JACOBSON M, STONE AA. 2021. *Varied and unexpected changes in the well-being of seniors in the United States amid the COVID-19 pandemic.* PLoS ONE 16(6): e0252962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252962>

BROOKS S.K., WEBSTER R.K., SMITH L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395:912–920.

CAPPELEN, A. W., FALCH, R., SORENSEN, E. O., Tungodden, B., & Wezerek, G. 2020. Opinion | What do you owe your neighbor? The pandemic might change your answer. *The New York Times*.

ČEVELA, R. - KALVACH, Z. - ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s.

DECI, E., RYAN, R. 2008. *Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction.* Journal of Happiness Studies, 9(1), 1-11. doi: 10.1007/s10902-006-9018-1.

DENING, T., MILNE, A. 2020. Mental Health in Care Homes for Older People, in T. Denning, A. Thomas, R. Stewart., & J-P. Taylor. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*, 3rd edition, OUP.

DIENER, E. ET al. 1999. *Subjective well-being: Three decades of progress.* Psychological bulletin, vol. 125, no. 2, pp. 276-302.

DIENER, E. 1994. *Assessing subjective well-being: Progress and opportunities.* Social Indicators Research, 1994:31: 103-157.

DIENER, E. 2000. *Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index.* Am Psychol. 2000;55(1):34.

DIENER, E., LUCAS, R. E. 2000. „Subjective Emotional Well-being.“. pp. 325-337 in Lewis, J., Haviland-Jones, J. M. (Eds.) 2000. *Handbook of emotions*. New York : The Guilford Press

DUBEY S, BISWAS P, GHOSH R, et al. 2020. *Psychosocial impact of COVID-19.* Diabetes Metab Syndr. 2020;14(5):779-788. doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035

DŽUKA, J., DALBERT, K. 2002. *Vývoj a overenie validity škál emocionálnej habituálnej subjektívnej spokojnosti*. Československá psychologie, 2002. 46 (3), s. 234-250. ISSN 0009-062X.

EKROTH, B. 2020. *Många äldre struntar i risken att bli smittade [Many older adults ignore the risk of infection]*. Aftonbladet. Retrieved April 7, 2020

GAO, J., MCLELLAN, R. 2018. *Using Ryff's scales of psychological well-being in adolescents in mainland China*. BMC Psychol 6, 17 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0231-6>

GERLACH L, SOLWAY E, SINGER D, Kullgren J, Kirch M, Malani P. 2021. *Mental Health Among Older Adults Before and During the COVID-19 Pandemic*. University of Michigan National Poll on Healthy Aging. May 2021. Available at: <http://dx.doi.org/10.7302/983>

HEGER, E. 2020. Moderné a úspešné Slovensko. Národný integrovaný reformný plán. MPSVR SR. [online] [citované 2020-10-14] Dostupné: file:///C:/Users/lucia/Downloads/MaUS_NIRP.pdf

HROZENSKÁ, M. A kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko – praktické východiská*. Martin : Osveta. 2008. 179 s.

Jiménez-Pavón D., Carbonell-Baeza A., Lavie C.J. 2020. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: special focus in older people. Prog Cardiovasc Dis. 2020 Mar 24 doi: 10.1016/j.pcad.2020.03.009.

JOLLY, A. 2020. Statutory neglect and care in a pandemic. *International Social Work*, 63(5), 671–675. <https://doi.org/10.1177/0020872820941916>

KASANOVÁ, A. 2008. *Sprievodca sociálneho pracovníka. II. seniori a samospráva*. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, s. 162.

KIVI, M. et al. 2021. *Up and About: Older Adults' Well-being During the COVID-19 Pandemic in a Swedish Longitudinal Study*. The Journals of Gerontology: Series B, Volume 76, Issue 2, February 2021, Pages e4–e9, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008.

KOHÚTOVÁ, J. 2019. *Životná spokojnosť a zmysel života vo vybraných demografických premenných*. Zborník konferenčných príspevkov Doctorandorum dies 2019. Dostupné na: (15) (PDF) [Kohútová - Životná spokojnosť a zmysel života vo vybraných demografických premenných \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/351111111_Zivotna_spokojnost_a_zmysel_zivota_vo_vybranych_demografickych_premennych)

KOVAL, Š. 2001. *Sociálna práca s dlhodobo chorými a umierajúcimi*. Trnava : Trnavská

1. univerzita, 2001. 25 s.

KOVAL, Š. 2005. *Gerontológia a geriatria pre sociálnych pracovníkov*. Učebné texty pre bakalárske a magisterské štúdium sociálnej práce. Trnava: FZaSP, 2005.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. *Pozitivní psychologie*. Praha : Portál, 2004. 195 s.

KUBALČÍKOVÁ, K. 2015. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015.

LEE S., CHAN L.Y., CHAU A.M., Kwok K.P., Kleinman A. 2005. *The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens*. Soc Sci Med. 2005;61:2038–2046

LI Q., GUAN X., WU P., Wang X., Zhou L., Tong Y. 2020. *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N Engl J Med. 2020;382:1199–1207.

LLOYD-SHERLOCK P.G., KALACHE A., McKee M., Derbyshire J., Geffen L., Casas F.G. 2020. WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic. BMJ. 2020;368:m1164.

LOEFFELHOLZ MJ, TANG YW. 2020. Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections - the state of the art. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):747-756. doi:10.1080/22221751.2020.1745095.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s.

Nariadenie vlády SR č. 116/2020 Z.z. o niektorých opatreniach v oblasti sociálnych služieb v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhlásené v súvislosti s ochorením COVID-19

QUEVEDO, R.J.M. - Abella, M.C. 2011. *Well-being and personality. Facet-level analyses*. Personality and individual differences, 2011:50(2): 206-211.

RYFF, C. 1995. *Psychological Well-Being In Adult Life*. Current Directions in Psychological Science, 1995:4(4): 99-104.

RYFF, C. D. - SINGER, B. 1998. The contours of positive human health. Psychological Inquiry, 9, 1–28.

SLEZÁČKOVÁ, A. 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.

ŠMIDOVÁ, M. A kol. 2013. *Vybrané aspekty sociálnej starostlivosti o seniorov a dlhodobo chorých*. Trnava: Teologická fakulta Trnavskej univerzity, 2013. 88 s.

TOTA, M. 2016. *Senior, aneb, ještě mě u máte*. Týn nad Vltavou: Nová forma, 2016. Usmernenie č. EO/791/108782/2020 ÚVZ SR

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. - dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách na Slovensku a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 179/2011 Z. z. o hospodárskej mobilizácii a o zmene a doplnení zákona č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov

O AUTORKÁCH

doc. PhDr. Katarína BUNDZELOVÁ, PhD.

Autorka monografie pôsobí 12 rokov na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety ako vedecko-výskumný pracovník a vysokoškolský pedagóg. V rámci svojho pôsobenia na škole sa venuje výskumnej činnosti so zameraním sa na sociálne problémy seniorov a možnosti ich riešenia, na skvalitňovanie sociálnych služieb poskytovaných seniorom, na možnosti dobrovoľníckej činnosti a jej významu so zameraním sa na osoby vyššieho veku. Taktiež vyučuje predmety ako napr. Sociálna práca so seniormi, Sociálna práca s osobami vyššieho veku. Venuje sa aj oblasti sociálnej práce s osobami s ťažkým zdravotným postihnutím a fenoménu dobrovoľníckej činnosti seniorov a ľudí so zdravotným postihnutím. Autorka niekoľko rokov pôsobila ako dobrovoľník pri záujmových, voľnočasových aktivitách pri práci s deťmi a mládežou.

prof. Lucia LUDVIGH CINTULOVÁ, PhD.

Autorka monografie pôsobí na vysokej škole od roku 2013, ako vedecko-výskumný pracovník sa venuje analýze aktuálnych problémov v oblasti sociálnej práce, predovšetkým mapuje problematiku ľudí vo vylúčených rómskych komunitách, dimenzie kvality života skúma aj pri zraniteľných skupinách, ktorými sú seniori, ľudia so zdravotným postihnutím a dospelí Rómovia.

V rámci neziskového sektora sa angažuje vo viacerých projektoch orientovaných na podporu integrácie ľudí so zdravotným postihnutím formou nástrojov politiky zamestnanosti a kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia.

Je lektorkou neformálneho vzdelávania, v rámci ktorého prepája formálne a neformálne vzdelávanie v oblasti prevencie sociálno-patologických javov u detí a mládeže a podporuje aktivity uznávania neformálneho vzdelávania pri práci s mládežou.

Tretia autorka monografie pôsobí v oblasti sociálnych služieb už niekoľko desaťročí, zaslúžila sa o rozvoj sociálnych služieb a skvalitňovanie práce so seniormi na Slovensku zavádzaním inovatívnych prístupov a terapií na zvyšovanie kvality života osôb vo vyššom veku odkázaných na sociálne služby. Svoje skúsenosti a odborné poznatky aplikovala aj pri zakladaní služieb v zahraničí. V sociálnej sfére začala pracovať v období, kedy slovenská spoločnosť prechádzala hlbokou transformáciou po roku 89 po politickej, spoločenskej i duchovnej stránke. Aktuálne prednáša na vysokej škole, ale je aj spoluzakladateľkou mnohých zariadení sociálnych služieb a angažuje sa pri zavádzaní nových terapií v oblasti poskytovania sociálnych služieb, šíri duchovnú starostlivosť v zariadeniach a pomáha zlepšovať podmienky sociálno-opatrovateľskej starostlivosti o seniorov a ďalších prijímateľov. Je povolanou osobou, ktorá na základe praktických skúseností a odborných poznatkov dokáže vhodne pripraviť budúcich sociálnych pracovníkov na povolanie v sociálnych službách, ako aj na prácu so seniormi tak, aby dokázali implementovať nadobudnuté kompetencie do pomáhajúcich profesií.

© BUNDZELOVÁ, K., LUDVIGH CINTULOVÁ, L., BUZALOVÁ, S. 2023. Sociálna práca s osobami vyššieho veku. Nové Zámky: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 119 s. ISBN: 978-80-8132-270-9

Vydavateľstvo:

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Nám. 1. mája 1, 811 01 Bratislava

Náklad: 200 ks

Počet strán: 119

Poradie vydania: prvé

Rok vydania: 2023

Text neprešiel jazykovou korektúrou

Všetky práva sú vyhradené.

Žiadna časť tejto publikácie sa nesmie reprodukovať, ani rozširovať (elektronicky, fotografickou reprodukciou a pod.) bez predchádzajúceho písomného súhlasu majiteľov práv.

ISBN 978-80-8132-270-9

EAN 9788081322709



Monografia je vedecko-odbornou publikáciou zameranou na mapovanie procesu starnutia, obdobia staroby až po analýzu kvality života a životnej spokojnosti seniorov v zariadeniach sociálnych služieb. Zároveň autorky v nej popisujú proces zmien v starostlivosti o seniorov a poskytujú náhľad na skutočný stav sociálnych služieb na Slovensku a to nielen počas pandemického obdobia spojeného s Covid-19.

Monografia poskytuje odborné poznatky na prípravu budúcich sociálnych pracovníkov nielen v sociálnych službách, ale aj pri uplatňovaní poznatkov v sociálnej práci so seniormi na úrovni obcí a miest.

