

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Sekcia sestier pracujúcich v ZSS
Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta
Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
VADIMED - Kraków

**X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH
V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB
S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU**



Irena Kamanová - Margita Kosturíková - Lenka Štefáková (ed.)

Ružomberok 2013

Redakčná rada

PhDr. Mgr. Marianna Magerčiaková, PhD.

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

PhDr. Soňa Šrobárová, PhD.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D

Dr n. med. Eva Kucharska

ks. dr Robert Necek

Mgr. Renata Spyrka-Chlipała

dr Andrzej Grudzinski

Gyöngyösiné Hoffer Szilvia

Recenzenti zborníka

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D

Dr n. med. Eva Kucharska

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Recenzenti príspevkov

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

PhDr. Mgr. Marianna Magerčiaková, PhD.

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D

Mgr. Renata Spyrka-Chlipała

PhDr. Margita Kosturíková

dr n med. Ewa Kucharska

ks. dr. Robert Necek

dr Andrzej Grudzinski

PhDr. Eva Moraucikova,PhD.

Jazyková úprava

Za obsah a jazykovú stránku príspevkov zodpovedajú jednotliví autori, neprešlo jazykovou úpravou.

Tlač

Michal Vaško – Vydavateľstvo

ISBN 978-80-89542-30-7

OBSAH

POZVANÉ PRÍSPEVKY	7
EMPIRICKÝ VÝSKUM HODNÔT KATOLÍCKEHO NÁBOŽENSTVA Lubor Gál	8
TERAPIA AKO SYSTÉM PODPORY U STARŠIEHO ČLOVEKA TERAPIA JAKO SYSTEM WSPARCIA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU Renata Kobierska	15
AKTIVIZÁCIA PRIJÍMATEĽOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Z ASPEKTU KVALITY POSKYTOVATEĽOV Miroslava Tokovská - Jana Šolcová	22
VALIDÁCIA PODĽA NAOMI FEIL Mária Wirth.....	31
AGEIZMUS JEHO ŠPECIFIKÁ A VÝSKYT V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Katarína Zrubáková - Markéta Volná	35
PRIHLÁSENÉ PRÍSPEVKY	48
SUBJEKTÍVNA SPOKOJNOŠŤ SO ŽIVOTOM U SENIOROV ŽIJÚCICH V DOMÁCOM PROSTREDÍ A V ZARIADENÍ Vladimíra Antolová Hulínová.....	49
VOLNOČASOVÁ ČINNOSŤ STARŠÍCH ĽUDÍ AKTYWNOŚĆ WOLNOCZASOWA LUDZI STARSZYCH Marek Banach	57
SK SaPA STAVOVSKÁ ORGANIZÁCIA PRE SESTRY Daniela Baníková - Baštigálová.....	75
MONITORING OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Erika Bokros	78
KOMUNIKÁCIA S KLIENTOM SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Margaréta Domiterová - Monika Divišová.....	91
POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI V MAĎARSKU MAGYARORSZÁG SZOCIÁLIS ELLÁTÁSAI NAPJAINKBAN Gyöngyösiné Hoffer Szilvia.....	98

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

PODPORA AKTIVÍT SENIOROV V DOMOCH S OPATROVATELSKOU SLUŽBOU WSPIERANIE AKTYWNOŚCI SENIORÓW W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ Andrzej Grudziński	105
POTREBA NUTRIČNEJ PODPORY U SENIOROV V ZARIADENÍ SUBSIDIUM Lenka Chocholová	121
PROCES A TVORBA PROCESUÁLNYCH OŠETROVATEĽSKÝCH ŠTANDARDOV V ZSS Henrieta Ibosová	126
SOCIÁLNA AKTIVIZÁCIA SENIOROV V POĽSKU AKTYWIZACJA SPOŁECZNA SENIORÓW W POLSCE Katarzyna Jagielska.....	134
BUDOVANIE INTERDISCIPLINÁRNEHO TÍMU V HLAVNÝCH (ODBORNÝCH) PROCESOCH POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V ZSS Mária Kovaľová	148
EDUKÁCIA SENIOROV EDUCATION OF SENIORS Kuberová Helena - Vozník Břetislav	155
POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY Z POHĽADU KLIENTA ŚWIADCZENIE USŁUG SOCJALNYCH Z PERSPEKTYWY KLIENTA Ewa Kucharska.....	172
SOCIÁLNA POMOC A MOŽNOSTI JEJ VYUŽITIA POMOC SPOŁECZNA I PŁASZCZYZNY JEJ ODDZIAŁYWANIA Ewa Kucharska- Robert Nęcek	181
PROCESUÁLNE ŠTANDARDY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENÍ SUBSIDIUM Lengyelová Tímea.....	184
MANAŽMENT POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V BANSKOBYSSTRICKOM KRAJI – VÝSLEDKY PRIESKUMU Anna Macková	189
KOMUNIKÁCIA AKO PREDPOKLAD EFEKTÍVNEJ EDUKÁCIE SENIORA Mariana Magerčiaková, Gabriela Bellová	196
SOCIÁLNA POMOC O SENIOROV FORMOU DOMOVOV SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI POMOC SPOŁECZNA WZGLEDEM OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE DZIAŁALNOŚCI DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ Józefa Matejek	207

ÚLOHA SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V PROZDRAVOTNEJ ČINNOSTI U STARŠÍCH OSÔB Norbert Piķuła	218
ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE SO SENIORMI SPECYFIKA KOMUNIKACJI Z OSOBAMI STARSZYMI Renata Spyrka-Chlipała	227
EDUKÁCIA SENIOROV V OBLASTI PREVENECIE ZÁVISLOSTI OD ALKOHOLU Michaela Šavrnochová	238
SOCIÁLNO-ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O AUTISTICKÉHO KLIENTA Soňa Šrobárová	248
KOMUNIKÁCIA S UMIERAJÚCIM KLIENTOM Lenka Štefáková - Martina Špániková	257
KOMUNIKÁCIA S ĽUĎMI CHORÝMI NA ALZHEIMEROVU DEMENCIU Eva Toldiová	265
LEGISLATÍVNE NORMY ZAMERANÉ NA FUNGOVANIE ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB REGULACJE PRAWNE FUNKCJONOWANIA DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ W POLSCE Bogusław Uliasz	271
DUCHOVNÉ POTREBY A MOŽNOSTI RIEŠENIA PROBLÉMU DUCHOVNEJ TIESNE Alena Valancová	282
POHODA PRE KLIENTA, POMOC PRE PERSONÁL (NOVÉ TRENDY V POUŽÍVANÍ INKONTINENČNÝCH PODLOŽIEK) Melanie Vargha	287
MÁM ALZHEIMEROVU CHOROBU, AKO ĎALEJ? Helena Vavrúšová	289
VYUŽITIE FONDŮV EÚ V CENTRE POMOCI RODINE V RZESZOWIE POZYSKIWANIE I WYKORZYSTANIE ŚRODKÓW UNIJNYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W RZESZOWIE Władysław Piotr Władlak	294
FORMY SLUŽIEB REALIZOVANÝCH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV FORMY USŁUG REALIZOWANE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB STARSZYCH Ewelina Zdebska	299

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

VARIA	310
KONCEPT CHUDOBY A DEPRIVÁCIE V SOCIÁLNOU UČENÍ BISKUPA JÁNA CHRAPEKA	
POJĘCIE UBÓSTWA I BIEDY W NAUCZANIU SPOŁECZNYM BISKUPA JANA CHRAPKA	
Małgorzata Janiec.....	311
METÓDY PRÁCE MATERSKÝCH CENTIER S MLADOU RODINOU NA SLOVENSKU	
Markéta Rusnáková.....	327
PSYCHOSOCIÁLNI ASPEKTY ETIOLOGIE OBEZITY	
Alena Vosečková	336
REKONDIČNÍ POBYT DIABETIKŮ Z POHLEDU PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ	
Vosečková Alena - Truhlářová Zuzana.....	347
ABSTRAKTY PRÍSPEVKOV	357
ÚROVNE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA ÚZEMÍ MAĎARSKEJ REPUBLIKY	
ELLÁTÁSI SZINTEK A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN	
Hüttneré Szabados Mária	358
PREHLADOVÉ HESLÁ	359
KVALITA ŽIVOTA SENIOROV	
Irena Kamanová	360
GODNOŚĆ SENIORA	
Robert Nęcek.....	363
BYĆ DOBRYM DLA SENIORÓW	
Robert Nęcek.....	364
CIERPIENIE	
Robert Nęcek.....	365

POZVANÉ PRÍSPEVKY

EMPIRICKÝ VÝSKUM HODNÔT KATOLÍCKEHO NÁBOŽENSTVA

Lubor Gál

Abstrakt

Kvalita služieb poskytovaných v ZSS je podstatne závislá od hodnôt, s ktorými sa sestry pracujúce v ZSS vo svojom profesionálnom i osobnom živote stotožňujú. V prípade, že ide o zariadenie, ktorého zriaďovateľom je Katolícka cirkev, možno predpokladať, že na zamestnancov sa kladie nárok stotožnenia sa s hodnotami katolíckeho náboženstva. Prípadne klienti ZSS môžu vyznávať hodnoty katolíckeho náboženstva, preto je rovnako dôležité, aby v starostlivosti o nich boli tieto ich hodnoty rešpektované. V príspevku sa snažíme tieto hodnoty stručne pomenovať a najmä ponúknuť spôsob ich empirického výskumu.

Kľúčové slová: hodnoty, katolícke náboženstvo, sociologický výskum.

Úvod

Postmoderná spoločnosť, v ktorej žijeme, je podľa najnovšej sociológie charakteristická rôznosťou hodnôt a hodnotových rebríčkov, mnohosťou životných štýlov a rozmanitosťou spôsobov konania (Šarvajcová, 2012, s. 630). Náboženské hodnoty predstavujú jeden z dôležitých možných pohľadov na štúdium života spoločnosti, preto sa im v predkladanom príspevku chceme venovať. Ak by sme chceli hovoriť o náboženských hodnotách vo všeobecnej teoretickej rovine, bolo by potrebné siahnuť do diel Webera, Durkheima, Parsonsa, Bergera a iných autorov, ktorí sa v oblasti sociológie náboženstva zaujímali o pojem hodnoty (Prudký, 2009, s. 96). My sa však skôr chceme zamerať na spôsob ich empirického skúmania, ktorý je vlastný pre sociálne vedy. Nás zaujíma kvantitatívne založený sociologický výskum hodnôt, pre ktorý sa v súčasnej sociologickej literatúre ponúkajú koncepty Ingleharta, Hofstedeho a Schwartza. Na týchto autorov odkazujeme ako na najvýznamnejšie prístupy k výskumu hodnôt v súčasnej sociológii (Prudký, 2009, s. 96).

Musíme prízvukovať, že našou snahou nie je teraz podať širokú definíciu náboženskej hodnoty. Musíme sa uspokojiť iba s tvrdením, že ide o hodnoty nadprirodzenej dimenzie. Aj keď všetky hodnoty sú dôležité, je dôležité uvedomiť si, že máme pred sebou istú hierarchiu hodnôt, ktorá vychádza z náboženskej definície ľudskej prirodzenosti, v ktorej sa dostávame do kontaktu nielen s telesnou dimenziou, ale i spirituálnou. Pripomeňme, že hodnoty človeka sú hodnotami ľudskosti, preto náboženské hodnoty (kresťanské) vo svojej podstate nie sú odlišné od ľudských hodnôt vo všeobecnosti. To čo ich odlišuje, je ich pôvod. Pôvod nachádzajú v Božej činnosti v človeku, v kresťanskom zjavení. Zároveň ich odlišuje i cieľ

(večné spoločenstvo s Bohom a ostatnými v nebi). Kresťanstvo hodnoty umiestňuje do nadprirodzenej roviny, čím dostávajú nový zmysel. Takto sa dostávame k stotožneniu obsahu Katechizmu Katolíckej cirkvi so súborom náboženských hodnôt, ktorý môže poslúžiť ako podklad pre sociologickú definíciu (katolíckeho) náboženstva, respektíve pre substanciálne vymedzenie tohto náboženstva v sociológii. Ak chceme veľmi stručne charakterizovať takéto vymedzenie náboženstva, jednoducho môžeme povedať, že substanciálny model hovorí, čo náboženstvo je, na rozdiel od funkcionálneho, ktorý hovorí, čo náboženstvo spôsobuje (Furseth, Repstad, 2006, s. 16). Na tomto mieste však nebudeme širšie špecifikovať, čo pod substanciálnym vymedzením náboženstva myslíme, iba jednoducho konštatujeme, že katolícke náboženstvo ako predmet štúdia sociológie náboženstva ponúka Katechizmus Katolíckej cirkvi ako súbor náboženských hodnôt, s ktorými môžeme pracovať práve v súvislosti so substanciálnym vymedzením tohto náboženstva. Katechizmus Katolíckej cirkvi podáva komplexný súhrn učenia tohto náboženstva. V snahe toto učenie uchopiť metodológiou vlastnou pre sociológiu pokúsime sa zo štyroch základných častí Katechizmu Katolíckej cirkvi vytvoriť výberový súbor náboženských hodnôt. Takýto postup identifikácie učenia náboženstva s náboženskými hodnotami umožní vytvoriť základ teoretickej koncepcie, ktorá môže byť následne dopĺňaná o empirický výskum, v sociológii charakteristický svojou kvantitatívnou i kvalitatívnou formou. V predkladanom príspevku uskutočníme substanciálne vymedzenie tým, že opíšeme takýto súbor náboženských hodnôt:

- hodnotu otvorenosti pre Boha;
- hodnotu Božej angažovanosti;
- hodnotu schopnosti odpovedať Bohu;
- hodnotu všemohúcnosti Stvoriteľa;
- hodnotu vykúpenia Ježišom Kristom;
- hodnotu posväcovania v Cirkvi;
- hodnotu liturgie a sviatostí;
- hodnotu sviatostného základu kresťanského života;
- hodnotu sviatostného uzdravenia;
- hodnotu sviatostného budovania Božieho ľudu;
- hodnotu dôstojnosti ľudskej osoby;
- hodnotu života v ľudskom spoločenstve;
- hodnotu Božieho zákona a milosti;
- hodnotu príkazu lásky k Bohu;

- hodnotu príkazu lásky k človeku;
- hodnotu modlitby;
- hodnotu tradície modlitby;
- hodnotu foriem modlitby;
- hodnotu základnej kresťanskej modlitby (*Katechizmus Katolíckej cirkvi. 27-2865*).

Empirický výskum

Uvedený súbor náboženských hodnôt sa môže stať predmetom následného výskumu, ktorý sa snaží v našom príspevku o metodologický charakter sociologických výskumov. Konkrétne podávame niekoľko častí, ktoré sú súčasťou projektu kvantitatívneho výskumu (Matulay, 2011, s. 23). V našom prípade sme stanovili hlavný výskumný cieľ - zistiť, do akej miery členovia katolíckeho náboženstva žijú v súlade s hodnotami tohto náboženstva.

Vyššie vymenované hodnoty sú v Katechizme Katolíckej cirkvi rozdelené do štyroch častí, na základe čoho môžeme vytvoriť nasledovné štyri skupiny hodnôt:

- náboženské hodnoty vo vyznaní viery
- náboženské hodnoty v slávení viery
- náboženské hodnoty v živote podľa viery
- náboženské hodnoty v modlitbe.

Toto rozdelenie náboženských hodnôt do štyroch skupín zároveň umožňuje v empirickom výskume stanoviť aj vedľajšie výskumné ciele:

1. zistiť, do akej miery členovia katolíckeho náboženstva žijú v súlade s hodnotami obsiahnutými vo vyznávaní tohto náboženstva,
2. zistiť, do akej miery členovia katolíckeho náboženstva žijú v súlade s hodnotami obsiahnutými v slávení tohto náboženstva,
3. zistiť, do akej miery členovia katolíckeho náboženstva žijú v súlade s hodnotami obsiahnutými v osobnom prežívaní tohto náboženstva,
4. zistiť, do akej miery členovia katolíckeho náboženstva žijú v súlade s hodnotami obsiahnutými v tradícii modlitby tohto náboženstva.

Vo výskumných hypotézach môžeme na základe povedaného predpokladať, že členovia náboženstva sa stotožňujú s hodnotami obsiahnutými vo vyznávaní ich katolíckeho náboženstva. Môžeme ďalej predpokladať, že členovia náboženstva majú k sviatostiam vzťah, ktorý nie je závislý od sociodemografických údajov. Môžeme predpokladať, že členovia náboženstva pokladajú sobáš v kostole za dôležitý. Môžeme predpokladať, že členovia

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

náboženstva súhlasia s učením tohto náboženstva o podstate a prirodzenosti ľudskej osoby. Môžeme predpokladať, že členovia náboženstva sa snažia dodržiavať jednotlivé prikázania Desatora. A nakoniec môžeme predpokladať, že členovia náboženstva považujú modlitbu za každodennú súčasť svojho života.

Výskumné ciele a hypotézy sú predpokladom, aby sme mohli vytvoriť konkrétny spôsob empirického zisťovania prostredníctvom dotazníka. V ňom by sme za dôležité pokladali skúmať nasledovné skutočnosti: vek, pohlavie, počet súrodencov, rodina (úplná, neúplná, doplnená).

5. Pokrstený som bol:

a/ ako malé dieťa

b/ ako dospelý človek

c/ nie som pokrstený

6. Na birmovke som bol:

a/ v čase svojho detstva

b/ v dospelosti

c/ nebol som na birmovke

7. Zarad'te sa na škále, s ktorým výrokom viac súhlasíte.

A	2	1	0	-1	-2	B
Schopnosť spoznať Boha nemusí mať každý človek						Všetci ľudia sú schopní dôjsť k poznaniu Boha
Sú ľudia, ktorým sa Boh nechcel zjaviť pre ich odmietavý postoj						Boh sa zjavil ľuďom bezpodmienečne
Okrem slobodného a vedomého rozhodnutia pre vieru v Boha je rozhodnutie človeka podmienené aj inými predpokladmi						Vedome a slobodne sa každý človek môže rozhodnúť pre vieru v Boha
Človek môže všemohúceho Boha pochopiť vždy, keď sa o to snaží v modlitbe						Človek môže všemohúceho Boha pochopiť len obmedzene
Bez Kristovej obety by sa ľudské dejiny uberali iným smerom						Kristova obeta pre ľudstvo bola nevyhnutná
Cirkvi je spoločenstvom ľudí, ktorí spoločne putujú k Bohu						Duch Svätý pôsobí v Cirkvi, aby spájal ľudí s Bohom i navzájom

8. Na omšu chodím:

a/ každý deň

b/ viackrát za týždeň

c/ každú nedeľu a prikázaný sviatok

d/ párkrát za mesiac

e/ iné (ako často?) _____

9. Naposledy som pristúpil k svätému prijímaniu:

a/ v poslednom týždni

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

- b/ v poslednom mesiaci
- c/ pred niekoľkými mesiacmi
- d/ v čase poslednej Veľkej noci
- e/ pred rokom
- f/ pred niekoľkými rokmi
- g/ v detstve
- h/ nepristupujem k prijímaniu

10. Na spoveď chodím:

- a/ viackrát za mesiac
- b/ raz za mesiac
- c/ niekoľkokrát za rok
- d/ nechodím na spoveď
- e/ iné (ako často?) _____

11. Aký je váš vzťah k sviatosti manželstva?

- a/ som sobášnený(á) v kostole
- b/ som sobášnený(á) v kostole, ale rozvedený(á)
- c/ som sobášnený(á) civilne, o sobáš v kostole nemám záujem
- d/ žijem v trvalom vzťahu, ale bez manželstva
- e/ som slobodný(á), ale raz chcem mať sobáš v kostole
- f/ som slobodný(á), v budúcnosti neplánujem vstúpiť do manželstva, ale sviatostné manželstvo považujem za správne rozhodnutie pre katolíka

12. Ohodnot'te nasledovné tvrdenia (označte znakom „x“ odpovedajúce miesta v tabuľke)

	Túto skutočnosť vedome prežívam	Som presvedčený, že to tak je, beriem to automaticky	Súhlasím, nezamýšľam sa však nad tým	Nesúhlasím
Človek je stvorený na Boží obraz				
Človek je povoláný k dokonalosti v láske				
Človek je od počatia zameraný na Boha				
Človek je určený pre večnú blaženosť				

13. Vyjadrite svoj postoj:

	Túto skutočnosť vedome prežívam	Som presvedčený, že to tak je, beriem to automaticky	Súhlasím, nezamýšľam sa však nad tým	Nesúhlasím
Život uprostred spoločnosti je prirodzená charakteristika ľudského života				
Štátne usporiadanie je pre človeka dôležité				
Život usporiadáný v rodinnom spoločenstve zodpovedá ľudskej				

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

prirodzenosti				
---------------	--	--	--	--

14. Na škále od 1 do 5 vyjadrite, ako sa vo svojom živote snažíte dodržiavať jednotlivé prikázania Desatora: (1 znamená úplne, 5 znamená vôbec)

	1	2	3	4	5
1. Ja som Pán, tvoj Boh. Nebudeš mať okrem mňa iných bohov, ktorým by si sa klaňal.					
2. Nevezmeš Božie meno nadarmo.					
3. Pamätaj, že máš svätiť sviatočné dni.					
4. Cti svojho otca a svoju matku.					
5. Nezabiješ.					
6. Nezosmilniš.					
7. Nepokradneš.					
8. Nebudeš krivo svedčiť proti svojmu blížnemu.					
9. Nebudeš žiadostivo túžiť po manželke svojho blížneho.					
10. Nebudeš túžiť po majetku svojho blížneho.					

15. Ako často sa modlíte?

- a/ každý deň
- b/ skoro každý deň
- c/ príležitostne
- d/ nemodlím sa vôbec

16. Modlitba „Otče náš“ je základnou kresťanskou modlitbou. Je táto modlitba aj vašou osobnou základnou modlitbou?

- a/ áno
- b/ nie
- c/ neviem

Záver

Snahou nášho príspevku bolo ponúknuť konkrétny spôsob empirického výskumu náboženských hodnôt. Najprv sme v súlade so substanciálnym vymedzením katolíckeho náboženstva v sociológii načrtli súbor týchto hodnôt podľa súhrnu učenia tohto náboženstva v Katechizme Katolíckej cirkvi. Stanovením výskumných cieľov a hypotéz sme vytvorili predpoklad pre vytvorenie dotazníka, ktorým je možné kvantitatívnu formou uskutočniť sociologický výskum náboženských hodnôt. Takémuto výskumu, ktorý by si samozrejme v ďalšej fáze vyžadoval interpretáciu zistených údajov, chce predložený príspevok napomôcť.

Bibliografia

FURSETH, I., REPSTAD, P. 2006. *An introduction to the sociology of religion: classical and contemporary perspectives*. Hampshire : Ashgate Publishing Limited, 2006. 247 s. ISBN 0-7546-5658-6.

MATULAY, S. 2011. *Kompendium metodológie sociologických výskumov*. Prešov : Vydavateľstvo a tlačiareň Kušnír, 2011. 80 s. ISBN 97-80-89404-23-0.

PRUDKÝ, L. et al. 2009. *Inventura hodnot: výsledky sociologických výskumů ve společnosti České republiky*. Praha : Academia, 2009. 341 s. ISBN 978-80-200-1751-2.

PRUDKÝ, L. et al. 2009. *Studie o hodnotách*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. 236 s. ISBN 978-80-7380-266-0.

ŠARVAJCOVÁ, M. 2012. *Životný cyklus postmoderného človeka a chudoba*. In Sociálne posolstvo Jána Pavla II. pre dnešný svet. Ružomberok: KU, 2012. ISBN 978-80-8084-956-6.

Katechizmus Katolíckej cirkvi. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 1998. 918 s. ISBN 80-7162-253-2.

Kontakt

Mgr. Ľubor Gál

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Filozofická fakulta, Katedra sociológie

B. Slančíkovej 1, 949 74 Nitra

e-mail: luborgal@centrum.sk

Recenzia

PhDr. Eva Moraučíková, PhD.

TERAPIA AKO SYSTÉM PODPORY U STARŠIEHO ČLOVEKA TERAPIA JAKO SYSTEM WSPARCIA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Renata Kobierska

Abstrakt

Od dávna starostlivosť a práca so seniorami v zariadeniach sociálnych služieb nie je len medicínska, ale ukzala sa potreba aktivizovať seniorov. Jednou z foriem aktivácie je ergoterapia. Je to liečebná a sociálna rehabilitácia, fyzioterapia, ktorá sa dopĺňa o psychologickú rehabilitáciu. Autorka na konkrétnom príklade Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu poukáže na možnosti a formy aktivizácie seniorov.

Kľúčové slová: senior, zariadenie sociálnych služieb, aktivizácia.

Wstęp

*„Są tacy, którzy uciekają od cierpienia miłości.
Kochali, zawiedli się i nie chcą już nikogo kochać,
nikomu służyć, nikomu pomagać.
Taka samotność jest straszna,
bo człowiek uciekając od miłości, ucieka od samego życia.
Zamyka się w sobie.”
(Jan Twardowski)*

Od dawna wartość zajęcia i pracy są znanymi i cenionymi środkami leczniczymi, które stają się możliwością spędzania wolnego czasu w sposób aktywny. Jedną z form aktywizacji jest terapia zajęciowa. Jest ona swoistą klamrą spinającą rehabilitację leczniczą i społeczną; uzupełnia także fizjoterapię i rehabilitację psychologiczną”¹

Podstawową formą aktywizacji w domach pomocy społecznej jest terapia zajęciowa o działaniu wielokierunkowym, oparta na wykorzystaniu tkwiącym w każdym człowieku potencjale rozwojowym. Terapia zajęciowa daje mieszkańcom szansę czynnego uczestnictwa w takiej formie twórczości, która odpowiada indywidualnym uzdolnieniom i możliwościom. Jest to jeden z ważniejszych czynników rehabilitacji społecznej. Jest ona szczególnie ważna dla osób we wstępnej fazie zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej. Jest to bowiem dla osób starszych, bądź młodych, lecz przewlekle somatycznie chorych okres szczególnie trudny. Jest to czas rozstania się z rodziną i rozpoczęcia nowego etapu życia w placówce bądź co bądź zinstytucjonalizowanej. I choć obecnie robi się wszystko żeby DPS-y jak najbardziej

¹ E. Baum, Terapia zajęciowa. Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2008, s.5.

przypominały domy rodzinne, to jednak w dalszym ciągu jest to instytucja. I tutaj terapia ma na celu włączenie jak najszerszego grona osób w normalny nurt życia oraz stałe usprawnianie psychicznie i fizycznie².

Charakteryzuje się dużą liczbą czynności, które mogą służyć jako środek leczenia lub rehabilitacji. Słowo terapia - oznacza zatem system działań stosowanych wobec chorych i jednostek o zaburzonej rozwoju jak również wobec osób pełnosprawnych. Terapia zajęciowa powinna spełniać następujące zadania: usprawniać psychicznie i fizycznie, dążyć do poprawy zaradności osobistej, przystosować mieszkańców do funkcjonowania społecznego. Proces terapeutyczny w odróżnieniu od innych rodzajów zajęć nie ma z góry narzuconego programu, który musiałby być bezwzględnie zrealizowany. Najważniejszym jest jednak fakt, że poprzez terapię, mieszkańcom wypełnia się czas, co powoduje, że ich myśli nie krążą wokół spraw przykrych, niepokojących, a to w konsekwencji często ratuje przed depresją.

Terapia zajęciowa zawiera bogactwo metod i technik, które umożliwiają dotarcie do uczestników, pozwala rozwijać ich uzdolnienia i redukuje uzależnienie od innych. Daje każdej osobie szansę wyrażania siebie w dostępnej i indywidualnej formie aktywności. Pozwala na wybór takiej formy twórczości, która odpowiada indywidualnym uzdolnieniom i możliwościom podopiecznych, bowiem każda z osób jest inna, ma inne braki i deficyty, ma też inne uzdolnienia. Każdego mieszkańca należy traktować więc w sposób podmiotowy i indywidualny. Podczas stosowania różnorodnych zajęć terapeutycznych rozszerza się zakres umiejętności praktycznych i interpersonalnych co w znacznym stopniu ułatwia kontakty z ludźmi w domu i poza nim. Powinna objąć jak największą liczbę uczestników, gdyż ma to korzystny wpływ na usamodzielnienie, likwiduje zahamowania, poczucie nieprzydatności, podkreśla wartość jednostki i pożytecznie wypełnia czas wolny³.

Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu liczy stu osiemdziesięciu przewlekle somatycznie chorych mieszkańców i jest placówką całodobową. Jednak każdy z nich traktowany jest indywidualnie – jest nie tylko biorcą, ale przede wszystkim współautorem i realizatorem procesu aktywizacji. Ma możliwość wyboru takiej formy wśród szerokiej gamy propozycji, która jest dla niego z wielu powodów najlepsza i najbardziej odpowiada jego potrzebom, zainteresowaniom i możliwościom. Jesteśmy Domem, który w sposób szczególny stawia na szeroko pojętą kulturalną terapię. Terapeuta zajęciowy i pracownik kulturalno – oświatowy

²L. Kozaczuk, Terapia zajęciowa w Domach Pomocy Społecznej. Wydawnictwo ŚLĄSK, Katowice 1999, s. 25.

³T.Kott, Zajęcia pozalekcyjne i terapia zajęciowa z osobami o obniżonej sprawności umysłowej. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2002, s. 156.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

proponują następujące zajęcia: ergoterapię – czyli terapia pracą, arteterapię – zajęcia plastyczne, silwoterapia – kontakt z przyrodą, świeżym powietrzem, terapię kulinarną, terapię za pomocą tańca, biblioterapię, muzykoterapię – czynna i bierna, poezjoterapię.

Zajęcia z biblio i poezjoterapii odbywają się w bibliotece, która dla osób sprawniejszych pełni również rolę pracowni komputerowej. Tam mieszkańcy, pod okiem instruktora mogą kontaktować się ze światem za pomocą poczty internetowej.

Jak już wcześniej powiedziałam w naszym Domu stawiamy na szeroko pojętą kulturoterapię i poszukujemy nowoczesnych, choć czasem może trochę kontrowersyjnych metod terapeutycznych, do których niewątpliwie należy współpraca z niemieckim Auxilium – zajmującym się leczeniem uzależnień młodzieży. W działań terapeutycznych niemiecka młodzież przez okres 10 dni przebywała w kaliskim Domu Pomocy Społecznej, zajmując się głównie osobami ze stwardnieniem rozsianym. Chcieliśmy w ten sposób pokazać im możliwości, które pozwalają wykorzystać wewnętrzne zasoby w dochodzeniu do życia w trzeźwości. Zrobiliśmy to przez porównanie dwóch jednostek chorobowych z których jedna przy pracy własnej i rodziny ma szanse na zdrowie a druga już niestety nie.

Na uwagę zasługuje prowadzona przez nas Akademia Seniora oraz stała współpraca z instytucjami kultury, szkołami, przedszkolami, fundacjami, stowarzyszeniami i innymi organizacjami pozarządowymi. Jesteśmy więc otwarci na wszelkie działania, których celem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych oraz ich aktywizacja i zapobieganie bierności seniorów.

Wspomniałam już wcześniej, że w naszym Domu stawiamy na szeroko pojętą kulturoterapię i poszukujemy nowoczesnych, choć czasem może trochę kontrowersyjnych metod terapeutycznych. Zalicza się do nich niewątpliwie projekt, „Moda łączy pokolenia”. Pokaz odbył się 5 czerwca bieżącego roku w kaliskim Domu Pomocy Społecznej i był swoistym treningiem umiejętności społecznych. Na wybiegu zaprezentowały się mieszkanki Domu Pomocy Społecznej, ich córki i wnuczki. Pokaz obejrzało ponad 500 osób, a przygotowania do tego niecodziennego wydarzenia trwały kilka miesięcy. Specjalnie na tę imprezę, którą włączono zresztą w obchody Dni Święta Miasta Kalisza zaprojektowano stroje dla mieszanek Domu Pomocy Społecznej. Panie na wybiegu pełniły rolę babć, pracownice DPS, podczas pokazu wcieliły się w rolę ich córek a licealistki i studentki były w tym dniu ich wnuczkami. Projekty przygotowane zostały przez dr Monikę Kostrzewę na co dzień pracownika Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Kaliszu. Ich wykonanie wymagało

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

indywidualnego podejścia do każdej z modelek, poznania ich osobowości i wnętrza, co w efekcie końcowym przyczyniło się do powstania kolekcji na wysokim artystycznym poziomie. W prezentacji uczestniczyły więc trzy pokolenia kobiet, różniących się wiekiem, ale nie urodą. Każda z nich była bowiem piękna na swój sposób. Poszczególne sety tworzyły jedną całość, aby podkreślić fakt, że różne pokolenia kobiet najlepiej łączy moda.

Kreacje uszyły nauczycielki z Centrum Kształcenia Praktycznego w Kaliszu. W wykonaniu strojów pomagali uczniowie tej szkoły. Kreacje przygotowane zostały z materiałów i tkanin podarowanych przez sponsorów.

Pokazując szerokiej publiczności Kalisza oraz gościom zagranicznym projekt pt. „Moda łączy pokolenia” chcieliśmy zrealizować kilka istotnych przesłań o charakterze społecznym. Przede wszystkim pokazać, że przeciwdziałamy w ten sposób wykluczeniu społecznemu osób starszych, zamieszkujących w naszym Domu. Panuje bowiem przekonanie, że Domy Pomocy są miejscem stagnacji, nudy i życia od posiłku do posiłku. U nas tak nie jest. O tym jak żyjemy na co dzień można przeczytać na naszej stronie internetowej www.dpskalisz.pl.

Ponadto w założeniu naszym było przełamanie stereotypów myślenia, że starość nie musi być smutna i szara, nie tylko w sposobie bycia i zachowania, ale również w sposobie wyrażania siebie poprzez strój, który jest przecież częścią naszej osobowości. Realizując to przedsięwzięcie chcieliśmy pokazać, że moda nie jest tematem tabu dla osób starszych, a zwłaszcza dla kobiet mieszkających w Domu Pomocy Społecznej. W zamyśle całego projektu mieliśmy nie tylko zintegrowanie trzech pokoleń kobiet, ale również pokazanie tym najmłodszym, że proces starzenia się jest naturalny i nieunikniony. Ze starością trzeba się więc oswoić i odpowiednio do niej przygotować. Dla najstarszych modelek było to więc pokonanie pewnych słabości, tremy czy braku wiary w siebie. Udział w pokazie był dla mieszkanek Domu Pomocy Społecznej przeżyciem wzmacniającym poczucie własnej wartości oraz łamiącym stereotypy myślenia, że piękne mogą być tylko kobiety młode. Poprzez realizację tego przedsięwzięcia chcieliśmy zwrócić uwagę, że piękno można i trzeba rozpatrywać w kategorii wieku, doświadczenia i życiowej mądrości. Starość zaś nie musi być smutna, szara i nieciekawa. Tym projektem udowodniliśmy, że może być kolorowa, pełna życiowych pasji i spełnienia zamierzeń, na realizację których zabrakło czasu w przeszłości. Mieszkanki poprzez swój udział w projekcie obudziły swoją wiarę w siebie, pokazały, że w tym wieku można być piękną i że nie jest to etap w życiu kobiety, w którym nie miałyby ona nic do zaproponowania. Dzięki pojawieniu się na wybiegu- u naszych pań, nastawienie do świata i ludzi uległo diametralnej przemianie. Projekty takie jak nasz pokazują seniorom, że są pełnowartościowymi osobami, które mają jeszcze dużo społeczeństwu do zaproponowania.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Celem naszego przedsięwzięcia było także zintegrowanie środowiska – mieszkańców naszego Domu, studentów Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza Wydziału Pedagogiczno-Artystycznego w Kaliszu, Studentów Państwowego, Pomaturalnego Studium Kształcenia Animatorów Kultury, uczniów Centrum Kształcenia Praktycznego Zespołu Szkół Gastronomiczno - Hotelarskich, Centrum Tańca WYPYCH oraz pozostałych mieszkańców Kalisza.

Pokaz odbył się na terenie Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu, wśród pięknej zieleni, stanowiącej dla dwunastu modelek naturalną scenografię wybiegu. Projektem zainteresowała się redakcja gazety „Naj” poświęcając mu dwie szpalty. Znalazł on także pozytywne odzwierciedlenie w kaliskich mediach i lokalnej prasie. Po jego zakończeniu powstał także profesjonalny katalog.

Realizacja projektu pt. „Moda łączy pokolenia” spełniła zatem jedno z głównych zadań terapii zajęciowej, która stawia sobie za cel podniesienie aktywności mieszkańców DPS oraz zintegrowanie ich z młodymi mieszkańcami Kalisza. Przełamał przekonanie o bezsilności osób starszych, zapobiegł ich marginalizacji, wykluczeniu społecznemu, gdyż często osoby starsze zostają poddawane presji iż trzeba się odsunąć gdzieś głęboko w kącie, bo świat stworzony jest tylko dla młodych. Pokazaliśmy w ten sposób, że we współczesnym świecie seniorzy nie muszą i nie powinni izolować się od społeczeństwa i nie powinni czuć się niepotrzebni. Mają bowiem doświadczenie życiowe, mądrość życiową i znają głęboki sens życia, którym mogą obdzielić wielu ludzi młodych. A do tego są piękni zewnątrz i wewnątrz! I to jest ich niezaprzeczalny atut! Działania skierowane na skalę lokalną takie jak projekt „Moda łączy pokolenia” z pewnością wpływają na wzrost aktywności społecznej seniorów ale również przygotowują społeczeństwo do starości. Jest to więc proces edukacyjny działający w dwie strony. Myślę, że dzięki tego typu akcji mieszkanki Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu, nie czują swojej odmienności spowodowanej wiekiem – wręcz odwrotnie, mają poczucie, iż są pięknymi pełnowartościowymi kobietami mającymi jeszcze wiele do zrobienia i do zaproponowania społeczeństwu

W naszej bieżącej historii sukcesem było otrzymanie w 2008r. standardu, co oznacza, że nasz Dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny z normami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca placówki.

Innowacją w działaniu placówki którą kieruję była i jest chęć połączenia wiedzy ludzi nauki i kultury z wiedzą praktyków, którzy na co dzień zajmują się problematyką osób w wieku senioralnym. W tym celu współorganizowałam trzy konferencje o tematyce ściśle powiązanej

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

z życiem osób znajdujących się w ostatnim okresie rozwojowym. Pierwsza zorganizowana konferencją pt. „Starość nie musi być smutna” odbyła się w Sali Receptyjnej kaliskiego Ratusza w ramach obchodów XX-lecia istnienia DPS. Prelegentów z wielkim zainteresowaniem słuchało 300 gości obecnych w ratuszowej Sali.

W 2010 roku w ramach obchodów Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym w Polsce i współfinansowany przez Departament Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Komisję Europejską, Dom Pomocy Społecznej zrealizował projekt pt. „Trzecia młodość- inicjatywa, wyzwania, integracja”, którego częścią była konferencja w Kaliskiego Inkubatora Przedsiębiorczości na której seniorzy mogli się dowiedzieć o swoich prawach i przywilejach. Prelegentami byli Krystyna Wyrwicka Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie, dr Joanna Staręga – Piasek Dyrektor Instytutu Służb Społecznych w Warszawie oraz dr Lidia Fołtarz z UAM w Kaliszu. Wykładów słuchało około 400 gości.

Ostatnim w minionym okresie spotkaniem ludzi świata nauki i praktyków była zorganizowana przy udziale Domu Pomocy Społecznej w roku 2012 Międzynarodowa Konferencja Naukowa pt. „ Starość jest atrakcyjna”. Konferencja była okazją do wymiany poglądów na temat starzenia się i starości, zaprezentowano interdyscyplinarne spojrzenie na ten problem. Prelegentami były osoby ze świata nauki z wielu uczelni krajowych i zagranicznych oraz przedstawiciele władz z regionu i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Sala kaliskiej uczelni pomieściła 300 osób zainteresowanych wykładami.

Poprzez organizację tego typu przedsięwzięć staram się przybliżyć tematykę grupy społecznej jaką są seniorzy szerszemu kręgowi słuchaczy oraz zwrócić uwagę na kwestie nierównego i dyskryminującego traktowania osób starszych. Głębszą motywacją mojego działania jest poszukiwanie innowacyjnych metod pomocy ludziom starszym, którzy dzięki temu osiągną wystarczające poczucie bezpieczeństwa i stabilności w swoim życiu.

Bibliografia

B. Lewandowska, *Zdrowe i niezdrowe oblicza bierności*. W: A. Keplinger (red.), *Bierność społeczna*. ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2008.

E. Baum, *Terapia zajęciowa*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2008.

L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w Domach Pomocy Społecznej*. Wydawnictwo ŚLĄSK, Katowice 1999.

T. Kott, *Zajęcia pozalekcyjne i terapia zajęciowa z osobami o obniżonej sprawności umysłowej*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2002.

Kontakt

Renata Kobierska

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Kaliszu

e-mail: dpskalisz@poczta.fm

Recenzia

Ks dr Robert Necek

AKTIVIZÁCIA PRIJÍMATEĽOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Z ASPEKTU KVALITY POSKYTOVATEĽOV

Miroslava Tokovská - Jana Šolcová

Abstrakt

Prijímatelia sociálnych služieb v seniorskom veku v inštitucionálnej starostlivosti sú odkázaní nielen na pomoc inej fyzickej osoby v zmysle ošetrovania a opatrovania, ale i na sociálneho pracovníka v zmysle podpory a sprevádzania na ceste životom. Interdisciplinárna kooperácia v sociálnych službách ma nezastupiteľný význam. Aktivizácia seniorov a poskytovanie sociálnych služieb prebieha prostredníctvom pomáhajúcich profesií akými sú aj ošetrovateľstvo a sociálna práca. Prieniky do oboch odborných sfér sú markantné a vyžadujú si ďalšie, systémové a koordinované vzdelávanie pomáhajúcich profesionálov na všetkých úrovniach sociálnych služieb. V príspevku poukazujeme na dôležitosť ďalšieho vzdelávania v oblasti poskytovania sociálnych služieb a aktivizácie prijímateľov. Prezentujeme výsledky nami realizovaného výskumného bádania, ako aj iných výsledkov prieskumov reflektujúcich na potreby sociálnych pracovníkov zaradených na pracovisku v pozícii inštruktorov sociálnej rehabilitácie a pracovných terapeutov (so zameraním na seniorov).

Kľúčové slová: aktivizácia, seniori, vzdelávanie pomáhajúcich profesionálov, kvalita sociálnych služieb

Úvod

Pomáhajúci profesionáli v poskytovaní sociálnych služieb a pri realizácii aktivizácie seniorov majú svoje stále miesto už po niekoľko desaťročí. Interdisciplinárna kooperácia jednotlivých odborníkov, ako aj priama práca odborníka s klientom si vyžaduje celoživotné i ďalšie profesijné vzdelávanie. Cieľom ďalšieho vzdelávania môže byť aplikácia nových teoretických poznatkov a metód práce, udržiavanie a revízia nadobudnutých psychosociálnych zručností alebo tréning praktických zručností. Pri aktivizácii prijímateľov sociálnych služieb je nevyhnutné ďalšie vzdelávanie s vyššie uvedenými cieľmi, ktoré kreujú a skvalitňujú metódy a formy potrebné pre poskytovanie sociálnych služieb. Samotná legislatívna norma predkladá podmienky pre hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby. V oblasti personálnych podmienok Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách hovorí, že je dôležité mať v zariadení poskytujúcom sociálne služby upravené podmienky pre zaškoloňovanie a rozvoj ďalšieho vzdelávania a tým zabezpečené zvyšovanie odbornej spôsobilosti zamestnancov (odborníkov).

1 Aktivizácia prijímateľov sociálnych služieb

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 na aktivizáciu podľa svojich potrieb, schopností a možností a na druhej strane povinnosť poskytovateľa mu túto aktivizáciu poskytnúť na odbornej úrovni. V § 6 tohto zákona odstavec 2 písmeno a) hovorí, že *fyzická osoba má právo 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* (Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách vznp). Deklaratívne definované ustanovenie zákona podporuje sebestačnosť fyzických osôb umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb prostredníctvom rozmanitých činností, ktoré sa majú uskutočňovať okrem iného aj v súlade s ľudskými právami a slobodami.

V oblasti práce so seniormi v pobytových zariadeniach autorka Malíková (2011, s. 115) definuje aktivizáciu, ktorá zahŕňa tri činnosti:

1. „*Volnočasové a záujmové aktivity.*
2. *Poskytnutie pomoci pri obnovení alebo udržaní kontaktu s prirodzeným sociálnym prostredím.*
3. *Pomoc pri nácviku a zlepšovaní všetkých schopností (motorických, psychických a sociálnych) klienta.“*

Za prioritné zdôrazňuje predchádzanie pasivite a ponúknutie prostredia bohatého na stimuly so zameraním sa na redukciu deprivácie a spoločenskej izolácie. Táto požiadavka vyžaduje znalosti s rôznorodých oblastí praxe ako aj oblasti sociálnych zručností, odborných vedomostí v oblasti inovatívnych metód sociálnej práce. Vybrané pracovné metódy a postupy musia byť cielené na zamestnávanie prijímateľov služieb činnosťami, ktoré rozvíjajú aktívny postoj, poskytujú prínos pre prijímateľa pretože obohacujú a spríjemňujú každodenný život. Tokovská (2012) tvrdí, že podstatou profesionálnej činnosti odborníka je pozitívna životná skúsenosť klientov, humor, optimizmus a pekné okamihy strávené v prítomnosti pomáhajúceho profesionála alebo v skupine rovesníkov. V súvislosti s uvedenými teoretickými východiskami vnímame potrebné uviesť prepojenie nami zistených výsledkov výskumu Vzdelávacie potreby pomáhajúcich profesionálov v praxi (marec 2013, UMB), do ktorého boli zapojení pomáhajúci profesionáli pracujúci v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby na území Banskobystrického samosprávneho kraja. Do výskumu sa zapojilo 103 pomáhajúcich profesionálov (sociálni pracovníci, sociálni

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

pedagógovia, inštruktori sociálnej rehabilitácie a pracovní terapeuti) a ich potreby sme zisťovali prostredníctvom využitia kvantitatívnej stratégie výskumu. Na zber sme využili dotazník a zozbierané empirické dáta sme následne analyzovali. Táto výskumná stratégia vychádzala z podstaty priameho dopytovania sa pracovníkov na ich potreby. (Prusáková a kol, 2010)

V súvislosti so zisteniami názorov pomáhajúcich profesionálov a vlastným seba hodnotením pomáhajúcich profesionálov, nám ako najvýznamnejšia potreba vzdelávania dominovala oblasť vzdelávania sa v súvislosti s aktivizáciou. Zistený bol pozitívny vzťah profesie (pracovného zaradenia) s výberom oblasti vzdelávania (konkrétne ošetrovatelia a inštruktori sociálnej rehabilitácie).



Úloha sociálneho pracovníka v aktivizačnej činnosti so seniormi spočíva v podpore, úcte a pomoci, ale i v zdokonaľovaní vedomostí formou ďalšieho vzdelávania so zameraním na konkrétne témy. V súvislosti s touto oblasťou sme ponúkli pomáhajúcim profesionálom škálu tém súvisiacu s aktivizačnou činnosťou.

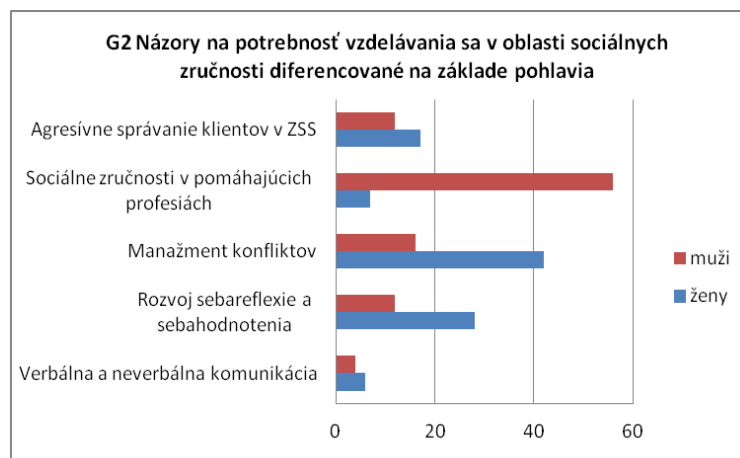
T1 Záujem pomáhajúcich profesionálov o vybrané témy v oblasti aktivizácie seniorov

Témy vzdelávania	%	n
Kognitívne tréningy v práci sociálneho pracovníka	27	28
Pohybové cvičenia na podporu mozgovej činnosti	2	2
Motivácia klientov k aktivizačným činnostiam	6	6
Reminiscencia – práca so spomienkami	14	15
Aktivizácia prijímateľov sociálnych služieb	51	52
Spolu	100	103

Aktivita je východiskom pre výkon človeka i pre jeho samostatné fungovanie s dôrazom na integritu osobnosti a vlastnej identity. Súčasne chápeme význam aktivít v spojitosti s uspokojovaním potrieb podľa Maslowa, salutogenetickým vnímaním Antonovskeho, prístupom zameraným na človeka podľa Rogersa a prístupmi zameranými na starostlivosť podľa Kitwooda. V seniorskom veku je potrebné v dostatočnej miere saturovať potreby stimulácie, učenia, aktivity, otvorenej budúcnosti, istoty i seberealizácie. Je nesmierne dôležité podporovať seniorov v nájdení alebo v pokračovaní aktivít, ktoré dávajú pocit zmyslu života a pocit užitočnosti i vo vyššom veku. Nie je rozhodujúce rozlišovať aktivity *záujmové* napríklad prechádzky, práca v záhrade, bicyklovanie, čítanie dennej tlače a podobne a *aktivitybežného života* ako napríklad ranná hygiena, úprava lôžka, prestieranie, jedenie, nakupovanie, telefonovanie a podobne. (Tokovská, 2012)

Na základe uvedeného konštatujeme, že v súvislosti s teoretickými východiskami základných potrieb prijímateľov sociálnych služieb sa prepája aj záujem pomáhajúcich profesionálov. Toto zistenie považujeme za pozitívne, pretože je evidentné, že štatisticky významný rozdiel v preferencii záujmu o tému nebol ovplyvnený zamestnaním v konkrétnom zariadení sociálnych služieb (napríklad len zariadeniami pre seniorov). O tieto aktuálne inovatívne témy mali záujem aj profesionáli pracujúci s inou cieľovou skupinou (osoby s mentálnym alebo telesným postihnutím, osoby s ťažkým zdravotným postihnutím – napr. s chronickým psychiatrickými ochoreniami). Naše zistenie je podložené aj legislatívnou úpravou Zákona NR SR č. 448/2008 o sociálnych službách, kde je deklaratívne upravená povinnosť aktivizácie. Téma aktivizácie prijímateľov sa preukázala ako najdôležitejšia, táto súvislosť je prepojená s celkovým obratom pozornosti poskytovania profesionálnej pomoci zo statusu závislí od pomoci na status aktivizovaní pomôcť si. Aj v prípade seniorov je významné niečo robiť v závislosti od kondície, respektíve od zdravotného stavu, ktorý často ovplyvňuje realizáciu aktivít. Vo všeobecnosti platí princíp, že *v práci so seniormi neexistuje hodnotnejší prostriedok ako primeraná činnosť*. Tento princíp potvrdzuje aj výskum odborníkov, ktorí za účelom zostavenia Komunitného plánu sociálnych a súvisiacich služieb mesta Ružomberok na obdobie rokov 2010-2012 zistili, že klienti v zariadeniach sociálnych služieb chcú mať zabezpečenú príležitosť aktívne sa podieľať na chode zariadení (pracovať, byť užitoční). Taktiež si klienti želajú mať zabezpečenú psychickú pohodu a stabilitu (Okálová, Kamanová, Almášiová a iní, 2012). Z uvedeného vyplýva aká dôležitá je aktivizácia pre prijímateľov sociálnych služieb. Pre sociálneho pracovníka je dôležité plánovať aktivity fyzického, spoločenského, intelektuálneho, duchovného, pracovného, spontánneho i tvorivého charakteru. V súvislosti so spomenutým sme konkrétne orientovali

pozornosť v oblasti vzdelávania súvisiaceho s rozvojom sociálnych zručností. V súvislosti s prvotnými analýzami prezentujeme štatisticky významné rozdiely v preferencii tém vzdelávania sa na základe pohlavia (G2).



Za významné zistenie považujeme rozdiely v názoroch na potrebnosť vzdelávania v oblasti sociálnych zručností u mužov a manažmente konfliktov u žien v pomáhajúcich profesiách. Zistenie nás vedie k priebežnému úsudku o prefeminizácii pomáhajúcich profesionáliek. Do budúcnosti by bolo vhodné hlbšie vedecké bádanie týchto rozdielnych názorov na dve oblasti vzdelávania z pohľadu mužských a ženských pomáhajúcich profesionálov a profesionáliek.

Aktivity i rôzne metódy aktivizácie sa lepšie uskutočňujú v podmienkach prispôbeného prostredia a dobrých ľudských vzťahov. Pod prispôbením prostredia máme na mysli predovšetkým technické záležitosti ako napríklad vhodné osvetlenie pri aktivitách zameraných na jemnú motoriku, úplne vylúčenie rušivých vplyvov (zapnutý televízor, rádio, hluky ulice) počas kognitívnej rehabilitácie a iné. Nejedná sa teda o materiálne-technické vybavenie najmodernejšími pomôckami a technológiami, ale o jednoduché spôsoby predprípravy aktivít s cieľom prispôbenia daného prostredia. Dobré medziľudské vzťahy sú doménou práce pomáhajúceho profesionála. Aktivity prebiehajúce ako povinnosť bez štipky ľudského záujmu sociálnej pracovníčky o klienta seniora sú formálnou činnosťou, ktorá sa vykáže v štatistických záznamoch. Každá činnosť by mala mať emocionálny náboj a podľa nášho názoru sa aj z bežných aktivít dajú urobiť atraktívne činnosti (Odlarová, Tokovská, 2011).

Štúdium domácej i zahraničnej literatúry vo vzťahu k procesu prípravy aktivizačných programov nás vedie k vytvoreniu inovatívneho pohľadu na pojem aktivizácia. Podľa nášho názoru je potrebné sa zamerať pri porozumení pojmu aktivizácia na východiskové princípy, ktoré spočívajú v orientácii na:

- človeka (klienta) ako celok s holistickým poskytovaním starostlivosti a prístupom,

- fungujúce schopnosti a zapojenie všetkých funkčných zdrojov klienta,
- proces práce s klientom pri dosahovaní jeho/jej cieľa za predpokladu autentického prijatia klienta pomáhajúcim profesionálom,
- existujúce a perspektívne vzťahy v životnom prostredí klienta (pod životným prostredím rozumieme inštitúciu alebo domácnosť),
- prehĺbenie významu a zmyslu vlastného života klienta prostredníctvom sociálnej práce,
- starostlivosť formujúcu ľudskú osobnosť prostredníctvom prejavu úcty, rešpektu, komunikácie a úprimnej lásky pomáhajúcich profesionálov ku klientom,
- multidisciplinárny tím – pomáhajúci profesionáli, rodina, spoločenstvo, ktorí sú v blízkosti klienta – sú rovnako dôležití pri procese aktivizácie,
- štát a jeho kultúrne i spoločensko-ekonomické a politické podmienky majú vplyv a význam na priebeh aktivizácie,
- organizácia alebo inštitúcia, v ktorej sa klient nachádza môže ovplyvňovať uskutočňovanie aktivizácie.

Vychádzajúc z teoretických východísk a predošlých vedeckých činností (Tokovská: Aktivizácia seniorov s ochorením demencie, kvalitatívna stratégia, 2012) i našich skúseností z praxe navrhujeme definíciu aktivizácie nasledovne:

„Aktivizácia je systematická činnosť a plánovaná snaha pomáhajúceho profesionála s cieľom zlepšenia alebo udržania celkového zdravotného stavu klienta, ktorá vychádza z poznatkov životného príbehu (biografie) klienta, vplýva na zachovanie identity a integrity klienta a jej výsledkom je zmysluplné prežívanie dňa a uvedomovanie si vlastnej hodnoty.“

(Tokovská, 2012)

2 Vzdelávanie ako cesta ku kvalite aktivizácie

S ohľadom na vekovú kategóriu seniorov platí, že kvalita sociálnych služieb poskytovaných seniorom sa viaže predovšetkým k životným hodnotám jednotlivých klientov a je úzko spätá s klientovou kvalitou života – prežívaním pocitu bezpečia, dôstojnosti i odbornej starostlivosti. Nástroje na zavedenie, sledovania a hodnotenie kvality sociálnych služieb sú rôznorodé, môže sa jednať o samohodnotiace nástroje CAF alebo zavádzanie systémov manažérstva kvality ISO, EFQM a iné. Súčasnú požiadavku kladenú na samotných pomáhajúcich profesionálov nevynímajú kvalitu v širokom spektre poskytovaných sociálnych služieb, teda aj ich ďalšie vzdelávanie.

Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov popisuje v § 84 ďalšie vzdelávanie ako prehlbovanie kvalifikácie odborných zamestnancov. Cieľom tohto vzdelávania je priebežné udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie požadovaných vedomostí a schopností potrebných na vykonávanie pracovných činností v oblasti sociálnych služieb. Ďalšie vzdelávanie sa môže podľa tohto zákona § 84 ods. 21 realizovať ako:

- a) *špecializačné vzdelávanie zabezpečované strednými školami alebo vysokými školami nadväzujúce na získanú kvalifikáciu,*
- b) *účasť na akreditovaných kurzoch,*
- c) *účasť na školiacich akciách v sociálnej oblasti,*
- d) *účasť na sociálno-psychologických výcvikoch,*
- e) *pravidelná lektorská činnosť a publikačná činnosť.*

Pracovníci pomáhajúcich profesií majú možnosť zúčastňovať sa na vzdelávaní či už ide o akreditované kurzy alebo školiace akcie v sociálnej oblasti. Špecializačné vzdelávanie zabezpečované vysokými školami nadväzujúce na získanú kvalifikáciu však nie je bližšie špecifikované, realizované ani koncepčne riadené zodpovedným orgánom. Do súčasnej praxe sa nepodarilo zaviesť systémové projekty na podporu ďalšieho vzdelávania pre profesiu pomáhajúcich profesionálov v sociálnej oblasti. Rovnako sa nepodarilo dosiahnuť v dostatočnej miere sústredenú a koordinovanú aktivitu všetkých zainteresovaných aktérov. Hlavní aktéri v systéme celoživotného vzdelávania sú samotní pomáhajúci profesionáli, vzdelávacie inštitúcie, poradenské centrá, zamestnávateľia, profesijné a odborové združenia, ale aj miestna a regionálna samospráva, personálne agentúry a mimovládne organizácie. Títo aktéri sa musia podieľať na identifikácii, vývoji a aplikácii spomenutých nástrojov spoločne. Sociálni pracovníci ako pomáhajúci profesionáli vykonávajúci náročnú a zodpovednú prácu s ľuďmi odkázanými na pomoc inej fyzickej osoby nie sú koncepčne koordinovaní v oblasti ďalšieho vzdelávania. Výber a možnosti vzdelávania sú rozmanité, ale pomáhajúci profesionáli nevedia čo im zamestnávateľia uznajú v rámci ďalšieho vzdelávania a na základe čoho im budú poskytnuté benefity v zamestnaní. Ich preferenciou je akreditované vzdelávanie čo jasne prezentuje T2.

T2 Názory pomáhajúcich profesionálov na dôležitosť akreditovania vzdelávacích aktivít

Možnosti odpovedí	n	%
Áno	87	84
Nie	14	13
Neviem sa vyjadriť	2	3
Spolu	103	100

Paradoxom je však aj nereálny pohľad týchto pomáhajúcich profesionálov, keď v ďalšom dopytovaní sme zistili, že akreditované kurzy si pomáhajúci profesionáli finančne nie sú schopní zaplatiť. Ich reálna cena je od 100 € až po 400 €. Taktiež preferujú kurzy lacné a jednodňové (teda neakreditované). Vzdelávacia politika Európskej únie prispieva k rozvoju kvalitného vzdelávania podporovaním spolupráce medzi členskými štátmi ako aj podporovaním zmien v národných vzdelávacích systémoch. (Stanek, 2011) Táto tendencia rastie v posledných rokoch v súvislosti s kľúčovým zámerom stratégie celoživotného vzdelávania v Európskej únii – inovácia vo vzdelávaní. (Slavík, 2012) Cieľom prezentovanej stratégie je vyvinúť účinné metódy výučby a učenia sa v kontexte nepretržitého celoživotného a širokospektrálneho vzdelávania pomáhajúcich profesionálov. Potreba a záujem samotných pomáhajúcich profesionálov o vzdelávanie súvisiace s aktivizáciou prijímateľov služieb je reálna. Diskusiou, ale ostáva skutočnosť existencie akreditovaných vzdelávaní v tejto oblasti, ich prístupnosť (lokálna, finančná a i.) pre pomáhajúcich profesionálov a systémové vzdelávanie formou kreditov s následným pracovným postupom, prípadne inými benefítmí v práci pomáhajúcich profesionálov.

Záver

Povolania, v ktorých centre pozornosti je človek, vzťah a bezprostredná pomoc človeku, predstavuje široký záber profesií. V kontexte sociálnej starostlivosti a sociálnych služieb sú to najmä sociálni pracovníci, inštruktori sociálnej rehabilitácie, opatrovatelky, pracovní terapeuti, ošetrovatelia a iní. Osobnosť pomáhajúceho je pre výkon pomáhajúcej profesie jeden z rozhodujúcich komponentov. Toto povolanie je orientované najmä na problémy druhých ľudí a poskytovanie im čo najúčinnnejšej pomoci, ale taktiež na reflektovanie potrieb prijímateľov sociálnych služieb. Všetky pomáhajúce profesie vidia v pomáhaní svoj zmysel, či poslanie a k jeho naplneniu sa snažia hľadať spôsoby, ako podporiť zdravie, prospech či pohodu druhého človeka. Kvalita je nepochybne spätá s poskytovanými službami, ako aj s konkrétnymi personálnymi kvalitami zariadenia a ďalším vzdelávaním.

Bibliografia

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

ODLEROVÁ, A., TOKOVSKÁ, M. 2011. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. 1. vyd. Banská Bystrica : OZ Rieka života - CPS, 2011, 165 s. ISBN 978-80-970737-6-3.

OKÁLOVÁ, O., KAMANOVÁ, I., ALMÁŠIOVÁ A. a iní. 2012. *Komunitný plán sociálnych a súvisiacich služieb Mesta Ružomberok na obdobie rokov 2010-2012*. Ružomberok : Verbum, 2012. 126 s. ISBN 978-80-8084-862-0

PRUSÁKOVÁ, V. a iní 2010. *Analýza vzdelávacích potrieb dospelých*. Teoretické východiská. Banská Bystrica : PF UMB, 2010, 258 s. ISBN 978-80-557-0086-1

SLAVÍK, M. 2012. *Vysokoškolská pedagogika*. Havlíčkov Brod: Grada, 2012. 256 s. ISBN 978 – 80-247- 4054- 6.

STANEK, V. a iní. 2011. *Sociálna politika. Teória a prax*. 2. vyd. Bratislava : Sprint dva. 2011. 343 s. ISBN 978-80-89393-28-2.

TOKOVSKÁ, M. 2012. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie*. Ružomberok : Dizertačná práca. 140 s.

ZÁKON NR SR č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Kontakt

PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

Mgr. Jana Šolcová, PhD.

Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Ružová 13, 974 11 Banská Bystrica

e-mail:miroslava.tokovska@umb.sk, jana.solcova@umb.sk

Recenzia

Doc.PhDr.Iena Kamanová, PhD.

VALIDÁCIA PODĽA NAOMI FEIL

Mária Wirth

Abstrakt

V literatúre, ale aj v praxi sa stretávame so širokou škálou terapeutických prístupov, ktoré sú zamerané na ľudí s Alzheimerovou chorobou. Všetky majú spoločný základ a to orientáciu na postihnutého človeka na jeho bio-psycho-sociálnu jednotu. Odlišujú sa však v cieľoch a vo formách. Niektoré sa zameriavajú viac na stimuláciu pozitívneho myslenia klienta, ale sú aj také, ktoré pracujú s negatívnymi emóciami a prežívaním.

Kľúčové slová: terapeutický prístup, potreby, validácia, Alzheimerova choroba.

História

Zakladateľkou ja Naomi Feil, ktorá vyrastala v domove dôchodcov v Clevelande v štáte Ohio, kde boli zamestnaní jej rodičia. V rokoch 1963-1980 rozpracovala metodiku prístupu k starým ľuďom so zameraním na ľudí postihnutých demenciou. Spolu so svojimi odbornými spolupracovníkmi neustále rozpracováva metodiku validácie a ponúka vzdelávacie kurzy po celom svete.

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. Validácia je metóda komunikácie s dezorientovanými starými ľuďmi. Spracováva vývinovú teóriu E. H. Ericksona, ktorá hovorí o tom, že pri postupnej strate prítomnosti a nedávnej minulosti, ktorou trpí človek s Alzheimerovou chorobou, je jeho snahou dosiahnuť rovnováhu. Túto snahu môžeme vidieť ako prejavy smútku, stereotypné správanie, odchádzanie domov, blúdenie a pod. Ich riešenie mu prinesie spokojné a vyrovnané prežívanie staroby a umieranie. V neposlednej rade je validácia spôsob, ktorý umožňuje starému človeku uspokojovať základné ľudské potreby. Vychádza z teórii hlbinných a humanisticky orientovaných prístupov.

Pre praktické využívanie v každodennej práci s klientmi validácia umožňuje určiť fázu dezorientácie, odhadnúť typ správania dezorientovaných starých ľudí a ponúka jednoduché praktické techniky komunikácie a zabráni prepadnutiu do štádia vegetácie.

Prostredníctvom validácie získajú dezorientovaní empatické aktívne počúvanie, neodsudzovanie, ale práve naopak akceptovanie ich hľadiska reality. V tomto rozmere, v ktorom rastie medzi klientom a validujúcim opatrovateľom dôvera, sa odstraňujú pocity

strachu a nutnosť klienta obmedzovať. V konečnom dôsledku je vedomie postihnutého človeka znovu posilňované ľudskými hodnotami a zlepšujú sa telesné a sociálne funkcie.

Princípy validácie boli vytvorené samotnou autorkou a vzťahujú sa na dezorientovaných starých ľudí. Pomáhajú nám v našom jednaní a sú základom pre udržanie správneho používania validácie v praxi. Celkovo ich je 11.

Naomi Feil vychádzala zo psychologických teórií ako sme uviedli vyššie. Snažila sa o to, aby validácia ako metóda bola postavená na základoch, ktoré môžu slúžiť aj pre iné národnosti. To dokazuje aj fakt, že Validácia Naomi Feil má svoje zastúpenie autorizovanej organizácie v 9-tich krajinách sveta od Spojených štátov amerických cez Európu až po Japonsko.

Jeden z prvých princípov je, že dezorientovaní starí ľudia majú hodnotu a sú jedineční. V praxi často vidíme ako opatrovateľ v zariadení oslovuje klienta napríklad „teta“, alebo „babka“, prípadne bez mena „moja“. Podľa validácie zaobchádzame so starými ľuďmi s rešpektom a ku každej osobe pristupujeme individuálne. Táto teória vychádza hlavne z humanistickej orientovanej psychológie ako napríklad A. Maslowa, C. Rogersa. Ako hovoria „Považuj svojho klienta za výnimočnú osobnosť.“ Domnievam sa, že napriek tomu, že je tento princíp na prvý pohľad veľmi prozaický, vo vzťahu ku klientovi má nesmierny význam. Na vytváraní dôvere medzi klientom a opatrovateľom, zdôrazňujeme na vzájomnej dôvere, ktorá platí aj opačne, je základným kameňom ľudskosť. Objaviť v dezorientovanom dementnom človeku ČLOVEKA je aj pre niektorých profesionálov žiaľ problém. Ak ho však vieme objaviť u seba, tie prvky človečenstva, vidíme ich aj na tých ostatných. Ľudský vzťah nie je postavený na tom, či ma ten druhý dobre počuje, či si pamätá naše meno a vie kde býva. Ľudský vzťah je väzba, sú to city, ktoré ju pevne držia. Nepotrebuje slová, fakty ani pamäť. Je založená na absolútnej prítomnosti dvoch ľudí. Aj keď to vyznieva tak trochu pateticky, práve ľudia s Alzheimerovou chorobou sú príkladom toho, že túto väzbu dokážu vnímať absolútne intaktne. Tak ako je dôležitá pre nás je dôležitá aj pre nich.

Druhý princíp hovorí o tom, že akceptujeme starého dezorientovaného človeka, takého aký je. Nesnažíme sa ho zmeniť. Napríklad ak 90 ročná pani si žiada opäť raňajky, lebo je presvedčená, že ešte ich nedostala, opatrovateľ ju zvyčajne opraví. Oboznámi ju s tým, že tie raňajky už dávno zjedla a že už nemôže byť hladná. Opatrovateľ, ktorý používa validáciu ako metódu vie, že pani trpí psychologickým hladom, pod ktorým sa myslí hlad po svojej rodine, láske, kontaktoch. Takže reaguje nasledovne „Čo Vás nasýti?“ Nesnažíme sa o zmenu jej správania, ale akceptujeme ju a snažíme sa o uspokojovanie individuálnych potrieb jednotlivca, ktoré sú vyjadrené v správaní klientky. Humanistická teória hovorí o tom, že je dôležité klienta akceptovať bez toho, aby sme ho odsudzovali. Sigmund Freud dopĺňa danú

teóriu, že terapeut nemôže dosiahnuť žiadnu zmenu v správaní klienta, pokiaľ samotný klient nie je na zmenu pripravený alebo nemá kognitívnu kapacitu na získanie nadhľadu nad svojou situáciou.

Pre ucelenosť uvádzam aj ďalšie princípy validácie tak ako ich interpretuje Naomi Feil:

- Empatia a spolucítenie vedie k dôvere, znižuje sa strach a posilňuje sa dôstojnosť.
- Bolestivé pocity, ktoré boli spracované a prijaté a od dôverného opatrovateľa validované sa vyskytujú v menšom množstve. Bolestivé pocity, ktoré ignorujeme a potláčame, sa stanú ešte silnejšími.
- Existuje dôvod, prečo sa starí ľudia tak správajú.
- Správanie dezorientovaných starých ľudí môže vychádzať z jednej alebo viacerých neuspokojených ľudských potrieb.
- Skôr naučené správanie sa opäť objavuje, keď sa vytrácajú verbálne schopnosti a zlyháva krátkodobá pamäť.
- Osobné symboly, ktoré používajú dezorientovaní starí ľudia, sú ľudia alebo predmety v prítomnosti, ktoré reprezentujú ľudí, predmety z minulosti a sú nabité emóciou.
- Dezorientovaní starí ľudia žijú na rôznych úrovniach vedomia, častokrát v rovnakom čase.
- Ak starým dezorientovaným ľuďom slabnú zmysly, stimulujú sa sami, pričom používajú svoj „vnútorný zmysel. Ak videnie slabne, začnú vidieť vnútornými očami. Ak im už sluch slabne, počúvajú tóny z ich minulosti.
- Príhody, emócie, farby, zvuky, pachy, chute a obrazy tu a teraz spúšťajú emócie, ktoré sú podobné emóciám z minulosti.

Bibliografia

FEIL, N., VICKI de KLERK-RUBIN: Validation Ein weg zum Verständnis verwirter alter Menschen, 2005, 8. vydanie, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, ISBN 3-497-01794-9

NEU, H.: Validation nach Naomi Feil Skriptum Lehrerausbildung, 2004, Wiener Rotes Kreuz Ausbildungszentrum

Kontakt

Mgr. Mária Wirth, PhD.

OZ Terapeutika, Nadácia Memory

Bratislava

e-mail: ozterapeutika@gmail.com

Recenzia

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

AGEIZMUS JEHO ŠPECIFIKÁ A VÝSKYT V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Katarína Zrubáková - Markéta Volná

Abstrakt

Ageizmus alebo veková diskriminácia patrí v súčasnosti medzi aktuálne problémy, s ktorými sa stretávame vo vyspelých krajinách. Aj v prezentovanom príspevku stručne charakterizujeme ageizmus a jeho osobitosti v starostlivosti o seniorov. Opisujeme ageizmus v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti ako aj príčiny ageizmu v zariadeniach sociálnych služieb. Jadro príspevku tvoria výsledky výskumu, ktorého cieľom bolo zistiť reálny výskyt a prejavy ageizmu v zariadeniach sociálnych služieb.

Kľúčové slová: ageizmus, zariadenia sociálnych služieb, seniori, ošetrovateľská starostlivosť, výskum.

Úvod

Starnutie populácie je jedným z významných demografických trendov súčasnej doby, ktoré sa v celosvetovom meradle stáva problémom 21. storočia (Weber, 2000). Tento problém vo významnej miere ovplyvňuje zdravotnícky systém vo všetkých vyspelých krajinách a stáva sa tak zdravotníckou prioritou číslo jedna. Starostlivosť o seniorov má svoje špecifiká, ktoré sú: zmeny organizmu v procese starnutia, zvýšený výskyt akútnych a chronických ochorení, zdravotno - sociálny rozmer ochorení. Starostlivosťou o starších ľudí sa zaoberá geriatra, sociálna geriatra a geriatrické ošetrovateľstvo. Ich hlavnou osobitosťou je rešpektovanie individuality seniora/geriatrického pacienta a prístupovanie k nemu podľa zásad modernej geriatrickej. Medzi tieto zásady patrí hlavne deinštitucionalizácia - ponechanie klienta v jeho prirodzenom prostredí. Niekedy však nastane situácia, keď senior zo zdravotných, sociálnych alebo ekonomických dôvodov nemôže ostať vo svojej domácnosti a je umiestnený do zariadení sociálnych služieb (ZSS). Aby sa zariadenie stalo seniorovým druhým domovom, musí sa starší človek v ňom cítiť dobre a bezpečne. Ak opomenieme materiálne zabezpečenie a polohu zariadenia, najdôležitejším aspektom je kvalitná ošetrovateľská starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť o geriatrických pacientov je náročná fyzicky i psychicky. V ZSS majú klienti rôzne somatické, psychické, ale aj psychiatrické ochorenia a starostlivosť o nich nie je jednoduchá. Ošetrojúci personál sa stretáva s veľkými geriatrickými syndrómami, najčastejšie s inkontinenciou, imobilitou, depresiou a demenciou. Neľahká práca, ktorá je

veľa krát aj finančne nedocenená môže vyvolať predsudky voči klientom. A práve veková diskriminácia seniorov, jej osobitosti a výskyt je predmetom nášho príspevku.

Ciele príspevku:

1. Charakterizovať ageizmus vo všeobecnosti a v ošetrovateľskej starostlivosti.
2. Priblížiť prejavy a príčiny ageizmu priamo v klinickej praxi, v zariadeniach sociálnych služieb.

1 Ageizmus

„Termín *ageizmus* nemá slovenský ekvivalent. Je odvodený z anglického slova *age- vek, staroba*“ (Hrozenková, 2008, s. 38). Ageizmus je v súčasnosti chápaný ako predsudky a negatívne predstavy o senioroch a je s určitými obmenami takto definovaný (Malíková, 2011). Negatívne vnímanie staršej populácie nie je novodobým fenoménom. Bol pozorovaný v industriálnej americkej spoločnosti ako negatívny jav vznikajúci pri generačnom strete (Hudáková, 2011). Preto aj prvý krát bol tento termín použitý v Amerike, koncom šesťdesiatich rokov 20. storočia (v roku 1969), riaditeľom Amerického národného inštitútu pre starnutie Róbertom Butlerom a po jeho prvej prezentácii vznikla potreba širšej a prepracovanejšej definície. V priebehu ďalších rokov vznikali ďalšie definície a vymedzenia ageizmu podľa vývoja a náhľadu na oblasť, prijímania staroby (Pokorná, 2010, Stall, 2012). V Slovenskej republike sa záujem o problematiku zlého zaobchádzania so seniormi objavil až o 20 rokov neskôr (Hudáková, 2011).

V súčasnej dobe je asi najkomplexnejšie ponímaná definícia Vidovičovej (2008)...*ageizmus je ideológia založená na získanom presvedčení o kvalitatívnej nerovnosti jednotlivých fáz ľudského životného cyklu. Je manifestovaná cez proces systematickej, symbolickej a reálnej stereotypizácie a diskriminácie osôb a skupín na základe chronologického veku alebo na ich príslušnosti k určitej generácii.*

K základným prejavom ageizmu v dnešnej spoločnosti patrí:

- uprednostňovanie mladosti,
- používanie ponižujúceho jazyka pri rozprávaní o starobe a starších ľuďoch,
- názor, že choroba je problémom pre väčšinu starých ľudí,
- duševné choroby sú v starobe bežné, nevyhnutné, neliečiteľné,
- starí ľudia sú neproduktívni a teda zbytoční,
- väčšina starých ľudí žije v izolácii,
- typický starý človek je bezmocný, senilný, deprimovaný a škaredý.

S ageizmom sa stretávame v domácom prostredí (diskriminácia rodinnými príslušníkmi seniora), v zdravotníckych aj sociálnych zariadeniach. Osobitnou formou je mediálne násilie, ktoré je súhrnom viacerých mýtov, s ktorými musia ľudia staršej generácie zápasit' (Gálová, 2012).

Ageizmus je medzinárodným problémom, na základe rozsiahleho výskumu môžeme konštatovať, že je neriešený a akútny vzhľadom k zhoršovaniu prístupu a vzťahov spoločnosti, verejnosti a rodiny k starším. *Súčasný výskum zároveň ukazuje, že mnoho dôsledkov zneužívania bráni starším ľuďom, aby žili dôstojne a nezávisle, a zúčastnili sa na sociálnom a kultúrnom živote, čo je jedným zo základným ľudských práv podľa Článku 25 Charty Základných práv EU* (Fico, Guráň, 2012, s. 4).

2 Ageizmus v zdravotnej starostlivosti

V zdravotnej starostlivosti sa s ageizmom môžeme stretnúť priamo i nepriamo. Priamou diskrimináciou môže byť napr., ak je 70. ročnému pacientovi po NCMP odopreté ošetrovanie na špecializovanej iktovej jednotke, zatiaľ čo je liečba ponúknutá mladšiemu pacientovi v rovnakej klinickej situácii. Nepriamou diskrimináciou môže byť aj skrátenie dĺžky hospitalizácie, čo je pre polymorbídneho seniora nevýhodné, nakoľko jeho zdravotný stav sa ešte dostatočne nestabilizoval (Vurm, 2007).

Do problematiky ageizmu v zdravotníctve sa neradí len veková restrikcia. Typickým príkladom môže byť podceňovanie niektorých chorôb a porúch zmyslových funkcií tým, že sú pripisované staršiemu veku a nie sú rozpoznané ako dôsledok ochorenia, ktoré má byť riadne liečené... Aktérmi ageizmu môžu byť lekári, sestry a iný zdravotnícky personál.

Ageizmus v ošetrovateľskej starostlivosti

V ošetrovateľskej starostlivosti sa ageistické tendencie vyskytujú častejšie ako v bežnej populácii. Ageizmus v ošetrovateľskej starostlivosti je bežný fenomén, ktorý je posilňovaný negatívnymi stereotypmi. Prejavy ageistických tendencií poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti vychádzajú z niekoľkých zdrojov. Zdroje môžu byť: individuálne- subjektívne, psychologické, sociálne, kultúrne podmienené a zdroje z predsudkov a stereotypov.

V prípade ageizmu ide o predsudok kriticky nezhodnoteného úsudku voči seniorom, vychádzajúci z myšlienkových stereotypov, ktorý pramení z tradície, osobných skúseností, emócií a z nich vyplývajúcich postojov a názorov prijatých jednotlivcom.

V starostlivosti o jednotlivca sa ageistické tendencie prejavujú napríklad- nerešpektovaním bežných etických a právnych noriem, devalvujúcim chovaním, infantilizáciou, vyhýbaním sa kontaktom so seniorom, zlým zaobchádzaním so seniorom...

Dôsledky ageistických tendencií v ošetrovateľskej praxi

Ak nastane skutočnosť nereálneho hodnotenia vo vzťahu k seniorom, stávame sa ageistickými, nie sme schopní adekvátne poskytovať potrebnú starostlivosť, pretože správne nedefinujeme mieru, rozsah a úroveň požadovanej starostlivosti. Ageistické postoje sa tak manifestujú nedostatočným alebo naopak nadmerným rozsahom poskytovanej starostlivosti (Pokorná, 2010).

Dôsledkom ageistických tendencií môže byť:

- neúčinná spolupráca seniora,
- znížené sebahodnotenie,
- dopad na kognitívne schopnosti a psychické zdravie seniora,
- zvýšená závislosť,
- zvýšená fyzická a psychická záťaž personálu,
- nedostatočná profesijná satisfakcia, uspokojenie z vlastnej práce... (Pokorná, 2010).

Ageizmus v ZSS

V ZSS medzi najčastejšie príčiny a faktory podporujúce ageizmus patria:

- nedostatok personálu,
- nevytvorenie potrebných stimulačných podmienok pre ošetrovateľský personál a vznik syndrómu vyhorenia,
- nedostatočná kontrolná činnosť kvality poskytovanej starostlivosti,
- nedostatok finančných prostriedkov,
- zlá organizácia zdravotných a sociálnych služieb,
- názor, že starí ľudia nič nepotrebujú (Malíková, 2010).

Výskyt ageizmu v klinickej praxi

V empirickej časti príspevku prezentujeme výsledky prieskumu, ktorý bol zameraný na získanie aktuálnych poznatkov z klinickej praxe, v zariadeniach sociálnych služieb.

Problém výskumu

V úvode terénneho výskumu sme definovali nasledujúce problémy:

1. Majú sestry sklon podceňovať seniorov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v súvislosti s ich zmeneným zdravotným a psychickým stavom?
2. Aké sú najčastejšie zdroje ageizmu v profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb?

Cieľ výskumu

1. Zistiť úroveň vedomostí nelekárskeho personálu o ageizme.
2. Zistiť do akej miery sa ageizmus v skúmaných zariadeniach vyskytuje.
3. Zistiť aké sú skúsenosti personálu s ageizmom pri poskytovaní starostlivosti.

Metóda výskumu

Hlavnou metódou výskumu bol neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie a obsahová analýza dokumentov, ktorú sme využili na komparáciu výsledkov výskumu.

Dotazník obsahoval 21 položiek- 9 polootevorených, 12 uzavretých a 4 demografické položky.

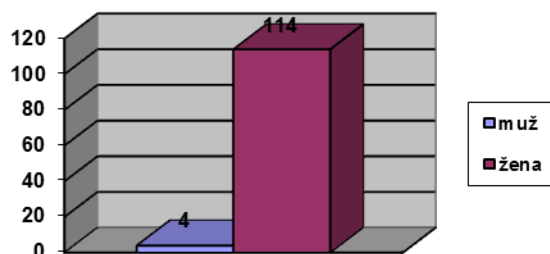
Dotazník bol rozdelený do okruhov, ktoré boli totožné s cieľmi výskumu.

Výskumná vzorka

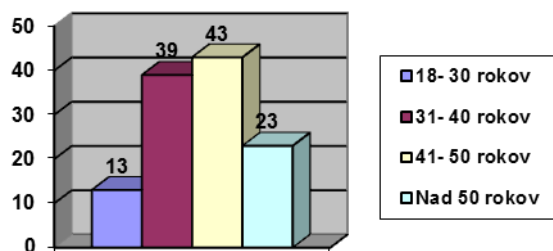
Dotazníky boli určené pre profesionálny ošetrovateľský personál v zariadeniach sociálnych služieb- pre sestry, zdravotníckych asistentov, nutričných terapeutov, fyzioterapeutov.

Výskumného šetrenia sa zúčastnilo celkovo 118 respondentov zo šiestich rôznych zariadení sociálnych služieb. Podrobné rozdelenie podľa pohlavia, veku a dĺžky praxe uvádzame v grafoch 1-3.

Graf 1 Pohlavie respondentov

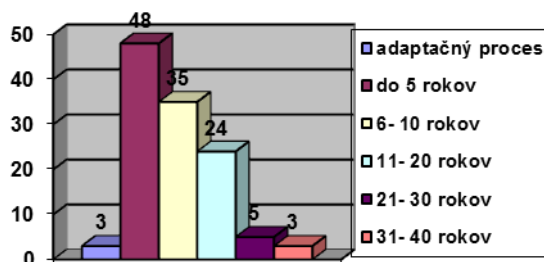


Graf 2 Vek respondentov



Najviac respondentov bolo vo veku 41- 50 rokov, priemerný vek 41 rokov.

Graf 3 Dĺžka praxe



Organizácia výskumu

Výskum bol realizovaný v 6-tich domovoch pre seniorov v Českej republike. Pred realizáciou výskumu riaditelia všetkých zariadení mali doručenu žiadosť na súhlas s vykonaním výskumu a dotazník.

Celkovo bol výskum realizovaný v týchto zariadeniach:

- Domov pro seniory Ludmila, Háj ve Slezsku-Smolkov,
- Domov pro seniory sv. Hedviky, Kravaře,
- Domov Na zámku, Kyjovice,
- Domov pro seniory Klimkovice,
- Domov U jezera, Hlučín,
- Senior centrum Slavkov.

Spolupráca s uvedenými domovmi bola výborná, aj vedúci pracovníci boli zvedaví na výsledky výskumu. Rozdaných bolo 150 dotazníkov, vyhodnotili sme len 118, čo je 78,68%.

Výsledky výskumu

Získané výsledky sme vyjadrili v absolútnych číslach a percentách, uvádzame ich v grafoch a tabuľkách. Pre príspevok vyberáme len najzaujímavejšie odpovede, ktoré zodpovedajú problémom výskumu.

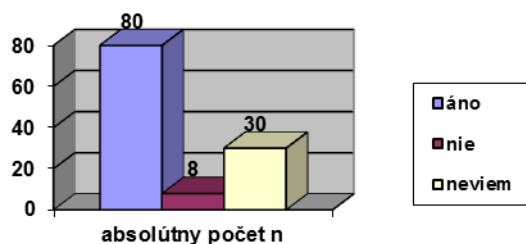
Položka 2 - Váš vzťah k seniorom by ste hodnotili ako:

Na otázku č. 2 odpovedalo 94,92% respondentov kladne. Ako dôvod najčastejšie uvádzali:

- nerozlišujú ľudí podľa veku, starnutie je prirodzený stav, každý raz zostarne,
- pretože sú tak vychovaní, tak to cítia, pracujú so seniormi dlho,
- pretože si s nimi rozumejú, radi ich počúvajú, vážia si ich skúsenosti, múdrosť,
- zaslúžia si ich úctu, ohľad a lásku.

Položka 5 – Myslíte si, že starší ľudia sú prínosom pre spoločnosť?

Graf 4 Prínos starších ľudí pre spoločnosť

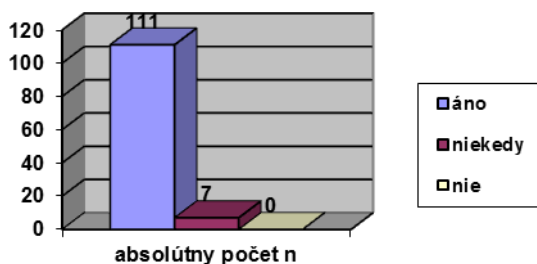


Najviac respondentov -67,80% si myslí, že starí ľudia sú prínosom pre spoločnosť. Ako dôvod uviedli:

- sú prínosom pre svoje rodiny, svojich blízkych,
- predávajú nám skúsenosti, môžeme sa poučiť z ich chýb a neopakovať ich,
- každé životné obdobie je prínosom pre spoločnosť,
- svojou celoživotnou prácou túto spoločnosť utvárali,
- majú iný uhol pohľadu, sú uvážlivejší.

Položka č.14 - Vadí Vám, keď niekto zosmiešňuje starých ľudí?

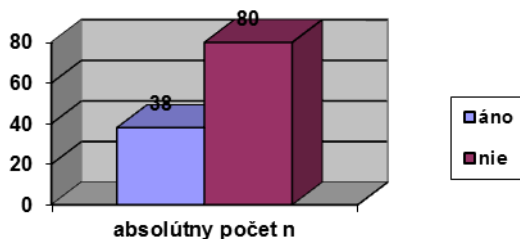
Graf 5 Zosmiešňovanie staroby



Na túto otázku 94,07% respondentov odpovedalo, že im vadí zosmiešňovanie staroby. 5,93% uviedlo neutrálnu odpoveď.

Položka č.15 - Bol(a) ste niekedy svedkom odmietnutia liečby pre vek pacienta?

Graf 6 Odmietnutie liečby pre vek pacienta



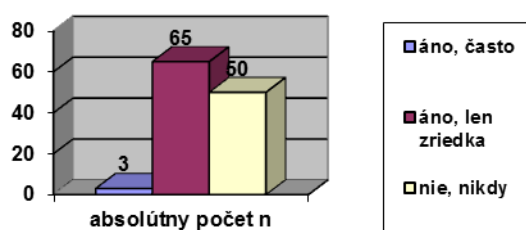
Na otázku odpovedalo 67,80 % odpovedajúcich záporne, naopak 32,20 % kladne.

Uvedené boli tieto situácie:

- rehabilitácia, umiestnenie do rehabilitačného ústavu,
- liečba je drahá, už sa nevyplatí,
- nevhodné pripomienky zo strany lekára RZP
- reakcie dispečingu RZP: „Ročník 1918, to máme ako prísť?“
- odmietnutie vyšetrenia,
- odmietnutie predpísania liekov pacientovi, pretože je ich pre neho škoda -pacient žil ešte ďalších deväť rokov.

Položka č.17 - Zažil(a) ste niekedy nevhodné chovanie svojho kolegu voči seniorom?

Graf 7 Nevhodné chovanie kolegu voči seniorom



Alarmujúcich 55,08 % pracovníkov zažilo nevhodné chovanie svojho kolegu ku klientovi, 2,54 dokonca často. 42,37% odpovedajúcich sa s nevhodným chovaním ku klientovi v práci nestretlo.

Na položku č. 17, nadväzovala položka 18, kde sme konkretizovali zamestnancov, v Tabuľke 1 uvádzame personálne zaradenie a počet.

Tabuľka 1 Zaradenie zamestnanca

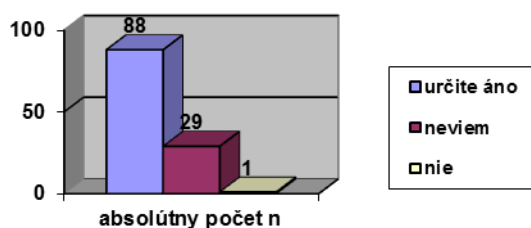
Zamestnanec	absolútny počet n	relatívny počet %
sanitárka	39	44,83
ošetrovateľka	18	20,69
nutričný terapeut	0	0
fyzioterapeut	0	0
sestra	13	14,94

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

sociálny pracovník	7	8,05
iné	10	11,49
celkom	87	100

Položka č.19 - Domnievate sa, že by ste dokázali zasiahnuť v prípade, keď by ste sa stali svedkom nevhodného chovania Vašich kolegov voči seniorom?

Graf 8 Zásah voči nevhodnému konaniu kolegov



74,58% respondentov by dokázalo voči nevhodnému chovaniu kolegu zasiahnuť.

Ako dôvody uviedli:

- neznášam ponižovanie, utláčanie slabších, predstavím si sám seba na mieste klienta,
- každý človek má právo na slušné zaobchádzanie.

Položka č.20 – V akej situácii si myslíte, že seniori bývajú najviac diskriminovaní

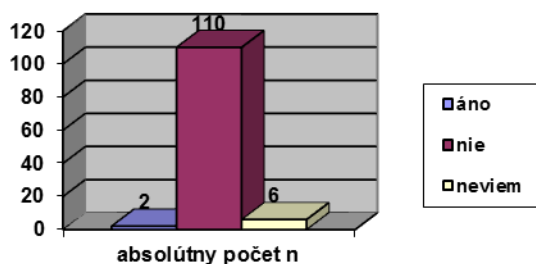
Tabuľka 2 Diskriminácia seniorov

Oblasť diskriminácie	absolútny počet n	relatívny počet %
hygiena	25	19,69
podávanie stravy	5	3,94
rehabilitácia	23	18,11
odborné výkony	7	5,51
informovanosť o výkone	37	29,13
nie sú diskriminovaní	30	23,62

Najviac respondentov uviedlo, že klienti sú nedostatočne informovaní o výkonoch, pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Položka č.21 - Máte Vy sám(a) voči seniorom nejaké predsudky?

Graf 9 Predsudky voči seniorom



93,22% respondentov sa domnieva, že nemá žiadne predsudky voči seniorom, naopak 1,69% predsudky má. *Ako predsudok bolo uvedené:*

- väčšina seniorov je zahľadená sama do seba, zaujíma sa len o vlastné pocity, nie sú tolerantní k ostatným.

Diskusia

V teoretickom vstupe príspevku, ale aj v jeho empirickej časti sme sa zaoberali ageizmom a jeho prejavmi pri realizácii starostlivosti o starších ľudí. Definovali sme si ciele výskumu, ktoré po analýze vlastných výsledkov, ale aj údajov z literatúry, môžeme vyhodnotiť.

1. Zistiť úroveň vedomostí nelekárskeho personálu o ageizme.

Ageizmus alebo veková diskriminácia sa v klinickej praxi vyskytuje viac ako 40 rokov (Hrozenská, 2008). Jeho definície sa menia, v odbornej literatúre sú najčastejšie uvádzané definície WHO, Vidovičovej, Tošnerovej, Palmora, Hartla a Hartlovej, ktoré sú pomerne komplikované. Z demografických položiek nám vyplynulo, že najviac zastúpený bol stredný dospelý vek, ktorý počas pregraduálneho vzdelávania ani informácie o ageizme nezískal. Preto aj výsledky dopadli nasledovne: na otázku odpovedalo kladne 34 respondentov, záporne 84. Toto číslo je pomerne vysoké a je zaujímavé, že boli aj veľké rozdiely vo vedomostiach v jednotlivých zariadeniach. Pri komparácii získaných údajov najlepšie dopadol Domov sv. Hedviky v Kravařích, kde tento pojem vedelo vysvetliť 13 zamestnancov, z 25. Najhoršie výsledky boli v Senior centre Slavkov, kde správnu odpoveď vedeli len dvaja zamestnanci.

2. Zistiť v akej miere sa ageizmus v skúmaných zariadeniach vyskytuje.

K cieľu sa vzťahovali hlavne otázky 17, 18, 20, ktoré sme aj prezentovali vo výsledkoch výskumu, preto ich plné znenie neuvádzame. Z odpovedí vyplynulo, že takmer 58 % respondentov sa s nevhodným chovaním svojich kolegov stretlo. A najčastejšie ako pôvodca nevhodného chovania boli uvádzané **sanitárky**. Prečo tomu tak je vysvetľuje i fakt, že

sanitárky sú najpočetnejšou skupinou zamestnancov v ZSS a s klientom sú v najužšom kontakte. Pozitívnym výsledkom výskumu bolo, že až 74,58 % zamestnancov si myslí, že by dokázalo pri nevhodnom chovaní kolegu zakročiť.

Ageizmus má rôzne formy v zahraničnej literatúre sú uvádzané hlavne: zanedbávanie a hrubé zaobchádzanie, fyzické zneužívanie, finančné vykorisťovanie, emocionálne zneužívanie, ponižovanie seniora z hľadiska zdravotného a mentálneho postihnutia (Touhy, Jett, 2010). Koval' (2001) popisuje päť foriem zlého zaobchádzania: obťažovanie, zanedbávanie, vykorisťovanie, zneužívanie, týranie. V otázke č. 20 sme sa zaoberali práve oblasťami diskriminácie, zistili sme, že **najčastejšie sú klienti podceňovaní v kognitívnej oblasti**, automaticky sú zaškatuľkovaní ako nechápaví, a tak nie je potrebné ich dostatočne informovať a edukovať.

3. Zistiť aké sú skúsenosti personálu s ageizmom pri poskytovaní starostlivosti.

K vekovej diskriminácii najčastejšie dochádza v domácom prostredí, ale aj v ústavných zariadeniach (Hudáková, 2011). Príčinami je fyzická a psychická záťaž personálu, nedostatočná sebaopatera, demencia a iné intelektové poruchy u klientov resp. hospitalizovaných seniorov (Pokorná, 2010). Preto sa v zdravotníckych zariadeniach stretávame s ageizmom- priamym alebo nepriamym pomerne často (Vurm, 2007).

V našom dotazníku sa k poslednému cieľu sa vzťahovala otázka 15, na túto otázku odpovedalo 34 zamestnancov kladne a 84 záporne.

Zaujímavé bolo aj vyhodnotenie otázky 21, na ktorú odpovedalo 93 % respondentov záporne, ale pri porovnaní s odpoveďami v úvode dotazníka, ktoré sa týkali všeobecných názorov na starobu sa nám výsledky nezhodovali. Čo len dokazuje, že aj u oslovených respondentov sa ageistické tendencie voči seniorom vyskytovali.

Záver

Diskriminácia je dnes často diskutovanou témou. Či už sa týka veku, pohlavia, farby pleti alebo niečoho iného. Deje sa všade okolo nás a často ju ani ako diskrimináciu nevnímame. Väčšina diskriminácii vzniká na základe predsudkov a stereotypov a tie je potrebné meniť a prekonávať. Problematika diskriminácie sa týka nás všetkých. Hlavne, ak sa týka seniorov a odráža sa v našej starostlivosti v zdravotníckom a sociálnom zariadení. Je veľmi dôležité o takýchto veciach hovoriť, medializovať ich a hľadať lepšie postoje a riešenia. Spoločnosť sa vyvíja rýchlym tempom a často zabúda na hodnoty známe storočia. Celoživotná múdrosť je dnes hodnotou veľmi nedocenenou a je potrebné si k nej nájsť cestu späť.

Aj výsledky výskumu potvrdili, že neúcta k starším ľuďom a predsudky sa vyskytujú aj v zariadeniach pre seniorov a je potrebné sa touto problematikou a jej primárnymi dôsledkami zaoberať. Aby mohlo dôjsť k náprave je potrebné najprv takéto správanie odhaliť a to nie je vždy jednoduché. Preto je dôležité nájsť účinný systém kontroly ako zo strany vedúcich pracovníkov, tak medzi ošetrovateľským personálom navzájom.

Bibliografia

FICO, M., GURÁŇ, P. *Prieskum zneužívania a týrania starších ľudí*. Fórum pre pomoc starším. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky, 2012. s. 29. Dostupné na internete. www.forumseniorov.sk/Prieskum%20o%20zneuzivani%20starsich.doc.

GÁLOVÁ, E. *Vzťahy medzi sociálnou a zdravotnou starostlivosťou o seniorov: Diplomová práca*. Nové Zámky: Inštitút zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava. 2012. 72 s.

HROZENSKÁ, M. et al. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

HUDÁKOVÁ, A., MAGUROVÁ, D., MUDRÍKOVÁ, D. Senior verzus ageizmus. Dostupné na internete: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/2~2011/182-senior-verzus-ageizmus>.

JIRÁSKOVÁ, V. et al. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. 200 s. ISBN 80-86861-80-5.

KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. Košice: Posit s.r.o, 182 s.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

PALMORE, E. The Fact on Again Quiz: Part two. *The Gerontologist*, 21: 431-437.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3270-8.

STALL, N. Time to end ageism in medical education. *CMAJ*, April 3, 2012. 184(6).

TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 58 s. ISBN 80-238-8541-3.

TOUHY, T., JETT, K. *Gerontological nursing. Healthy aging*. Mosby Elsevier, 2010. 483 s. ISBN 978-0-323-05701-1.

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

VURM, V et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: IDVPZ, 2000. s. 151. ISBN 80-7013-314-7.

Kontakt

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, KU Ružomberok

Nám. A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok

e-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

Recenzia

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

PRIHLÁSENÉ PRÍSPEVKY

SUBJEKTÍVNA SPOKOJNOSŤ SO ŽIVOTOM U SENIOROV ŽIJÚCICH V DOMÁCOM PROSTREDÍ A V ZARIADENÍ

Vladimíra Antolová Hulínová

Abstrakt

Kvalita života je komplexná oblasť, ktorá sa týka mnohých stránok života jedinca. Obzvlášť seniorský vek je veľmi špecifickým vzhlľadom na individuálny proces stranutia každého človeka. V príspevku prezentujeme čiastkové výsledky predvýskumu subjektívnej spokojnosti so životom u seniorov žijúcich v ZpS a DSS a seniorov žijúcich v domácom prostredí.

Kľúčové slová: Subjektívna spokojnosť. Senior. Kvalita života.

Úvod

V celosvetovom meradle je všeobecne známe starnutie populácie najmä v západných štátoch. Podobná prognóza je aj v Slovenskej republike a práve tento stav poukazuje na dôležitosť skúmania kvality života seniorov a tiež ich spokojnosti.

V roku 1999 bol vykonaný empirický prieskum sociálno-ekonomickej situácie starších ľudí na Slovensku, čo bolo v podstate prvé rozsiahlejšie skúmanie podmienok a postojov starších ľudí u nás po roku 1989. V roku 2004 sa opätovne zopakoval tento empirický prieskum so zámerom posúdiť či a nakoľko sa zmenila situácia a postavenie starších ľudí na Slovensku. Vo výsledkoch bolo spomenuté, že starších ľudí na Slovensku dlhodobo ťažia 2 základné problémy – zdravotné a nedostatok peňazí (Bednárík, 2004, s.26). Veľmi citlivo tiež vnímajú súčasnú spoločenskú klímu a osamelosť. V ďalších rokoch sa uskutočnili mnohé výskumy zameriavajúce sa na sociálnu situáciu obyvateľstva (napr. MPSVR, 2011).

Kvalita života sa vo veľkej miere prelína s dĺžkou života. Neznamená však, že každé predĺženie života znamená vyššiu kvalitu života. Štatistika dokumentuje, že čím viac je starý človek chorý, tým je starostlivosť o neho nákladnejšia a kvalita života nižšia (Litomerický, 1996).

Kvalitu života seniorov možno opisovať pomocou dvoch skupín kritérií. Jednu skupinu tvoria objektívne merateľné kritéria, ako je materiálne zabezpečenie, zdravotný stav a zdravotná starostlivosť, ďalej celý zoznam sociálnych, ekonomických a environmentálnych podmienok. Druhú tvoria subjektívne kritéria, ktoré sú obsiahnuté v škálach tzv. "well-being" - pohody, spokojnosti so životom, prežívaním zmysluplnosti života atď., ktoré predstavujú individuálny psychologický rozmer kvality života (bližšie In: Diener, 2006,2008, Potašová, 2004). A práve

tieto kritériá považujeme za účinnejšie a objektívnejšie pri meraní kvality života u konkrétneho človeka. Daný jedinec vie najlepšie sám posúdiť ako hodnotí svoj život, či je s ním spokojný.

Kvalitu života si skôr uvedomíme, keď dochádza k jej zníženiu. Dôležitým faktorom kvality života je už spomínaný dostatočný príjem, umožňujúci uspokojovanie potrieb seniorov a dostupnosť služieb, resp. sociálnej, zdravotníckej i spirituálnej starostlivosti (porov. Kamanová, Sáková, 2012).

Mnoho seniorov sa sťažuje na osamelosť. Najväčšiu osamelosť často pociťujú ľudia bývajúcí v inštitúciách. Starší ľudia uprednostňujú bývanie vo svojej domácnosti, i keď bývajú sami a ich domácnosť nie je dostatočne vybavená. Preto by snaha o pomoc starším ľuďom mala byť zameraná na ich udržanie v domácom prostredí, pokiaľ je to možné (Krajčík, 2000). Jedným z riešení, aby mohli starší ľudia byť čo najdlhšie vo svojom domácom prostredí je návšteva multidisciplinárneho tímu, zložené z odborníkov z rôznych oblastí, jako napr. lekár, sestra, asistent sestry, sociálny pracovník apod. Multidisciplinárny tím v starostlivosti o klienta je nesmierne dôležitý, každý člen tímu tu má svoju významnú a nezastupiteľnú úlohu pre čo najoptimálnejšie podmienky starostlivosti o klienta a jeho rodinu (Štefáková, 2010).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) medzi indikátory kvality života radíme:

1. Fyzické zdravie – od neho závisí energia, únava, bolesť, spánok, 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
4. Sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita
5. Prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácií, cestovanie, fyzické prostredie
6. Spiritualita – osobná viera a presvedčenie, hodnotová orientácia (Šimová, 2004)

Bayer rozdeľuje faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života na 3 hlavné oblasti: (In: Draganová a kol.,2006):

Objektívne faktory: fyzický stav, kognitívne funkcie, emociálny stav, funkčná kapacita, sociálna funkcia, sexuálna funkcia.

Subjektívne faktory: morálne faktory, spokojnosť so životom, sebaúcta, možnosť kontroly svojho života, duchovný život, viera, osobné vzťahy.

Vonkajšie faktory: bývanie, prostredie, sociálna sieť a sociálna podpora, spokojnosť s vládou a verejnými inštitúciami, kriminalita.

Prieskumné otázky:

Výskumná otázka č.1 Existuje signifikantný rozdiel medzi seniormi žijúcimi v zariadení pre seniorov a domove sociálnych služieb (ZPS a DSS) a seniormi žijúcimi v domácom prostredí v úrovni spokojnosti s ich životom?

Výskumná otázka č.2 Existuje signifikantný rozdiel medzi seniormi žijúcimi v ZPS a DSS a seniormi žijúcimi v domácom prostredí v úrovni subjektívnej pohody?

Metodológia prieskumu

Vzhľadom k tomu, že objektívne merania kvality života nepoukazujú na reálne vnímanie kvality života daného človeka, rozhodli sme sa o skúmanie subjektívnej spokojnosti človeka s jeho životom. Vychádzali sme zo štandardizovaného dotazníka, ktorý vypracoval Ed Diener a R. Biswas-Diener, ktorý sme aplikovali pre náš prieskum.

Dotazník tvorilo 18 tvrdení-výrokov, ku ktorým mali respondenti prisúdiť prostredníctvom 7 stupňovej škály(od mimoriadne spokojný po mimoriadne nespokojný) mieru svojho súhlasu alebo nesúhlasu s daným tvrdením. Prvá časť dotazníka (prvých päť výrokov) bola zameraná na zistenie subjektívnej spokojnosti respondentov s ich životom. Výroky sa týkali oblastí: životné podmienky, spokojnosť so životom. Druhá časť dotazníka (ďalších 13 výrokov) bola zameraná na zistenie psychickej pohody. Táto časť obsahovala výroky o sociálnych vzťahoch, zdravotnom stave, príjme, zmysle života, duchovnom živote, optimizme do budúcnosti, závislosti na alkohole.

Odpovede boli klasifikované do jednotlivých škál, ktoré nám dávali výpovede o skúmaných oblastiach. Výsledky sme spracovali pomocou štatistického programu SPSS.

Keďže sa jednalo o predvýskum, realizovaný bol na malej vzorke respondentov, ktorí boli klientmi Zariadenia pre seniorov (ďalej ZPS) a DSS v obci v regióne Liptov a seniormi žijúcimi v domácom prostredí v tej istej obci.

Vzorku tvorilo 25 respondentov v ZPS a DSS vo veku od 59 – 83 rokov a z domáceho prostredia vzorku tvorilo 25 respondentov vo veku od 62-85 rokov. Pri senioroch považujeme za dôležité posúdiť kognitívne funkcie respondenta, avšak v tejto fáze boli do predvýskumu zapojení respondenti na základe posúdenia prieskumníkom v spolupráci s odborným personálom.

Analýza dát

Po sumarizácii odpovedí respondentov z ZPS a DSS v porovnaní s respondentami žijúcimi v domácom prostredí sme zaznamenali celú škálu výpovedí v oblasti spokojnosti so životom a

výsledky medzi týmito dvomi skupinami sa len mierne líšili. Väčšina respondentov bola spokojných so svojim životom (7 respondentov z ZPSaDSS a 8 respondentov z domáceho prostredia) avšak druhou najväčšou skupinou boli respondenti v škále miernej nespokojnosti (5 respondenti z ZPSaDSS a 4 z domáceho prostredia) nespokojných bolo v skupine ZPSaDSS – 4 a z domáceho prostredia 6. Pri porovnaní oboch skupín bolo skóre takmer rovnaké.

V úrovni subjektívnej pohody respondentov sa výsledky u respondentov z ZPS a DSS nachádzajú prevažne v pozitívnej časti grafu (4 respondenti pociťujú extrémne vysokú pohodu, 12 veľmi vysoký stupeň pohody a 5 respondenti pociťujú pohodu vo svojom živote a 4 mierny nedostatok pohody). U respondentov z domáceho prostredia boli dáta rozložené nasledovne: 2 respondenti pociťovali extrémne vysokú mieru pohody, 10 respondentov veľmi vysoký stupeň pohody, 7 veľmi vysoký stupeň pohody, 3 pohodu, dvaja respondenti pociťovali mierny nedostatok pohody a jeden respondent pociťoval nedostatok pohody.

Tab.č.1 Úroveň spokojnosti so životom a subjektívnej pohody u seniorov

		Priemer	SD	
Spokojnosť so životom	Domov dôchodcov	21,48	5,99	
	Domáce prostredie	21,04	6,35	
		Priemer	Medián	SD
Subjektívna pohoda*	Domov dôchodcov	(70,32)	73	11,2
	Domáce prostredie	(70,44)	74	9,55

(* dáta nemali normálnu distribúciu)

Na porovnanie úrovne spokojnosti so životom u oboch skupín sme použili parametrický Studentov t test . Výsledok bol nasledovný: $t(48)=0.25$, $p=0.802$, a teda nebol zistený štatisticky signifikantný rozdiel.

Dáta v prípade subjektívnej pohody neboli rozložené normálne, preto sme na porovnanie jej úrovni u oboch skupín použili neparametrický Mann-Whitneyov U test. Výsledok bol nasledovný: $U=289.5$, $p=0.655$, a aj v tomto prípade nebol rozdiel u oboch skupín štatisticky signifikantný.

Diskusia

Prieskumná otázka č. 1

Pri skúmaní úrovne spokojnosti so svojim životom nebol zistený štatisticky signifikantný rozdiel medzi seniormi žijúcimi v ZPS a v DSS a seniormi žijúcimi v domácom prostredí. Respondenti v ZPS a DSS sú klienti umiestnení viac ako jeden rok a môžeme predpokladať, že na tento spôsob života si zvykli. Možno spočiatku sa vyskytli adaptačné problémy, ktoré pravdepodobne po určitom pobyte postupne vymizli. Pri zhodnotení kladných odpovedí na výrok: „Som spokojný so svojim životom“ až 56 % je so svojim životom spokojná. K ich spokojnosti určite prispieva aj komplexná starostlivosť, zaopatrenie, ktoré sa im v zariadení poskytuje, bezbarierový prístup, sociálne kontakty, možnosť kultúrneho a duchovného života. To sú tiež činitele, ktoré prispievajú k spokojnosti človeka. Zhodnotili tiež svoj predchádzajúci život, ktorý prežili v kruhu svojej rodiny a pravdepodobne im naň ostali pozitívne spomienky. Na druhej strane starší človek, ktorý žije vo svojom stabilnom domácom prostredí, ktoré mu je dôverne známe, pociťuje určitú istotu. Ak má vybudované dobré sociálne vzťahy s rodinou, susedmi vie, že mu v prípade potreby pomôžu. Pri rekapitulácii svojho života videli viac spomienok, ktoré im pridávali k spokojnosti. Vyššie hodnoty spokojnosti vyšli u druhej skupiny respondentov, kde spokojnosť so svojim životom vyjadřilo v súhrne 76 % respondentov.

Rovnaké skóre sa ukázalo pri výroku: „Keby som ešte raz mohol prežiť svoj život, nič by som nezmenil.“

Z odpovedí respondentov sme zaznamenali, že so svojim životom, ktorý doteraz prežili je spokojných približne rovnaký počet respondentov v oboch skupinách. Nie so všetkým, čo človek prežil, čo vykonal je spokojný. Po rekapitulácii niektorých udalostí, by vrátil niektoré životné okamihy späť a zachoval by sa inak. Väčšina respondentov poukázala na túto možnosť. Až 60% respondentov zo ZpS a DSS a 56% respondentov z domáceho prostredia by niektoré životné udalosti chceli zmeniť.

Pri porovnaní oboch skupín bolo skóre takmer rovnaké v každej zo skúmaných oblastí.

Tento výsledok môžeme pripísať aj tomu, že väčšina klientov ZpS a DSS sú obyvatelia tejto obce, teda sa nepresťahovali do úplne cudzej dediny či mesta. Je to oblasť, ktorú veľmi dobre poznajú, kde majú vytvorené sociálne kontakty, necítia sa byť izolovaní. Myslíme si, že to má vplyv aj na ich subjektívne vnímanie života a jednotlivých oblastí.

Prieskumná otázka č. 2

Pri hodnotení druhej oblasti, kde sme skúmali úroveň subjektívnej pohody taktiež nebol zistený štatisticky signifikantný rozdiel medzi seniormi žijúcimi v ZPS a v DSS a seniormi žijúcimi v domácom prostredí.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

V tejto oblasti boli zahrnuté výroky, ktoré zisťovali odpovede respondentov na široký okruh problémov. Je veľmi dobré, že väčšina respondentov obidvoch skupín sa cíti byť užitočnými aj v starobe a cíti, že ich život má stále ešte zmysel. K tomu sa priklonilo 74 % z ZPS a DSS 92 % z domáceho prostredia. Starší ľudia pravdepodobne cítia svoju užitočnosť pri opatere vnúčať, pomoci v rodine s menšími domácimi prácami, v záhrade, udržiavaním rodinných vzťahov a podobne je tomu aj u dôchodcov žijúcich v ZPS a DSS. Z ich odpovedí nebolo naznačené, že by sa v inštitucionalizovanom zariadení ocitli preto, že by sa o nich rodina nechcela postarať. Seniori priznali, že život v domove dôchodcov je jednoduchší, rodina sa nemusí o nich báť, v prípade, že by ochoreli, ich sociálne vzťahy sú udržiavané, čo priznala nadpolovičná väčšina respondentov z obidvoch skupín.

V rodinnom prostredí, je rodina miestom stretávania sa, udržovania tradícií, zvykov, vytvorenie si vlastného štýlu zariadenia, obliekania, stolovania, komunikácie, sociálnych návykov. Jednotlivci sa snažia vzájomne spolunažívať v harmónii.

Tak aj ZPS a DSS je prostredie, kde sa respondenti navzájom spoznávajú, snažia sa tolerovať svoje správanie.

Z odpovedí vyplynulo, že väčšina opýtaných respondentov sú mobilní, snaží sa realizovať svoje denné aktivity, určité rituály, na ktoré si zvykli počas svojho života. Táto istá stereotypnosť im dáva istotu v každodennom režime. So svojim príjmom boli viac spokojní respondenti z ZPS a DSS, čo môžeme prisúdiť aj tomu, že s väčšou časťou ich dôchodku hospodári samotné zariadenie, ktoré im zabezpečuje všetky ich potreby. Tým, že majú klienti uspokojené ich potreby môžu vnímať aj svoju príjmovú situáciu ako lepšiu. Respondenti v domacom prostredí majú často väčšie náklady na údržbu svojho domu a tým môže vznikáť pocit určitej finančnej nedostatočnosti. Pri otázke týkajúcej sa viery a duchovného života boli všetci klienti veriaci. So svojim duchovným životom vyjadrili spokojnosť a všetky odpovede boli v kladnej časti grafu.

Ako sme aj očakávali na otázku ohľadom zdravotného stavu sme dostali viac negatívnych odpovedí. Ich nespokojnosť je daná vekom a ochoreniami starších ľudí. V tomto veku už orgány neplnia svoju funkciu, tak ako je to v organizme mladého zdravého človeka. Je znížená schopnosť viacerých funkcií a tým aj úroveň zdravotného stavu starších ľudí je nižšia. Čo sme možno neočakávali bol viac pociťovaný optimizmus do budúcnosti u respondentov z ZPS a DSS, kde v pozitívnej oblasti bolo až 56 % odpovedí. U respondentov z domáceho prostredia len 32 % verilo v optimistickú budúcnosť.

Pre seniorov je veľmi dôležité „ už v aktívnom veku začať rozmýšľať a pripravovať sa na toto obdobie. Mali by sme si zachovávať a udržiavať sociálne kontakty, pestovať rôzne koníčky,

určiť si životné priority. V živote človeka však môžu nastať situácie, kedy je potrebná pomoc iného. Vtedy nastupujú sociálne služby, ktoré hrajú pre dôstojné dožitie dôležitú úlohu.“(Ďaláková, Šrobárová, 2012 s.90).

Na záver je nutné dodať, že limitom predvýskumu bola absencia objektívneho skúmania kognitívnych funkcií respondentov (napr. Mini-Mental State Examination) a dotazník je v ďalšej časti potrebné aplikovať na kvantitatívne väčšiu vzorku respondentov.

Bibliografia

BEDNÁRIK, R.: Sociálno-ekonomická situácia starších ľudí na Slovensku (sociologický výskum). Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2004

BISWAS-DIENER,R., DIENER,E.: The subjective well-being of the homeless and lessons for happiness. Social Indicators Research 76, 2006.

BISWAS-DIENER,R., DIENER,E.: Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. New York, Wiley/Blackwell 2008.

DRAGANOVÁ, H. A KOL. 2006. Sociálna starostlivosť. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006, 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

ĎALÁKOVÁ, S., ŠROBÁROVÁ, S.: Starostlivosť o seniorov prostredníctvom pobytovej a terénnej sociálnej práce. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2013. - 88 s. - ISBN 978-80-561-0013-4.

KAMANOVÁ,I.,SÁKOVÁ,M.: Kvalita života seniorov. In: Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae. Roč,11, č.2. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2012, s.150-162.

KRAJČÍK, Š. 2000. Geriatria. Trnava: Slovak Academic Press, 2000, 82 s. ISBN 80-88908-68-X.

MPSVaR: Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2010. Bratislava, 2011.

POTAŠOVÁ, A. 2004. Kvalita života: Úskalia výskumu seniorského veku, [online], [citované 20. 11. 2007]. Dostupné na internete: <<http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/52.pdf>>

ŠIMOVÁ, E. 2004, E. Kvalita života seniorov. [online], [citované 20. 11. 2007]. Dostupné na: <<http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/17.pdf>>

ŠTEFÁKOVÁ, L. *Multidisciplinárny tím v paliatívnej starostlivosti*. In: Zborník z 2. medz. ved. konferencie „Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatelstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci“. Zlín:Univerzita Tomáše Bati, 2010, s.116 – 126. ISBN 978-80-7318-978-5.

Kontakt

PhDr. Vladimíra Antolová Hulínová, PhD.

Katedra misijnej a charitatívnej činnosti, Ústav sociálnych vied

Pedagogická fakulta, Katolícka Univerzita v Ružomberku

e-mail: vladimira.antolova@ku.sk

Recenzia

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

VOLNOČASOVÁ ČINNOSŤ STARŠÍCH ĽUDÍ AKTYWNOŚĆ WOLNOCZASOWA LUDZI STARSZYCH

Marek Banach

Abstrakt

Problematikou aktívneho starnutia formou voľného času v súčasnej dobe získavajú osobitný význam. Vzhľadom k postupnému starnutiu poľskej spoločnosti by sme mali venovať pozornosť rastúcemu počtu seniorov v spoločnosti. Predĺženie života nám prináša špecifické požiadavky. Seniori chcú byť aktívny, hľadajú pre seba optimálne formy voľného času. Tak, rastúci počet inštitúcií v našej krajine sa zaoberá organizovaním voľného času seniorov prostredníctvom Senior klubov, univerzít tretieho veku a sociálnymi službami. Tento článok chce priblížiť najdôležitejšie témy týkajúce sa aktivizácie starších ľudí.

Kľúčové slová: činnosť, aktivácia, UTA, senior kluby, domy s opatrovateľskou službou, staroba.

Wstep

„Najbardziej pożądanym jest, aby mieć duszę czynną i aby swe szczęście znajdowała ona nie w szczęściu, lecz w poczuciu swej pełnej aktywności”.

Andre Gide

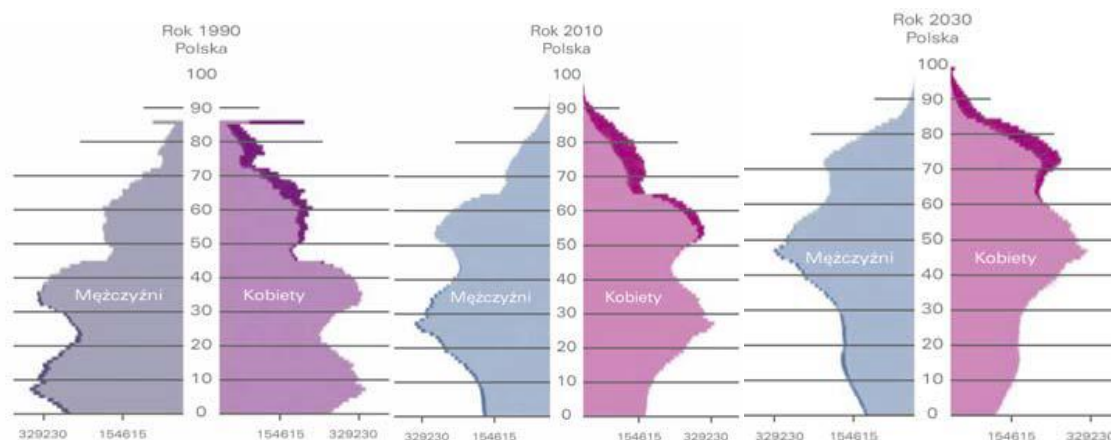
Współczesne społeczeństwa w świetle najnowszych danych demograficznych starzeją się stosunkowo szybko. W szeregu krajów odsetek osób starszych w populacji znacząco przyrasta. Proces ten obserwujemy także bardzo wyraźnie w naszym kraju. Problem ten ma wymiar interdyscyplinarny, stąd zainteresowanie tą tematyką to nie tylko domena demografii czy gerontologii ale także socjologii, pedagogiki, psychologii czy medycyny i szeregu innych dyscyplin naukowych. Problemy starzejącego się społeczeństwa można rozważać na wielu płaszczyznach. Tą najważniejszą jest zdrowie, a co za tym idzie wydłużający się czas życia człowieka. W wielu prognozach w najbliższych kilkunastu latach liczba osób starszych w naszym społeczeństwie znacznie się zwiększy. Prognozy GUS⁴ w tym aspekcie mówią o ponad dwustuprocentowym wzroście populacji stułatków w latach trzydziestych XXI wieku. Wzrośnie także odsetek osób we wszystkich przedziałach wiekowych pomiędzy 60

⁴ P. Kaczmarczyk, GUS, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*. Warszawa, 2009,
<http://www.isp.org.pl/files/8016944570676195001255433247.pdf>, (dostęp z dn. 14.06.2013)

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

a 100 rokiem życia. Na taki obraz starzejącego się społeczeństwa złożyło się wiele czynników. Jednym z najważniejszych jest coraz lepsza kondycja zdrowotna społeczeństw, w tym także społeczeństwa polskiego. Na wzrost odsetka liczby osób starszych w społeczeństwach ma fakt zmniejszenia się rodności z uwagi na planowanie dzietności, aktywność zawodowa kobiet, przy jednoczesnej redukcji liczby zgonów związanej z rozwojem systemów opieki zdrowotnej, poprawą jakości usług medycznych, zdobyciami techniki, czy wreszcie szeroko rozumianą poprawą jakości życia. Zjawisko to ilustruje precyzyjnie wykres 1, w którym porównano dane statystyczne z lat 1990, 2010 oraz prognozę na rok 2030. Podobne dane możemy prześledzić na wykresie 2, gdzie ukazano liczebność w tysiącach osób poszczególne przedziały wiekowe od 50 roku życia do grupy powyżej 85 lat. We wszystkich przypadkach widać wyraźny wzrost liczby osób starszych zarówno w stosunku do prognozowanych danych na roku 2015, jak i tych z roku 2006. Im grupa wiekowa starsza tym większy przyrost liczby osób w grupie. Stosunkowo największy skok widać w prognozach dla grup od 65 roku życia. Autorzy raportu „Po co seniorom kultura” zwracają uwagę na pięć podstawowych aspektów związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

Wykres 1. Struktura ludności polski 1990-2030



(źródło: GUS, prognoza 2008, za: *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*. Warszawa, 2009, s. 16)

Po pierwsze ogromnego znaczenia nabierze wymiar „ekonomiczny” związany ze zwiększającym się obciążeniem ludności w wieku produkcyjnym, spowodowanym obowiązkiem utrzymania ludności w wieku poprodukcyjnym oraz zmianami w systemie emerytalnym, które mają te negatywne tendencje zahamować. Drugi ważny aspekt to ochrona zdrowia, przed którą będą stawiane nowe wyzwania, do realizacji których potrzebne będą zwiększone środki finansowe. Kolejnym istotnym skutkiem nieuniknionego procesu będą zmiany relacji międzypokoleniowych w społeczeństwie i rodzinie. Czwartym obszarem zmian będzie sfera rodziny. Zmieniają się relacje w niej panujące. Ostatnią sferą, na którą warto

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

zwrócić uwagę będą zmiany polegające na przekształceniu codziennego życia i funkcjonowania”⁵.

Zmiany te niosą ze sobą dalekosiężne wyzwania związane z zapewnieniem właściwych warunków dla funkcjonowania osób starszych w społeczeństwie z jednej strony, z drugiej zaś wyznaczają kierunki działań, jakie już dziś powinniśmy podejmować, aby w przyszłości móc rodzic sobie z problemami jakie niesie ze sobą starość i aby te problemy nie przerosły naszych możliwości.

Wykres 2. Ludność w starszym wieku według 5-letnich grup wieku (w tys. osób)

	2006	2015	2030
50-54	3012	2375	2929
55-59	2604	2795	2537
60-64	1587	2691	2102
65-69	1504	2137	2055
70-74	1388	1195	2233
75-79	1137	1109	1902
80-84	709	815	1222
≥ 85	378	668	783

(źródło: GUS, prognoza 2008, za: *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*. Warszawa, 2009, s. 18)

W szeregu badań prowadzonych przez wyspecjalizowane instytucje badania opinii społecznej dotyczących osób starszych pojawiają się oni w różnych kontekstach. Jednym z takich kontekstów jest kwestia uczestnictwa w życiu społecznym, kulturowym i artystycznym. W cytowanym powyżej opracowaniu autorzy przytaczają wyniki badań prowadzonych przez COBOS z 2010 roku dotyczące podejmowanych form spędzania czasu wolnego przez seniorów „najczęściej wskazywaną czynnością był odpoczynek (drzemka, siedzenie, picie kawy, herbaty, relaks – 84%), oglądanie telewizji (82%), rozmowy ze znajomymi, sąsiadami, odwiedziny, spotkania towarzyskie (80%). Przeważają zatem bierne formy spędzania czasu. Szukając aspektów związanych z kulturą odnajdujemy (poza oglądaniem TV) głównie trzy formy spędzania czasu: słuchanie radia (69%), czytanie książek, prasy (62%) oraz słuchanie muzyki (55%). Aktywne uczestnictwo w kulturze, które wymaga od starszej osoby wyjścia z

⁵ Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych. Raport przygotowany przez zespół badawczy w składzie: dr Piotr Landsberg, dr Marcin Poprawski, dr Przemysław Kieliszewski, Michał Mękowski, Alicja Gojlik Joanna Kuchta, Magdalena Brodniewicz pod kierunkiem naukowym: prof. UAM dr hab. Jacek Sójka, Poznań 2012,

http://www.academia.edu/2494034/Po_co_seniorom_kultura_Badania_kulturalnych_aktynosci_osob_starszych_Raport, (dostęp z dnia 14.06.2013)

domu, czyli wskazanie „pójście do kina, teatru lub na koncert”, zyskało następujące wartości procentowe: 9% badanych poświęca na to tyle czasu ile chce, taka sama ilość osób poświęca na tę czynność mniej czasu, niż by chciała, 15% respondentów (najliczniejsze wskazanie spośród czternastu wymienionych w badaniu rodzajów zajęć) w ogóle nie zajmuje się tym, choćby chciało i aż 67% osób deklaruje, iż „nie zajmuje się tym, bo mnie to nie interesuje” ((wyższe wskaźniki dostały tylko odpowiedzi: działalność społeczna; korzystanie z komputera; pójście do kawiarni, lokalu oraz praca zarobkowa)⁶. Wydaje się, że przedstawione wyniki nie napawają optymizmem, wskazując raczej na stosunkowo niewielkie uczestnictwo i aktywność seniorów w działalności o charakterze wolnoczasowym, a w szczególności udział w działaniach o charakterze artystycznym.

Aktywność ludzi starszych

Pojęcie aktywności przedstawiane jest przez wielu autorów. W „Słowniku pedagogicznym” jako „właściwość indywidualna jednostki polegająca na większej niż u innych częstotliwości i intensywności jakiegoś rodzaju działań. Szczególną cechą aktywności ludzkiej jest udział w zmienianiu otoczenia przyrodniczego i społeczno–kulturowego, stosownie do ludzkich potrzeb, celów i ideałów⁷. Helena Balicka – Kozłowska w jednym z opracowań określa aktywizację osób starszych „zespołem działań mających na celu opóźnienie i łagodzenie procesu starzenia się”. Dla podkreślenia wagi aktywności autorka rozpoczyna swój „Poradnik dla początkujących staruszek” słowami „Bądźmy aktywne⁸. Aktywność to synonim życia, stały i dostosowany do możliwości danej osoby wysiłek. Jest on warunkiem prawidłowego rozwoju, umożliwia prowadzenie twórczego i harmonijnego życia, jest podstawą leczenia wielu chorób a także opóźnia procesy starzenia. Jest to taki obszar działalności, który daje człowiekowi szansę wyrażania siebie w formie bardziej indywidualnej, określonej jego możliwościami, upodobaniami, zwyczajami i zainteresowaniami. Brak aktywności, kontaktu, pomocy ze strony innych osób daje poczucie własnej nieprzydatności, prowadzi do poczucia krzywdy, izolacji i osamotnienia. „W starości aktywny styl życia sprawia, że człowiek czuje się potrzebny, wolny, ma poczucie „niedokończoności”, planuje, marzy, a człowiek nie jest stary tak długo dokąd marzenia przewyżniają skargi i żale⁹. Dlatego zgodnie z

⁶ Tamże, s. 9-10

⁷ W. Okoń *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Żak, Warszawa, 1995, ISBN 3-451-05060-9, s. 16.

⁸ H. Balicka – Kozłowska, *Aktywność w starszym wieku – hamulce i bodźce*, Encyklopedia Seniora, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, ISBN 83-214-0274-7, s. 165.

⁹ A. Fabiś, *Aktywność kulturalna – oświatowa osób starszych*, w: A. Fabiś (red), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*. Sosnowiec, 2005, ISBN 83-89275-02-3, s.90.

twierdzeniem japońskiego myśliciela Daisaku Ikedy - trzeba ludziom starym dać powód do dalszego życia.

Wysoka aktywność w ostatnim etapie życia człowieka może być sposobem na godną starość. Aktywizacja to w potocznym rozumieniu uaktywnianie się: jest to, więc zespół działań mających na celu włączanie człowieka do udziału w różnych dziedzinach życia do prowadzenia aktywnego trybu życia. Celem aktywizacji człowieka jest: utrzymywanie sprawności fizycznej i zdrowotnej (gimnastyka, spacer, zabawy ruchowe); pobudzanie zaradności, samodzielność (wykonywanie różnych czynności związanych z higieną osobistą, samodzielne ubieranie się); nauka współżycia w grupie i środowisku (kształtowanie pozytywnych cech osobowości, kultury życia codziennego); utrzymanie bądź obudzenie wiary w sens życia; rozwijanie różnych zainteresowań; rozwijanie osobowości.

Kierunki aktywizacji życiowej

Formy aktywizacji życiowej realizowane w środowisku lokalnym różnicują się ze względu na podmiot i kierunek działań. Uwzględniając kierunek aktywizacji seniorów w środowisku lokalnym wyróżniamy różne jej style:

- Aktywizacja życiowa jako wyraz troski państwa o człowieka starego. Zasady i kierunki tego rodzaju aktywizacji określa Ustawa o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 roku na mocy której powoływane są i funkcjonują domy pomocy społecznej. Seniorzy mogą korzystać ze społecznego wsparcia. Pomoc ta najczęściej jest świadczona w Domu seniora przez pracownika socjalnego lub siostrę środowiskową.
- Aktywizacja życiowa niepełnosprawnych. Realizowana jest przez Państwowe Fundusze Rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Celem tych działań jest to aby osoby starsze niepełnosprawne mogły jak najdłużej pozostawać samodzielne w życiu.
- Aktywizacja poprzez całożyciową działalność społeczną. Realizowana jest przez działające i rozwijające się Uniwersytety Trzeciego Wieku¹⁰.

Formy aktywności życiowej ludzi starszych

Podejmowana przez ludzi starszych aktywność ma związek z wieloma czynnikami. Mogą one stymulować do jej podejmowania ale mogą również ograniczać. Są to: stan zdrowia, sytuacja materialna i rodzinna, zainteresowania, nawyki z wcześniejszych lat życia a także płeć i miejsce zamieszkania¹¹. Anna Zawadzka uważa, „iż wczesny okres życia człowieka warunkuje jego jakość i rodzaj aktywności w życiu późniejszym, stwarzając możliwość podjęcia świadomego samowychowania i samokształcenia. Na rodzaj aktywności w starszym

¹⁰ A. Chabior, *Aktywność życiowa i jakość życia seniorów*, w: A. Fabiś (red)...dz. cyt., s.74

¹¹ Tamże, s.73

wieku mają ponadto wpływ, czynniki psychospołeczne takie jak np. cechy osobowości ludzi starszych, czy w przypadku polskiego społeczeństwa przyzwolenie pracującej części społeczeństwa na wypoczynkowe, autokreatywne i rozrywkowe zajęcia. Z kolei media propagujące model aktywnego spędzania czasu wolnego są sprzeczne z rzeczywistym obrazem starości, który przedstawia ludzi starszych raczej jako reprezentujących receptywny typ aktywności, co przedstawiane jest w rozmaitych badaniach nad aktywnością seniorów w ich czasie wolnym”¹².

Ludzie powinni podejmować takie formy aktywności, które pozwolą im zyskać coś dla siebie, jak i te, które pozwolą im być pomocnym dla innych¹³. Nie można jednak uaktywniać ludzi starszych na siłę (wbrew ich woli). Należy uszanować preferencje osób starszych, stworzyć im warunki wyboru i umożliwić podjęcie decyzji¹⁴.

Wśród form aktywności życiowej ludzi starszych wyróżniamy:

- **aktywność fizyczną** realizowana poprzez zajęcia ruchowe: spacery, wycieczki, gimnastykę, tańce, basen.
- **aktywność hobbystyczną** np. uprawa ogródków działkowych, która oprócz funkcji rekreacyjnych daje korzyści społeczne bowiem umożliwia podtrzymywanie kontaktów towarzyskich oraz korzyści ekonomiczne poprzez wytwarzanie produktów własnej pracy bądź sprzedaż ich w celach zarobkowych.
- **aktywność edukacyjną** wśród ludzi starszych pełni ona następujące funkcje: - *poznawczą* - przyswajanie nowej wiedzy, techniki, technologii, nabywanie nowych umiejętności, które ułatwiają orientację we współczesnym świecie i komunikację społeczną. Wszystko to pomaga ludziom starszym zrozumieć dokonujące się zmiany i obniża lęk przed nowym i nieznanym, - *wychowawczą* - podczas uczestnictwa w różnych formach edukacyjnych np. Uniwersytety Trzeciego Wieku, kursy przedemerytalne poprzez które można nabyć lub aktualizować wiedzę, seniorzy w ten sposób poszerzają swoje umiejętności, kształtują swój system wartości i postawy, - *profilaktyczną* – przeciwdziałają obniżaniu się sprawności fizycznej i psychicznej, - *kompensacyjną* – obniża poczucie osamotnienia, pustki, pomaga wypełnić bezczynność zawodową, - *terapeutyczną* – sprzyja dobremu samopoczuciu, - *integrującą* – przeciwdziałają marginalizacji i izolacji społecznej, bardzo ważną rolę odgrywa również samokształcenie,

¹² A. Zawadzka, *Uwarunkowania wychowania do czasu wolnego w rodzinie i w środowisku lokalnym ludzi III wieku*. „Edukacja Dorosłych” 2, 1995, ISSN 1230-929X, s. 39 – 52.

¹³ Z. Zaorska, *Dodać życia do lat*, Klanza, Lublin 1997, ISBN 83-910614-4-2, s. 20

¹⁴ A. Leszczyńska – Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie-w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006, ISBN 83-7298-389-0, s.209

które można realizować poprzez czytelnictwo czy korzystanie innych środków masowego przekazu.

➤ **aktywność twórczą**, która obejmuje działania twórcze w sferze kultury, sztuki, nauki, daje starszemu człowiekowi radość, zadowolenie z życia, zaspokaja potrzebę zmieniania świata i pozwala dobrze przystosować się do starości.

➤ **aktywność rodzinną**, jak opieka nad wnukami, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego lub w prowadzeniu działalności gospodarczej innych członków rodziny. Te formy aktywności dają człowiekowi starszemu poczucie wspólnoty, zaspokajają potrzebę uznania i szacunku, sprzyjają nabywaniu nowej wiedzy i umiejętności.

➤ **aktywność kulturalną** przejawiającą się m.in w formie korzystania z placówek kulturalnych (kino, teatr, opera, filharmonia).

➤ **aktywność społeczną** np. w ramach pomocy innym lub poprzez uczestnictwo w grupach samopomocy¹⁵.

Bardzo ważne jest propagowanie wśród ludzi starszych strategii sprzyjających aktywnemu starzeniu się. Angielskiego gerontolog i polityk społeczny Alana Walkera opracował jedną z wielu interesujących strategii z tym związanych. Strategia ta powinna opierać się na następujących siedmiu zasadach:

1. „Mówiąc o aktywności trzeba mieć na uwadze wszystkie działania służące dobrostanowi osób starszych, ich rodzin, wspólnot lokalnych i całego społeczeństwa, a nie tylko prace zawodową.
2. Wszystkie osoby starsze powinny mieć możliwość aktywnego życia, należy pamiętać o zależności między zdrowiem a poziomem aktywności człowieka.
3. Należy podejmować działania profilaktyczne wobec ludzi starszych ale również młodszych osób aby w porę zapobiegać chorobom, niepełnosprawności, utracie kwalifikacji itd.
4. Cel jakim jest aktywne starzenie powinien być formułowany wobec wszystkich pokoleń a jego realizacja powinna opierać się na zasadzie międzypokoleniowej solidarności.
5. Powinna być zachowana równowaga między prawami osób starszych, a zobowiązaniem ich do wysiłku jakiego wymaga aktywności, chodzi przede wszystkim o zachęty a nie przymus aktywizowania.

¹⁵ Tamże, s. 204-205

6. Działania aktywizujące muszą odwoływać się do zasady uczestnictwa i poszanowania autonomii człowieka.

7. Programy aktywizacji muszą respektować różnice narodowe i kulturowe”¹⁶.

Wydaje się, że w stosunku do osób starszych takie działania powinny być realizowane praktycznie na bieżąco. Seniorzy winni być wprowadzani w różne formy aktywności wolnoczasowej w sposób ciągły, systematyczny niezależnie od stanu ich kondycji fizycznej, psychicznej czy społecznej. Najważniejsze powinno być dobro osób starszych i osiągnięcie przez nich zadowolenia i satysfakcji z podejmowanych form aktywności.

W prowadzonych w Polsce badaniach dotyczących aktywności wolnoczasowej osób starszych daje się zauważyć szereg zbieżności i podobieństw. Potwierdzają to także wyniki badań prowadzone w ramach prac magisterskich przez studentów Pedagogiki Społeczno–Opiekuńczej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie¹⁷. Wyniki uzyskane przez autorki tych badań można streścić poprzez następujące wnioski: osoby starsze w większości posiadają przeciętny stan zdrowia; ponad połowa osób starszych ma kłopoty ze zdrowiem; ponad połowa osób starszych uważa, że zdrowie nie ma wpływu na aktywne spędzanie czasu wolnego; osoby starsze przeciętne poświęcają na aktywność fizyczną od 1 do 3 godzin tygodniowo; sprawność fizyczna osób starszych jest dobra; zdecydowana większość seniorów codziennie opuszcza swój dom; prawie wszyscy seniorzy utrzymują kontakty z rodziną; ludzie starsi posiadają raczej liczne grono przyjaciół/znajomych; osoby starsze najchętniej spędzają swój czas wolny z rodziną i znajomymi; ludzie starsi interesują się gotowaniem, domem i ogrodem, a także komputerami i filmami; zdecydowana większość seniorów uważa, że ich zainteresowania mają wpływ na spędzanie czasu wolnego; osoby starsze w większości znają instytucje i organizacje dla seniorów powołane; najbardziej znane wśród ludzi starszych instytucje to Domy pomocy społecznej, Domy kultury, Kluby ludzi starszych oraz Uniwersytety Trzeciego Wieku; instytucje dla ludzi starszych w większości znajdują się w ich miejscu zamieszkania; rówieśnicy ludzi starszych w większości korzystają z oferty instytucji dla Nich przeznaczonych; większość osób starszych czynnie spędza swój czas wolny; ponad połowa osób preferujących biernie spędzanie czasu wolnego najchętniej spędza ten czas przed telewizorem, następnie przed komputerem, ale także czasem sięga po książki; osoby spędzające swój czas aktywnie najchętniej wybierają spacer, rower oraz nordic walking; ponad połowa badanych osób starszych poza domem swój czas wolny spędza na działce oraz

¹⁶ A. Chabior, *Aktywność życiowa ...*, dz. cyt., s. 93.

¹⁷ Prace Moniki Orlińskiej „Formy aktywności wolnoczasowej ludzi starszych” i Elżbiety Sikory „Czas wolny osób starszych” napisane pod kierunkiem naukowym dra Marka Banacha z lat 2010-2012

na wyjazdach krajoznawczych; osoby starsze najwięcej swojego wolnego czasu poświęcają na życie towarzyskie w gronie rodziny, przyjaciół i znajomych oraz na „czas dla siebie”; prawie połowa osób ludzi starszych nie przynależy do żadnej instytucji, a osoby przynależące najchętniej wybierają Kluby ludzi starszych oraz Uniwersytety Trzeciego Wieku.

Instytucje wspierające aktywizację ludzi starszych

Dom pomocy społecznej (ang. social welfare lwme) „typu zamkniętego, nazywany inaczej stacjonarnym domem pomocy społecznej, jest instytucjonalną formą pomocy społecznej sensu stricto”¹⁸. Domy pomocy społecznej określane były potocznie jako „domy starców”, „umieralnie”, „przytułki”, „więzienia”, nosiły rozmaite nazwy, np. „Dom Kombatanta”, „Dom Opieki Społecznej”, „Zakład Pomocy Społecznej”. Później przyjęły ogólną nazwę „domy pomocy społecznej”. Mieszkańcy placówki mogą tam mieszkać na stałe lub tymczasowo, mogą także wychodzić poza teren placówki. Celem działalności domów pomocy społecznej jest zapewnienie ich mieszkańcom opieki przez całą dobę a także zaspokajanie ich potrzeb zarówno tych podstawowych jak również tych wyższego rzędu. Istnieją różne typy domów pomocy społecznej, które określa ustawa o pomocy społecznej. Zgodnie z ustawą kryterium podziału stanowi kategoria odbiorcy usług. W praktyce występują domy pomocy społecznej posiadające dwa profile dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych. Domy te należą do sektora państwowego. Państwowe domy pomocy społecznej mogą być placówkami o zasięgu: gminnym, powiatowym i regionalnym. Oprócz państwowych domów pomocy społecznej funkcjonują również placówki należące do sektora pozarządowego, wśród nich znajdują się domy finansowane lub prowadzone przez Zrzeszenie Katolików „Caritas”, zgromadzenia zakonne, branżowe związki zawodowe. Istnieją także prywatne placówki dla osób starszych. Funkcje i zadania domów pomocy społecznej określa ustawa o pomocy społecznej z 2004 r. oraz inne dokumenty szczegółowe. Każdy dom pomocy społecznej posiada ponadto swój własny statut bądź/i regulamin organizacyjny, w którym obok nazwy, siedziby i typu domu, zasad i organizacji działania, praw i obowiązków mieszkańców, przedstawiony jest zakres i poziom świadczonych usług. Zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi domy pomocy społecznej zobligowane są do świadczenia przede wszystkim usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych na poziomie obowiązującego standardu. Funkcje realizowane są poprzez podejmowanie wielu działań o charakterze pomocowym, opiekuńczym lub kompensacyjno–rewalidacyjno–

¹⁸ . A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy ..*, dz. cyt., s. 157.

rehabilitacyjnym, stosownie do indywidualnych potrzeb i możliwości danego pensjonariusza. Działania te wzajemnie się przenikają, wspomagając mieszkańców w sferze biologicznej, społecznej i kulturalnej.

Duże znaczenie w domach pomocy społecznej dla osób starszych przywiązuje się również do działań, które wspomagają rozwój społeczny i kulturalny ich mieszkańców. Działania te przyjmują formę:

- „ułatwiania adaptacji do życia w domu pomocy społecznej;
- poradnictwa i usług socjalnych, tj. wsparcia w sprawach osobistych, pomocy w czynnościach samoobsługowych, organizowania specjalistycznego poradnictwa prawnego lub zdrowotnego;
- pomocy w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z rodziną poprzez m.in. organizowanie wzajemnych odwiedzin, spotkań integracyjnych, okolicznościowych;
- organizowania kontaktów ze środowiskiem przyrodniczym i społecznym w postaci różnych form silwoterapii (jak spacer, wyjścia do lasu, wycieczki nad jezioro, imprezy plenerowe, ogniska), a także poprzez stwarzanie okazji do spotkań z osobami z zewnątrz w różnym wieku - na terenie lub poza domem - najczęściej przygotowywane w związku z uroczystościami, świętami oraz imprezami okolicznościowymi (np. Dzień Babci, Dzień Dziadka, Dzień Seniora, 3 Maja), jak również poprzez organizowanie wyjść lub wycieczek do placówek kulturalnych czy miejsc kultu religijnego;
- terapii przez pracę, obejmującą porządki we własnym pokoju, czynności wykonywane na rzecz innych mieszkańców lub placówki, prace hobbystyczne, zajęcia zarobkowe;
- arteterapii, podczas której mieszkańcy mogą wykonywać różne prace plastyczne, stanowiące zazwyczaj dekorację placówek;
- muzykoterapii, zarówno receptywnej (np. słuchanie muzyki indywidualnie oraz grupowo), jak i aktywnej (realizowanej głównie podczas zbiorowych form spędzania czasu wolnego);
- choreoterapii, pojawiającej się zwykle spontanicznie w trakcie imprez rozrywkowych;
- terapii za pomocą słowa, poprzez pogadanki i dyskusje dotyczące książek, filmów, audycji radiowych, telewizyjnych, a także prelekcje, odczyty, wieczory poetyckie, spotkania z ciekawymi ludźmi, wspieranie pensjonariuszy piszących wiersze, opowiadania, organizowanie zbiorowego słuchania czytanych książek;
- wsparcia religijnego, poprzez ułatwianie uczestnictwa we wszelkich formach praktyk religijnych, a także organizowanie tych praktyk na terenie i poza domem”¹⁹.

Dziennie domy pomocy (nazywane także domami dziennego pobytu) to placówki pomocy społecznej typu otwartego. Celem tych instytucji jest zapewnienie podopiecznym pomocy w organizacji ich życia. W Polsce pierwszy dzienny dom pomocy utworzono w 1967 roku, w

¹⁹ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy ...*, dz. cyt., s. 157-165.

Warszawie. Od tego roku zorganizowano wiele takich domów m.in w Poznaniu, Łodzi, Krakowie a potem w wielu innych miastach. Utrzymywane są głównie przez państwową pomoc społeczną, często wspierają je fundacje charytatywne i wyznaniowe. Domy te znajdują się najczęściej przy domach pomocy społecznej bądź posiadają swój lokal. Placówki te posiadają własne regulaminy, w których szczegółowo opisany jest zakres ich świadczeń. „Dzienne domy pomocy zapewniają w ramach dziesięciogodzinnego pobytu całodzienne wyżywienie, zaspokojenie potrzeb kulturalno-oświatowych, terapię zajęciową, ponadto udostępniają przedmioty i urządzenia służące utrzymaniu higieny osobistej, a także ułatwiają korzystanie z opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i usług rehabilitacyjnych oraz zapewniają pomoc w innych sprawach socjalno-bytowych. Placówki te posiadają pokoje wypoczynkowe, świetlicę, jadalnię, łazienkę, kuchnię, gabinet lekarski, rehabilitacyjny. W każdym domu istnieje Rada Domu i Samorząd Mieszkańców. W ramach samorządu powstają różne sekcje, np. sekcja gospodarcza, sekcja opiekuńcza, sekcja kulturalna. Domy te współpracują m.in. z instytucjami edukacyjnymi i z instytucjami kulturalnooświatowymi. Domy dziennego pobytu przeznaczone są dla osób będących mieszkańcami okolicznych rejonów, które są zdolne dochodzić i dojeżdżać do tych instytucji. Mogą z nich korzystać ludzie samotni, starsi, inwalidzi, o zmniejszonej sprawności ruchowej, przebywający w złych warunkach mieszkaniowych i bytowych, mający nieodpowiednie stosunki z rodziną bądź osoby starsze, których rodzina nie ma możliwości sprawowania pełnej opieki nad nimi w ciągu dnia. Pobyt w tym domu wyzwala w ludziach starszych wiarę we własne siły, poczucie przydatności, godności, pozwala zapomnieć o samotności, pokonać trudności związane z życiem codziennym, zwiększa szansę dalszej niezależności i samodzielności, a przede wszystkim opóźnia starość nie zaradną i przejście do stacjonarnych domów pomocy społecznej”²⁰.

Kluby seniora są „ośrodkami życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego osób w trzecim wieku. Posiadają różne nazwy, np. Klub Seniora, Klub Emerytów, Klub "Odpocznij Chwilkę", Klub Złotego Wieku, Klub Złotej Jesieni”²¹. Kluby seniora prowadzone są przez różne instytucje, w tym organizacje pozarządowe (np. PKPS), tworzone są również przy parafiach. Patronat nad niektórymi klubami sprawuje Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, spółdzielczość mieszkaniowa. Kluby organizowane są najczęściej w osiedlach mieszkaniowych (połączone z klubami osiedlowymi bądź osiedlowym domem kultury), przy zakładach pracy oraz parafiach. Istnieją też kluby posiadające własny lokal. „Celem klubów seniora jest stworzenie warunków do przyjemnego

²⁰ Tamże, s. 167-168.

²¹ Tamże, s. 167-168

spędzania czasu wolnego, do zaspokajania potrzeb wyższego rzędu (w tym przede wszystkim potrzeby kontaktów towarzyskich, wypoczynku, rozrywki, aktywności oraz potrzeb kulturalno-oświatowych), do kontynuacji lub budzenia zainteresowań. Kluby te sprzyjają nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów towarzyskich, tworzeniu więzi społecznych, oraz przeciwdziałają uczuciu pustki, nudy i osamotnienia. Prowadzone w klubie zajęcia, są zróżnicowane pod względem formy i treści oraz częstotliwości spotkań. Spotkania mogą się odbywać raz w miesiącu, raz bądź dwa razy w tygodniu. Kluby te współpracują również z innymi instytucjami i organizacjami (jak szkoły, domy dziecka, szpitale), co sprzyja integracji ludzi starszych ze środowiskiem. W klubach organizowane są pogadanki, odczyty, cykliczne prelekcje, kursy, które dotyczą różnych dziedzin wiedzy, kultury i praktyki. Organizuje się także spotkania z ciekawymi ludźmi, wieczory towarzyskie, występy artystyczne, wycieczki krajoznawcze i wypoczynkowe (wycieczki te odbywają się pod różnymi hasłami np. „Wyjazd po zdrowie” i połączone są z fotografowaniem i filmowaniem przebiegu imprezy), pikniki, kuligi, zajęcia z tańca towarzyskiego, gry i zabawy ruchowe. Kluby zapewniają gimnastykę leczniczą i zachowawczą, propagują indywidualne bądź zespołowe czytelnictwo czasopism i książek, zachęcają do rozwiązywania krzyżówek, brania udziału w grach stolikowych, słuchania radia, oglądania telewizji, prowadzenia rozmów i pogadanek. Organizują również rozmaite imprezy i uroczystości z okazji świąt państwowych, międzynarodowych, imienin bądź urodzin swoich członków²². Z uwagi na różnorodność zainteresowań uczestników klubów powstają odpowiednie sekcje, np. *plastyczna*, *literacka* w trakcie tych zajęć seniorzy recytują wiersze, czytają prozę, zapraszają znanych literatów, sekcja wokalna–muzyczna, w ramach tej sekcji działają chóry i zespoły instrumentalne uatrakcyjniające występami spotkania i uroczyste imprezy klubowe, sekcja dramatyczna, która skupia miłośników teatru, osoby te wspólnie uczęszczają na spektakle, dyskutują o sztuce, organizują spotkania z aktorami a także same wystawiają przedstawienia. W każdym klubie seniora uprawia się także jakąś formę robot ręcznych i majsterkowania. Działalności tego typu towarzyszą często konkursy, wystawy (np. „Złote ręce”) czy kiermasze (np. „Sprawne Ręce Seniora”). Zdarza się również, że powoływana jest specjalna sekcja pomocy społecznej, której zadaniem jest rozpoznawanie przyczyn absencji członków klubu, opieka nad osobami chorymi i samotnymi oraz udzielanie pomocy organizacyjno–doradczej. Ciekawym pomysłem jest też ogłaszanie konkursów na pamiątki seniorów reprezentujących różne środowiska pracy, warstwy społeczne, światopoglądy, tradycje, losy. Klub seniora pełni cztery podstawowe funkcje:

²² Tamże, s. 169

kompenzacyjną (wzmacnia kontakty społeczne), *psychoterapeutyczną* (zapobiega i minimalizuje stres związany ze starzeniem się), *integracyjną* (integruje z grupą rówieśników i lokalną społecznością), *adaptacyjną* (przystosowuje do zmian wynikających z procesu starości).

Uniwersytety Trzeciego wieku (UTW) są to placówki należące do systemu kształcenia ustawicznego, które zajmują edukacją osób w starszym wieku. **UTW** określany jest jako: „**U** jak uśmiech i udział w radości, **T** jak twórczość i bezmiar pomysłowości i **W** jak wytrwałość i wiek bez granic”²³.54 Genezę UTW pochodzi z tradycji uniwersytetów powszechnych, ludowych, będących instytucjami oświaty dorosłych. Pierwszy na świecie UTW założył w 1973 roku francuski profesor Pierre Vellas we Francji, następnie UTW powstawały w dużych miastach pod patronatem lokalnych uczelni. Pierwszy polski UTW został utworzony w Warszawie w 1975 roku z inicjatywy Haliny Szwarz, kolejne w innych miastach uniwersyteckich: Łodzi, Krakowie, Toruniu, Poznaniu²⁴. Pierwszy powstały uniwersytet działa do dziś i liczy sobie około 1120 członków. Obecnie w Polsce działa blisko 110 Uniwersytetów Trzeciego Wiek, które łącznie zrzeszają ponad 25 tysięcy słuchaczy. Najliczniejszą grupą słuchaczy może się poszczycić UTW z Krakowa, w którym liczba słuchaczy wynosi ponad 1800. Polskie UTW określane bywają instytucjami tworzonymi dla i przez ludzi starszych. W Polsce powstają trzy typy Uniwersytetów Trzeciego Wiek: - działające w strukturach będących pod patronatem wyższej uczelni, kierowane najczęściej przez pełnomocnika rektora danej uczelni, - powołane przez stowarzyszenia prowadzące działalność popularnonaukową, - inne, działające przy domach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu, ośrodkach pomocy społecznej itp. kolejne w innych miastach uniwersyteckich. UTW posiadają własne międzynarodowe towarzystwo AIUTA (Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wiek). Cele UTW to - upowszechnianie inicjatyw edukacyjnych, - aktywizacja intelektualna, psychiczna, społeczna i fizyczna osób starszych, - poszerzanie wiedzy i umiejętności seniorów, - ułatwianie kontaktów z instytucjami takimi jak służba zdrowia, ośrodki kultury, ośrodkami rehabilitacyjnymi i innymi, - angażowanie słuchaczy w aktywność na rzecz otaczającego ich środowiska, - podtrzymywanie więzi społecznych i komunikacji międzyludzkiej wśród seniorów²⁵.

UTW realizują następujące funkcje:

²³ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy ..*, dz. cyt., s. 127.

²⁴ Tamże, s. 170.

²⁵ <http://www.utw.pl/index.php?id=10> (dostęp: 25 września 2010).

a) „*edukacyjną*” - uczą jak żyć i jakim być w starszym wieku, przeciwdziałają samotności, izolacji społecznej, nudzie, monotonii życia, a także poprzez zajęcia z zakresu przemian społecznych i politycznych, osiągnięć nauki i techniki stymulują dalszy rozwój słuchaczy;

b) *psychoterapeutyczną*- uczestnictwo w zajęciach wpływa na podwyższenie obrazu samego siebie, wzrost aktywności, poprawę samopoczucia, pozwala zapomnieć o problemach i chorobach, wzbogaca i urozmaica życie;

c) *integracyjną* - poprzez wzajemne pomaganie sobie, wspólne spędzanie czasu ze sobą oraz utrzymywanie kontaktów z młodymi²⁶.

Uniwersytety Trzeciego Wieku oferują swoim słuchaczom zróżnicowane formy zajęć, m.in mogą oni uczestniczyć w:

- wykładach z różnych dziedzin, które pozwalają pogłębić dotychczasową wiedzę ponadto wymagają od osób starszych koncentracji uwagi, aby móc dobrze zrozumieć przekazywane treści i dzięki temu aktywizują się oni intelektualnie,
- kursach językowych, które pozwalają osobom starszym pozbyć się onieśmienia, uczą systematyczności, a także przywracają wiarę we własne siły możliwości. Dzięki tym zajęciom osoby starsze chętniej podróżują, poznając kulturę, tradycje i obyczaje innych krajów.
- ćwiczeniach komputerowych, które w pewien sposób przybliżają osoby starsze do ludzi młodych, umożliwiają nabycie umiejętności posługiwania się nowymi urządzeniami oraz zdobycie wiedzy o otaczającej rzeczywistości, środowisku społecznym,
- zajęciach artystycznych, dzięki którym można wyrazić swoją osobowość, wyciszyć się, uspokoić emocjonalnie ale również pobudzić do działania wyobraźnię,
- zajęcia na basenie, zajęciach gimnastycznych, rehabilitacyjnych, które pomagają w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej a także wpływają na lepsze samopoczucie, opóźniają procesy starzenia, zapobiegają powstawaniu wielu chorób,
- turystyce pieszej i autokarowej do pobliskich okolic, które oprócz walorów poznawczych i towarzyskich mają ten atut, że nie są drogą formą spędzania czasu wolnego więc są dostępne dla każdego,
- spotkaniach okolicznościowych, np. świątecznych, które są okazją do nawiązania bliższych niż na wykładach kontaktów interpersonalnych²⁷.

UTW prowadzą zajęcia specjaliści z wielu dziedzin np. nauk medycznych, przyrodniczych, polityki społecznej, psychologii, pedagogiki, historii sztuki, literatury, filologii polskiej

²⁶ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy ...*, dz. cyt., s. 172

²⁷ A Zawada, *Aktywizowanie mieszkańców domów pomocy społecznej*. „Praca Socjalna”1, 2007, ISSN 0860-3480, s.91-92.

i obcych, ekonomii i techniki, informatyki, kultury fizycznej i sportu²⁸. Ponadto słuchacze niektórych uniwersytetów mają również możliwość, pod opieką pracowników naukowych wyższych uczelni, przeprowadzić badania dotyczące funkcjonowania człowieka w podeszłym wieku. Wykorzystują w tym celu m.in. takie metody badawcze: monografie, wywiad, ankietę. Wyniki badań są selekcjonowane, analizowane, a następnie opracowywane pod kierunkiem naukowym pracowników uczelni. Stanowią cenny materiał dotyczący funkcjonowania człowieka starszego a także pomagają w rozwiązywaniu problemów społecznych, psychologicznych i edukacyjnych²⁹. Spotkania odbywają się z częstotliwością 2-3 dni zajęć w tygodniu. Podsumowaniem uczestnictwa jest honorowy dyplom ukończenia UTW³⁰.

Edukacja seniorów jest skomplikowanym procesem, warunkowanym szeregiem zjawisk endogenicznych i egzogenicznych. Oto czynniki najsilniej wpływające na edukację seniorów:

- stan zdrowia, • przygotowanie do starości, • biografia edukacyjna i społeczna,
- predyspozycje umysłowe, • osobowość, • czas wolny, • poczucie własnej wartości,
- poczucie sensu życia, • motywacja do kształcenia się, • trening wspomagający sprawność umysłową, • sytuacja ekonomiczna, • stymulacja środowiska, • oferty kulturalno – oświatowe dla seniorów³¹.

Analizując uwarunkowania podejmowania aktywności przez osoby starsze w wolnym czasie stwierdzono, że: przeciętny stan zdrowia i kłopoty ze zdrowiem osób starszych nie mają wpływu na podejmowanie aktywności. Osoby starsze pomimo swojego wieku średnio trzy godziny poświęcają na aktywność fizyczną i są nadal sprawne fizycznie. Zachowana sprawność fizyczna w dalszym ciągu umożliwia osobom starszym codzienne wychodzenie z domu. Osoby starsze są nadal towarzyskie, utrzymują kontakty z rodziną, mają liczne grono przyjaciół i znajomych z którymi wspólnie spędzają czas wolny. Ich zainteresowania to przede wszystkim codzienne obowiązki domowe oraz komputery i film. Zainteresowania te mają swoje odzwierciedlenie w spędzaniu czasu wolnego. Powołane dla osób starszych instytucje są znane wśród ankietowanych, ale nie są powszechnie dostępne gdyż przede wszystkim znajdują się w miastach co utrudnia osobom zamieszkującym wioski korzystanie z nich. Osoby starsze posiadają wiedzę na temat korzystania ich rówieśników z oferty zajęć instytucji dla nich przeznaczonych.

²⁸ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy ...*, dz. cyt., s. 171.

²⁹ . A Zawada, *Aktywność ...*, dz. cyt., s. 92.

³⁰ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy...*, dz. cyt., s. 171.

³¹ Fabiś A. *Edukacja seniorów-odpowiedź na wymagania współczesności*. „Edukacja Dorosłych” 1-2/2006, ISSN 1730-9328, s. 38-39.

Poddając rozważaniom aspekt związany z formami aktywności wolnoczasowej wśród osób starszych stwierdzono, że osoby starsze preferują aktywne spędzanie czasu wolnego. Ich ulubionymi formami ruchu są spacery i jazda na rowerze. Poza domem najchętniej spędzają czas na działce oraz na wyjazdach krajoznawczych. Swój czas wolny poświęcają na życie towarzyskie w gronie przyjaciół i znajomych, a także na „czas dla siebie”. Najwięcej osób starszych przynależy do Klubów ludzi starszych oraz Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że stereotypowe postrzeganie osób starszych jako wycofanych, nie aktywnych, zamkniętych na świat i ludzi nie ma nic wspólnego z rzeczywistością. Osoby starsze pomimo wieku nadal cieszą się i niejednokrotnie intensywnie korzystają z życia. O jakościowo nowym traktowaniu seniorów świadczy fakt przyjęcia roku **2012 jako Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. W trakcie tego roku organizacje i instytucje zachęcają osoby starsze do podejmowania różnego typu aktywności i działań, mających na celu wykorzystanie potencjału osób powyżej 60 roku życia.** Na aktywne starzenie składa się wiele elementów: starzenie się w dobrym zdrowiu, aktywny udział w życiu społecznym, spełnienie w życiu zawodowym i więcej niezależności w życiu codziennym. Bez względu na swój wiek osoby starsze mogą odgrywać ważną rolę w społeczeństwie i dłużej cieszyć się życiem. Musimy więc znaleźć sposób na to, by jak najlepiej wykorzystać ich potencjał. W 2012 r. Unia Europejska przyjęła zasadę wspierania aktywności osób starszych poprzez działania w trzech dziedzinach: zatrudnienie – wraz z wydłużaniem się średniej długości życia w Europie podnoszony jest również wiek emerytalny, w związku z czym należy zapewnić osobom starszym większe możliwości i mobilność na rynku pracy; udział w życiu społecznym – przejście na emeryturę nie oznacza, że dana osoba niczego już nie może zaoferować społeczeństwu. Europejski Rok ma sprawić, że wkład starszych osób w życie społeczne będzie bardziej doceniany, ma też przyczynić się do stworzenia im bardziej sprzyjających warunków do dłuższej aktywności; samodzielne życie – z wiekiem pogarsza się stan zdrowia każdego z nas, ale istnieje wiele sposobów, by sobie z tym radzić. Aktywne starzenie się oznacza również usprawnianie funkcjonowania osób starszych, tak by mogły one pozostać niezależne tak długo, jak to możliwe³². Podobny wymiar i znaczenie miał rok 1999, który był Rokiem Seniora na wniosek Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych. Papież Jan Paweł II w roku 1999 dołączył się do uświetnienia obchodów Międzynarodowego Roku Seniora i wystosował „List do osób w podeszłym wieku”. Napisał w nim następujące zdanie: „Zasługują zatem na uznanie

³² <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?langId=pl&catId=971> (dostęp z dnia 14.06.2013)

wszystkie inicjatywy społeczne, dzięki którym ludzie starzy mogą nie tylko dbać o swoją kondycję fizyczną i intelektualną oraz rozwijać relacje z innymi, ale także stawać się przydatni, oddając innym swój czas, umiejętności i doświadczenie”³³. To zdanie najtrafniej obrazuje przydatność takich inicjatyw społecznych. Istnieje wiele form aktywności. Ludzie starsi mają możliwość wyboru tej najodpowiedniejszej dla siebie. Instytucje wspierające aktywność ludzi starszych mają szeroką ofertę zajęć i z otwartymi rękami czekają na przyjęcie nowych członków. Każdy może znaleźć coś co go zainteresuje i zainspiruje do działania. Wystarczą tylko dobre chęci, odwaga i otwarcie się na nowe wyzwania. Wiek i związane z nim ograniczenia nie są żadną przeszkodą aby być i zadowolonym. Trzeba tylko kroczyć do przodu a nie stać w miejscu, myśląc, że wszystko co najlepsze już minęło i nic dobrego już nas nie spotka.

Bibliografia

Balicka-Kozłowska H., *Aktywność w starszym wieku – hamulce i bodźce*, Encyklopedia Seniora, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1986, ISBN 83-214-0274-7

Chabior A., *Aktywność życiowa i jakość życia seniorów*, w: A. Fabiś (red). *Aktywność kulturalno – oświatowa osób starszych*, w: A. Fabiś (red), Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii, Sosnowiec, 2005, ISBN 83-89275-02-3

Fabiś A., *Aktywność kulturalno – oświatowa osób starszych*, w: A. Fabiś (red), Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii, Sosnowiec, 2005, ISBN 83-89275-02-3

Fabiś A. *Edukacja seniorów-odpowiedź na wymagania współczesności*. „Edukacja Dorosłych” 1-2/2006, ISSN 1730-9328

<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?langId=pl&catId=971> (dostęp z dnia 14.06.2013)

<http://www.voxdomini.com.pl/inne/list.html>,

Kaczmarczyk P., GUS, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*. Warszawa, 2009, <http://www.isp.org.pl/files/8016944570676195001255433247.pdf>,

Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie-w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2006, ISBN 83-7299-389-0

Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Żak, Warszawa, 1995, ISBN 3-451-05060-9

³³ <http://www.voxdomini.com.pl/inne/list.html>, (dostęp z dn. 14.06.2013r.)

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych. Raport przygotowany przez zespół badawczy w składzie: dr Piotr Landsberg, dr Marcin Poprawski, dr Przemysław Kieliszewski, Michał Mękowski, Alicja Gojlik Joanna Kuchta, Magdalena Brodniewicz pod kierunkiem naukowym: prof. UAM dr hab. Jacek Sójka, Poznań 2012, <http://www.academia.edu/2494034> Po c seniorom kultura Badania kulturalnych aktywności osób starszych. Raport

Zaorska Z., *Dodać życia do lat*, Klanza, Lublin, 1997, ISBN 83-910614-4-2

Zawada A., *Aktywizowanie mieszkańców domów pomocy społecznej*. „Praca Socjalna”1, 2007, ISSN 0860-3480

Zawadzka A., *Uwarunkowania wychowania do czasu wolnego w rodzinie i w środowisku lokalnym ludzi III wieku*. „Edukacja Dorosłych” 2, 1995, ISSN 1230-929X

Kontakt

dr Marek Banach

Katedra Pacy Socjalnej, Instytut Nauk o Wychowaniu

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Recenzia

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

SK SaPA STAVOVSKÁ ORGANIZÁCIA PRE SESTRY

Daniela Baníková - Baštigálová

Abstrakt

SK SaPA je stavovská organizácia pre sestry. Vznik stavovskej organizácie bol ustanovený zákonom, ktorý určil štruktúru a práva a povinnosti člena. Jej vývoj ovplyvnil ďalší zákon. Boli vypracované vnútorné predpisy a ďalšie dokumenty týkajúce sa stavovskej organizácie. Za ich základe vyvíja stavovská organizácia činnosti a aktivity na ktorých sa podieľa okrem kancelárie komory množstvo sestier a pôrodných asistentiek na báze dobrovoľnosti.

Kľúčové slová: SK SaPA, stavovská organizácia, sestry, pôrodné asistentky, legislatíva.

Úvod

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek = SK SaPA vznikla na základe zákona 311/2002 Z.z., ktorého súčasťou bola povinná registrácia a povinné členstvo. Boli vypracované vnútorné predpisy SK SaPA :Štatút, Organizačný poriadok, Rokovací poriadok, Volebný poriadok, Disciplinárny poriadok, Hospodársky poriadok, Štatút kontrolného výboru, Štatút regionálnej komory, Registračný poriadok, Licenčný poriadok a smernice: Smernica o sústavnom vzdelávaní a spôsobe zhodnocovania sústavného vzdelávania, Smernica ktorou sa ustanovuje postup pri udeľovaní ocenenia Biele srdce, Smernica financovania odborných sekcií . Zákon 578/2004 Z.z. zrušil povinné členstvo, ale povinná registrácie pri výkone povolania sestry, či pôrodná asistentka zostala. Tento zákon zahŕňa všetky stavovské organizácie, ktoré pracujú v zdravotníctve a podieľajú sa na navracaní zdravia. Súčasťou zákona 578 je aj Etický kódex zdravotníckeho pracovníka.

SK SaPA

SK SaPA v rámci členského poplatku zjedнала s poisťovňou Wustenrot poistenie týkajúce sa právnej ochrany a právneho zastupovania pri pracovno-právnych problémoch. Toto poistenie je zhrnuté v bonusoch pre člena SK SaPA : Každý člen SK SaPA, ktorý má uhradené členské príspevky, má poistenie právnej ochrany v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti pri výkone zdravotníckeho povolania. Poistenie právnej ochrany zahŕňa zabezpečenie komplexných právnych služieb, asistenčné služby a informačné služby non-stop call centra. Poistenie právnej ochrany zahŕňa tieto oblasti: trestné a správne konanie, priestupkové

konanie, pracovnoprávne spory, zodpovednosť za škodu – náhrady trov spojené s občianskoprávnym, konaním o náhradu škody (nie finančná náhrada spôsobenej škody), náhrady trov spojené s konaním o náhradu škody, ktoré boli spôsobené zdravotníckym pracovníkom na pracovisku pri výkone povolania. Poistenie právnej ochrany pokrýva náklady až do výšky 4000 euro ročne. Wustenrot poisťovňa pripravila pre členov a členky SK SaPA aj zľavy na niektoré svoje produkty: domácnosť, auto, životné poistenie... Členky majú výhodnené podmienky poistení, než bežný klient. Toto poistenie nám závidia stavovské organizácie nielen v rámci Slovenska, ale aj z iných štátov. V roku 2009 vypracovala SK SaPA vypracovala pracovná skupina: Mgr. Jozefína Bančejová, Bc. Mária Hudáková, Mgr. Zuzana Magdinová, Renáta Popudová, Denisa Šarkozyová, Edita Štrbová, Erika Teplanová, Mgr. Mária Levyová, JUDr. Martina Sekáčová, ďalší dokument: Charta práv sestier a pôrodných asistentiek, ktorá 5 článkov : Článok I- Výkon povolania, Článok II- Vzťah k pacientom, spolupracovníkom a iným osobám, Článok III- Pracovno-právne vzťahy, Článok IV- Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci, pracovné prostredie a pracovné podmienky, Článok V- Vzdelávanie, zvyšovanie kvalifikácie, sústavné vzdelávanie Vznik odborných sekcií je ďalšou činnosťou SK SaPA. Sú to tieto sekcie: ... ambulatných sestier, ORL, anesteziológie a intenzívnej st., sestier na operačných sáloch, ADOS, Ortopedická, centrálnej sterilizácie, Pediatrika, Dermatovenerológia, Pneumologicko-ftizeologická, endokopických sestier, Psychiatrická, Geriatrická, Riadenia v ošetrovatel'. st., chirurgických odborov, vnútrotného lekárstva, neurologická, zariadení sociálnych služieb, oftalmologická, zubného lekárstva. Vydávanie časopisu, ktorí mal do roku 2002 názov Zdravotník, od roku 2003 je to časopis „Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia“ je činnosť, ktorú tiež treba spomenúť. SK SaPA spolupracuje s inými organizáciami, napr.: Lekárska komora, Asociácia nemocníc, Komora fyzioterapeutov, Komora iných zdravotníckych pracovníkov, LOZ, Červený kríž, Slovenská lekárska spoločnosť, Odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb, Spolupráca so vzdelávacími inštitúciami, Spolupráca s občianskymi združeniami. Tiež spolupracuje so zahraničnými organizáciami, napr.: WHO, Európska federácia sestier, ICN, Horátio, Poľská komora sestier, ČAS, Maďarská komora Pripomienkovanie zákonov, vyhlášok, nariadení je činnosťou, ktorou sa SK SaPA zaoberá. Absolvuje sa množstvo rokovaní na ministerstve zdravotníctva, ministerstve práce sociálnych vecí a rodiny, s klubmi parlamentu, s prvou dámou... Spolupráca s masmédiami je ďalšou činnosťou SK SaPA formou rozhovorov, vyhlásení, článkov, V roku 2012 uskutočnila SK SaPA petičnú akciu, kde sa jej podarilo zozbierať skoro 250 000 podpisov. Petícia mala tieto body: 1. Stanovenie minimálnej hodinovej mzdy sestry a pôrodnej asistentky, 2. Skorší

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

odchod do dôchodku, 3. Kontrola dodržiavania personálnych noratív vz dravotníckych zaradeniach, 4. Úprava poskytovania zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, 5. Podpora mimo nemocničnej starostlivosti, 6. Podpora sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, 7. Odbor ošetrovateľstva. Národná rada sa zaoberala požiadavkami petície ako občianskou aktivitou. Túto akciu možno považovať za čiastočne úspešnú. Niektoré požiadavky sú stále v štádiu rokovania. Aby mohli rokovania prebiehať bolo zriadené odborové združenie sestier, ktoré rokuje v rámci tripartity ohľadne pracovnoprávných problémov. Zdravotnú starostlivosť v rokovaniach zastrešuje naďalej SK SaPA. Z projektu financovaných z európskych fondov boli zriadené strediská zhodnocovania sústavného vzdelávania. Končilo sa zhodnocovanie obdobia na výkon povolania ako ukladá zákon a tieto strediská zhodnocovanie previedli a v súčasnosti prevádzajú dokumentovanie kreditov, ktoré si sestry a PA zbierajú v ďalšom zhodnocovacom období. Ocenenie Biele srdce každoročne udeľuje SK SaPA na slávnostnom seminári sestrám a PA na základe návrhov z regionálnych komôr. Táto akcia už tradične býva pod záštitou prvej dámy Bolo založené „Občianske združenie na podporu vzdelávania sestier a PA“ kde je možnosť prispieť 2% z dane a tým umožňuje podporovať finančne vzdelávacie akcie pre sestry a PA, respektíve pomôcť finančne sestrám a PA ktoré idú s aktívnou účasťou prednášač do zahraničia. Z uvedeného vyplýva, že stavovská organizácia SK SaPA je stavovskou organizáciou pre sestry a PA v pravom slova zmysle.

Bibliografia

Etický kódex zdravotníckych pracovníkov

Vnútorne predpisy SK SaPA

Zákon NR SR č. 578/2004 Z.z o poskytovateľoch zdravotníckej starostlivosti

Kontakt

Baníková - Baštigálová Daniela, Bc.

ÚVN Ružomberok

e- mail: danielabastigalova@gmail.com

Recenzia

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

MONITORING OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Erika Bokros

Abstrakt

Práca prezentuje súčasný systém dlhodobej starostlivosti a podpory. Zaoberá sa charakteristikou zariadení sociálnych služieb a potrebou integrácie zdravotnej starostlivosti. Cieľom práce je predstaviť komplexnú starostlivosť multidisciplinárneho tímu, špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti a legislatívne normy sociálno – zdravotnej starostlivosti. Vypracovali sme ciele komunitného ošetrovateľstva, úlohy a kompetencie sestry, kľúčové bariéry integrácie ošetrovateľskej starostlivosti. Empirická časť práce prezentuje výsledky prieskumu, ktoré nám dávajú obraz o ošetrovateľských potrebách klientov a súčasnej úrovne ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Navrhujeme vypracovať a aplikovať do praxe indikátory kvality zdravotnej starostlivosti, štandardizované postupy a mapy starostlivosti, programy zamerané na prevenciu, podporu a upevňovanie zdravia celej komunity.

Kľúčové slová: dlhodobá starostlivosť, sociálne služby, komunitné ošetrovateľstvo, integrácia, klient, prieskum.

Úvod

V súčasnom systéme sociálnych služieb dostáva popredné miesto humánný model starostlivosti. Jeho perspektíva je založená hlavne na princípe slobody, existencie, autonómie, spolubytia, spoluprotvorby a transcencie. Existuje prepojenie sociálnej služby, opatrovateľskej služby, poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdravotných výkonov. V zariadeniach sociálnych služieb sa poskytuje starostlivosť osobám, ktoré sú ohrozené sociálnym vylúčením, majú obmedzenú schopnosť spoločensky sa začleniť a nemajú zabezpečené podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na zdravotnú výchovu, ochranu zdravia, starostlivosť o chorých a zabezpečenie zdravotno – sociálnych služieb. V predloženej práci riešime problematiku integrácie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá má obsahovať znaky dostupnosti, vhodnosti, efektivity a účinnosti.

1. Vybrané zariadenia sociálnych služieb

Zákon NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon

o sociálnych službách) ustanovuje v § 35, 36, 38 a 39 vybrané zariadenia sociálnych služieb, kde sa môže poskytovať okrem sociálnych služieb aj zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu. Patria sem zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, domovy sociálnych služieb a špecializované zariadenia. Základnú starostlivosť tvorí pomoc pri riešení nepriaznivej sociálnej situácie klienta z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. Prijatie klienta do zariadenia sociálnych služieb je indikované podľa príslušných predpisov rezortu sociálnych vecí. Prioritou je uspokojovanie objektívne uznaných potrieb klienta, vylučuje sa však možnosť poskytovať starostlivosť v takom prípade, ak zdravotný stav klienta vyžaduje ústavnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení.

Zariadenia pre seniorov sú určené na neurčitý čas pre tých klientov, ktorí dovŕšili dôchodkový vek a majú priznaný starobný alebo invalidný dôchodok. Pre trvalé zmeny zdravotného alebo sociálneho stavu potrebujú komplexnú starostlivosť, ktorú im rodina nevie alebo nemôže zabezpečiť. Presťahovanie seniora predstavuje vážny zásah do jeho života a zvyčajne sa spája so psychosomatickými reakciami, prejavmi deprivácie – tzv. maladaptácnym syndrómom.

Zariadenia opatrovateľskej služby sú určené pre plnoletých klientov, ktorým nemožno poskytnúť domácu opatrovateľskú službu a sú odkázaní na zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov. Klienti sú často prepustení z hospitalizácie v zdravotníckom zariadení a potrebujú celodennú starostlivosť. Majú obmedzenú funkčnú schopnosť prechodného alebo trvalého charakteru, či zdravotný handicap. Komplexné služby sa poskytujú pobytovou formou na určitý čas.

Domovy sociálnych služieb zabezpečujú podľa zákona o sociálnych službách týždennú alebo celoročnú starostlivosť deťom aj dospelým, ktorých stupeň odkázanosti je najmenej V. Ďalej môže ísť o osobu, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca, a jej stupeň odkázanosti je najmenej III. Tieto zariadenia bývajú zamerané na jednotlivé druhy postihnutí (napr. telesné a mentálne postihnutie). Svojim klientom zabezpečujú starostlivosť v oblasti samoobslužných návykov a základov spoločenského správania, ergoterapiu, arteterapiu, muzikoterapiu a rehabilitáciu. Ak sa v zariadení poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im zároveň aj výchova a utvárajú sa podmienky na vzdelávanie.

Špecializované zariadenia poskytujú starostlivosť deťom aj dospelým, ktorých stupeň odkázanosti je najmenej V. Medzi indikované zdravotné postihnutia patria podľa § 39 zákona o sociálnych službách najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie,

hluchoslepotu a AIDS. Ak má dieťa nariadenú ústavnú starostlivosť a poskytuje sa mu celoročná pobytová sociálna služba, poskytuje sa mu zároveň aj vreckové a vecné dary.

2. Multidisciplinárna starostlivosť

Dôležitou súčasťou multidisciplinárneho tímu je sestra, ktorá sa podieľa na humanizácii starostlivosti prostredníctvom realizácie sesterských činností metódou ošetrovateľského procesu. Pomáha klientom a ich rodinám, spolupracuje s fyzioterapeutom, ergoterapeutom, logopédom, psychológom, špeciálnym pedagógom, sociálnym pracovníkom a ďalšími odborníkmi podľa potreby.

Povinnosti sestry v multidisciplinárnej starostlivosti:

- aktívne spolupracovať so zmluvným všeobecným lekárom zariadenia,
- zabezpečiť pravidelnú vizitu všeobecného lekára (minim. 1x do týždňa, ďalej podľa individuálnych potrieb klientov),
- telefonicky konzultovať každú zmenu zdravotného stavu klienta,
- aktívne spolupracovať so špecialistami odborných ambulancií a oddeleniami ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- ak zariadenie len zabezpečuje zdravotnú starostlivosť, spolupracovať s ADOS, ktorá poskytuje špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť,
- aktívne komunikovať s prístupujúcou osobou klienta (rodinný príslušník, blízky známi), informovať ju o každej zmene zdravotného stavu a plánovaných liečebných postupoch,
- posúdiť psychické funkcie klienta a potrebu psychologických intervencií,
- zohľadňovať špeciálne pedagogické postupy a posudzovať kognitívne funkcie klienta,
- konzultovať vplyv ergoterapeutických programov na somatický stav klienta,
- spolupracovať so sociálnym pracovníkom pri vypracovaní individuálnych rozvojových plánov a zohľadňovať aktuálny zdravotný stav klienta,
- sprevádzať klienta a podporovať jeho účasť na plánovaných spoločenských aktivitách,
- spolupracovať s manažmentom zariadenia a participovať na vytvorení lokálnych štandardov a zvýšení úrovne kvality sociálno – zdravotnej starostlivosti.

3. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti

V zariadeniach sociálnych služieb je sestra osoba, ktorá pomáha klientom, ich rodinám a celej komunite udržiavať fyzický, mentálny a sociálny potenciál. Ošetrovateľská starostlivosť je prioritne zameraná na ochranu a podporu zdravia, akútne ochorenia a rehabilitáciu. Metóda

ošetrovateľského procesu je zameraná na systematickú, nepretržitú identifikáciu problémov klienta a poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Úlohy primárnej prevencie:

- posilniť a upevňovať zdravie celej komunity – zdravotná výchova, imunizácia, rozvíjanie zdravého životného štýlu, hygienických návykov, starostlivosť o duševné zdravie,
- podporiť starostlivosť o zdravé prostredie – starostlivosť o pitnú vodu, čisté ovzdušie, osvetlenie, hluk, kanalizáciu, prach, mikroorganizmy, UV žiarenie, sanitárne a protiepidemiologické opatrenia,
- odstrániť riziká poškodenia zdravia – nevhodná životospráva, alkohol, tabak, obezita, drogy, stres, úrazy.

Úlohy sekundárnej prevencie:

- riešiť vzniknuté zdravotné problémy – komplexné vyšetrenie, včasná a účinná liečba,
- eliminovať zdravotné problémy skríningovými metódami – prevencia osteoporózy, prevencia onkologických ochorení krčka maternice, prsníkov, hrubého čreva, prostaty, pľúc a kože, prevencia kardio – vaskulárnych ochorení, sledovanie TK, glykémie, biochemických a hemokoagulačných parametrov, onkomarkerov,
- dispenzarizáciou podporovať prinavracanie a obnovovanie zdravia – aktívne vyhľadávanie osôb ohrozených na zdraví, trvalé sledovanie zdravotného stavu v pravidelných intervaloch.

Úlohy terciárnej prevencie:

- stabilizovať poškodené funkcie organizmu - dodržanie liečebného režimu,
- rehabilitáciou zabrániť opakovaniu problémov a zhoršovaniu zdravotného stavu,
- obnoviť zdravie a zabezpečiť optimálne fungovanie organizmu - doliečovanie, kúpeľná liečba, špeciálna rehabilitácia,
- zabrániť zníženiu kvality života a trvalej invalidite (napr. využiť programy riadenia chronických bolestí),
- podporiť adaptáciu na chronický stav – využiť kompenzačné pomôcky, podporné skupiny, psychoterapiu, ergoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu, muzikoterapiu.

Ciele komunitného ošetrovateľstva v zariadeniach sociálnych služieb:

- uľahčiť adaptáciu klienta a podporiť jeho adaptačné mechanizmy,
- zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- podporiť zdravie klienta a venovať sa prevencii,
- eliminovať zdravotné problémy a predchádzať novým,

- hodnotiť a uspokojovať bio – psycho – sociálne a spirituálne potreby klienta,
- posúdiť funkčný stav, aktivity denného života a mentálny stav klienta,
- zabezpečiť kombinovanú, sociálno - zdravotnú intervenciu,
- dosiahnuť a zachovať najvyšší možný stupeň sebestačnosti,
- uľahčiť integráciu do spoločenského života.

4. Kompetencie sestry v zariadeniach sociálnych služieb

Kompetencie sestry legislatívne upravuje **Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z.z.**, ktorá ustanovuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v spolupráci s lekárom. V zariadeniach sociálnych služieb sestra neaplikuje ošetrovateľské výkony, ktoré by súviseli s diagnostickými alebo liečebnými výkonmi uskutočňovanými lekárom.

Vyhláška MZ SR č. 109/2009 Z.z. doplnená vyhláškou MZ SR č. 244/2011 ustanovuje okrem požiadavky odbornej spôsobilosti sestry aj výber 45- ich zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb.

O poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti musí viesť sestra zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti. Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie v zariadeniach sociálnych služieb je uverejnené vo **Vestníku MZ SR, čiastka 42 – 48**, ročník 57 zo dňa 15. októbra 2009, v normatívnej časti 47.

Nariadenie vlády SR č. 341/2004 Z.z., v časti práca a sociálne veci ustanovuje pre sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb katalóg pracovných činností a kvalifikačný predpoklad pri výkone práce vo verejnom záujme. Pracovná náplň a kompetencie musia zohľadňovať dosiahnutý stupeň vzdelania a osobitný kvalifikačný predpoklad sestry.

Sestra s úplným stredným vzdelaním:

- realizuje individuálny adaptačný a opatrovateľský plán z pohľadu zachovania a udržania zdravia klientov,
- poskytuje úkony nahrádzajúce samoobsluhu,
- organizuje a pripravuje preventívne prehliadky a odborné vyšetrenia, vedie predpísanú dokumentáciu.

Sestra s úplným stredným vzdelaním po získaní špecializácie v príslušnom odbore:

- samostatne zabezpečuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti a koordinovanie prác so zamestnávateľmi poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť.

Sestra s vyšším odborným vzdelaním po získaní špecializácie v príslušnom odbore:

- organizačne zabezpečuje a metodicky usmerňuje poskytovanie opatrovateľskej starostlivosti,
- vykonáva samostatnú odbornú prácu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu a realizuje odborné ošetrovateľské výkony,
- vykonáva špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu a samostatné ošetrovateľské výkony podľa ordinácie lekára na lôžkovom oddelení sociálneho zariadenia.

Sestra s vysokoškolským vzdelaním po získaní špecializácie v príslušnom odbore:

- vykonáva samostatnú odbornú ošetrovateľskú prácu, vyhodnocuje individuálne ošetrovateľské plány,
- podieľa sa na organizovaní, koordinovaní a kontrole ošetrovateľskej starostlivosti.

5. Koncepcia dlhodobej starostlivosti

Dlhodobá starostlivosť je na Slovensku zabezpečovaná prostredníctvom systému sociálnych služieb a systému zdravotnej starostlivosti. Sociálne služby sú organizované tak, aby pomáhali v maximálnej možnej miere klientom v dlhodobej starostlivosti a ich rodinám. Na lokálnej úrovni pôsobia zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, terénna opatrovateľská služba, prepravné služby a základné sociálne poradenstvo. Na regionálnej úrovni sú k dispozícii domovy sociálnych služieb a špecializované zariadenia. Sociálne služby sú financované z rozpočtov vlády, krajov a obcí, dopĺňané sú úhradami od samotných klientov. Obce a samosprávne kraje posudzujú odkázanosť klienta na sociálnu službu a zároveň zabezpečujú, zriaďujú a poskytujú sociálne služby. V systéme zdravotnej starostlivosti ide o zabezpečenie prevencie, zaraďovanie do dispenzarizácie, zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti a domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Financovanie zdravotnej starostlivosti je zabezpečené systémom verejného zdravotného poistenia, kde pôsobia tri zdravotné poisťovne. Nové možnosti vytvorené v rámci novej legislatívy zákona o sociálnych službách – poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach ústavnej starostlivosti, a naopak ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb sa využívajú nedostatočne, nedarí sa účinnejšie realizovať opatrenia integrovanej sociálno–zdravotnej starostlivosti a pretrvávajú komplikácie. V roku 2005 bol pripravený Návrh zákona o dlhodobej starostlivosti a podpore, ktorého cieľom bola integrácia osôb s dlhodobým funkčným obmedzením. Koncepcia nadväzovala na reformu zdravotníctva, ktorá sa primárne zameriava na akútnu zdravotnú starostlivosť a ponúka riešenie pre tých, ktorí vzhľadom na potrebu dlhodobej starostlivosti vypadávajú z tohto systému. Pre vysokú finančnú náročnosť

však tento návrh nezískal širšiu podporu. Integrovaný systém dlhodobej starostlivosti komplikovaný najmä:

- rozličným organizovaním a financovaním zdravotných a sociálnych služieb, čo zabraňuje kontinuite dlhodobej starostlivosti,
- nedostatočnou koordináciou legislatívy v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- rozdielnou úrovňou právnej ochrany v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- rôznorodými a slabo koordinovanými kompetenciami v oblasti dlhodobej starostlivosti,
- neprepojenosťou databáz o odkázaných klientoch v jednotlivých systémoch,
- rozdielnym postavením zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- neudržateľnosťou financovania na lokálnej a regionálnej úrovni,
- nedostupnosťou sociálnych služieb pre dlhé čakacie doby,
- rozličným statusom systému sociálnych a zdravotných služieb, ktorý ovplyvňuje pozície jednotlivých odborníkov,
- nízkou dôverou medzi organizáciami verejného a neverejného sektora,
- nerovnakým právnym postavením verejných a neverejných poskytovateľov sociálnych služieb,
- možnosťou ovplyvňovania personálnej stratégie zariadení sociálnych služieb politickými záujmami zo strany regionálnej samosprávy.

Kľúčové bariéry z aspektu sestry:

- nedostatok špecializovaných zariadení pre klientov so špecifickými potrebami,
- nedostatok odborne spôsobilých sestier v odbore komunitného ošetrovateľstva,
- nedostatok kompetencií sestry na základe platnej legislatívy sociálno – zdravotnej starostlivosti,
- nedostupná zdravotná starostlivosť, ktorá sa často obmedzuje len na predpis liekov,
- problémy pri zabezpečení konziliárnych služieb a odbornej starostlivosti v prípade ťažko chorých klientov pripútaných na lôžko,
- absencia štandardov zdravotnej (vrátane ošetrovateľskej) starostlivosti,
- nedostatočný audit poskytovanej zdravotnej starostlivosti (vrátane ošetrovateľskej),
- preťaženosť ošetrojúceho personálu,
- nedostatočná vybavenosť pomôckami pri starostlivosti o imobilných a čiastočne imobilných klientov,
- nevhodné architektonické riešenia lôžkových častí zariadení a nedoriešená debarierizácia,

- nedoriešený informačný systém s možnosťou prepojenia na osobný spis klienta v sekcii sociálnej starostlivosti.

Návrhy pre systém štandardov dlhodobej starostlivosti:

- pripojiť štandardy k novému modelu legislatívy dlhodobej starostlivosti,
- vypracovať jednotný súbor štandardov pre všetky služby,
- oddeliť štandardy akútnej starostlivosti od štandardov dlhodobej starostlivosti,
- zapojiť špecializovaný posudkový tím do plánovania individuálnej starostlivosti,
- štandardy by sa mali vzťahovať len na tie služby dlhodobej starostlivosti, na ktoré bola vydaná licencia,
- vypracovať štandardy na požadovanú štruktúru profesionálov a ich vzdelávanie v jednotlivých typoch zariadení: ak zariadenie poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, musí zamestnávať diplomované sestry, a naopak – ak zariadenie nezamestnáva diplomované sestry, nesmie prijímať klientov, ktorým posudkový tím priznal potrebu ošetrovateľskej starostlivosti,
- rozvoj regulačného systému by mal patriť do zodpovednosti MZ SR,
- implementovať cyklický proces monitorovania štandardov, ktorý začína vlastným auditom služieb,
- udelenie licencií a financovanie služieb by malo byť podmienené splnením štandardov,
- štandardy by mali zahŕňať požiadavku akreditácie a udelenia stálej licencie za predpokladu, že zariadenie predloží a realizuje stratégiu zvýšenia kvality.

6. Formulácia problému, výsledky ošetrovateľského prieskumu

Umiestnenie klienta do zariadenia sociálnych služieb je v mnohých prípadoch indikované na základe zhoršenia jeho zdravotného stavu. Zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti však nie je povinnou integrovanou súčasťou komplexnej individualizovanej starostlivosti o klienta sociálneho zariadenia. Aj keď kvalitná ošetrovateľská starostlivosť závisí v prvom rade od sestry, treba sa orientovať na zmenu platnej legislatívy a zabezpečiť dostupnosť kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti pre každého klienta, ktorý ju potrebuje.

Ciele prieskumu:

- posúdiť potrebu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb z pohľadu sestier,
- posúdiť činitele, ktoré v súčasných podmienkach ovplyvňujú úroveň ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb,

- zistiť vedomosti sestier o platných legislatívnych normách súvisiacich s výkonom ich povolania v zariadeniach sociálnych služieb,
- zistiť názory sestier na potrebu legislatívnych zmien v oblasti integrácie dlhodobej starostlivosti.

6.1 Výberový súbor a metódy

Oslovených bolo 24 zariadení sociálnych služieb – bratislavského, trnavského a nitrianskeho samosprávneho kraja, ale s realizáciou ošetrovateľského prieskumu súhlasilo len 10 štatutárnych zástupcov zariadení. Do výberového súboru bolo zaradených 75 respondentov - sestier pracujúcich vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb (ďalej len ZSS). Prieskum bol realizovaný v období od decembra 2012 do februára 2013 po predchádzajúcom telefonickom dohovore s manažmentom zariadení a následnom zaslaní dotazníkov.

Najväčšiu skupinu tvorili sestry s úplným stredným odborným vzdelaním - 34 sestier (45,33%), 14 sestier (18,67%) uviedlo, že má ukončenú odborovú špecializáciu, 12 sestier (16%) má ukončené vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa, 8 sestier (10,67%) má vyššie odborné vzdelanie. Najmenšiu skupinu tvorili sestry s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa – 7 sestier (9,33%). Najväčšiu skupinu tvorili sestry s praxou od 6 do 10 rokov – 31 sestier (41,33%), 27 sestier (36%) a s praxou od 1 do 5 rokov, 11 sestier (14,67%) s odbornou praxou 11 až 20 rokov. Najmenšiu skupinu tvorili sestry s praxou viac ako 20 rokov – 6 sestier (8%). Odbornú prax menej ako 1 rok neudala žiadna sestra. Ani jedna sestra (0%) neuviedla, že v zariadení kde pracuje, žiadny klient nemá ošetrovateľské potreby. Tak isto žiadne sestry (0%) neoznačili odpoveď, že má menej ako 1/4 alebo 1/4 až 1/2 klientov ošetrovateľské potreby. 38 sestier (50,67%) uviedlo, že ošetrovateľské potreby má viac ako polovica klientov, podľa odpovedí 32 sestier (42,67%) majú ošetrovateľské potreby všetci klienti.

Priemerný počet klientov s ošetrovateľskými potrebami nedokázalo posúdiť 5 sestier (6,67%). 5 sestier (6,67%) uviedlo, že ošetrovateľské potreby klientov indikujú poskytovanie základnej ošetrovateľskej starostlivosti, špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť posudzuje za indikovanú 12 sestier (16%). Väčšina sestier – 58 (77,33%) uvádza potrebu poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. 70 sestier (93,33%) uviedlo, že pracujú metódou ošetrovateľského procesu, žiadna sestra (0%) neoznačila možnosť nie, a žiadna sestra (0%) neoznačila možnosť, že občas. 5 sestier (6,67%) sa vyjadrilo, že v súčasnosti zavádzajú metódu ošetrovateľského procesu. Žiadna sestra (0%) netvrdila, že by nepoznala túto metódu práce sestry. 9 sestier (12%) sa vyjadrilo, že povolené zdravotné výkony úplne pokrývajú potreby ošetrovateľskej praxe, 46 sestier (61,33%) je toho názoru, že len čiastočne, 18 sestier

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

(24%) sa vyjadrilo, že výber zdravotných výkonov nepokrýva potreby ošetrovateľskej praxe, 2 sestry (2,67%) túto problematiku posúdiť nevedeli. 25 sestier (33,33%) sa vyjadrilo, že úroveň ošetrovateľskej starostlivosti je vyhovujúca, 23 sestier (30,67%) ju považuje za skôr vyhovujúcu. Negatívne ju posudzuje 10 sestier (13,33%), ktoré sa vyjadrili, že je nevyhovujúca, 12 sestier (16%) sa domnieva, že je skôr nevyhovujúca. Najmenšiu skupinu tvorilo 5 sestier (6,67%), ktoré úroveň ošetrovateľskej starostlivosti posúdiť nedokážu. 23 sestier (30,67%) sa vyjadrilo, že svoje kompetencie a platné právne predpisy pozná, 34 sestier (45,33%) ich pozná len čiastočne, 6 sestier (8%) sa priznalo, že nepozná legislatívu sociálno – zdravotnej starostlivosti, 12 sestier (16%) sa vyjadrilo, že ich to nezaujíma. Sestry mali označiť zákon, ktorý umožňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS. Len 22 sestier (29,33%) označilo ako správnu odpoveď zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, 32 sestier (42,67%) si myslí, že ošetrovateľskú starostlivosť môžu poskytovať v ZSS na základe zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, 18 sestier (24%) by ju chcelo poskytovať v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. 3 sestry (4%) aktuálny zákon nepoznajú. Ďalej sme zisťovali, či majú sestry dostatok vedomostí o počte povolených zdravotných výkonov, ktoré môžu aplikovať v podmienkach ZSS. Najväčšiu skupinu tvorili sestry – 37 sestier (49,33%) ktoré si mysleli, že v súčasnosti je povolených 35 výkonov pre ZSS. Správnu odpoveď označilo len 22 sestier (29,33%), ktoré označili počet 45. Najmenšiu skupinu tvorili 3 sestry (4%), ktoré si myslia, že máme povolených 55 zdravotných výkonov pre ZSS. 13 sestier (17,33%) presný počet nepozná. V prieskumnej položke 16 sme zisťovali, na základe ktorého odborného usmernenia vedú sestry zdravotnú dokumentáciu v ZSS. Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie akceptuje len 27 sestier (36%) z celkového počtu, ostatné sestry v počte 48 (64%) majú vypracované osobitné štandardy vedenia zdravotnej dokumentácie. Žiadna sestra (0%) sa nevyjadrila, že v ZSS zdravotnú dokumentáciu nevedú. Zámer MZ SR vytvoriť integrovaný systém dlhodobej starostlivosti bol predmetom Ďalšej otázky. 19 sestier (25,33%) podporuje plánovanú inováciu sociálno – zdravotnej starostlivosti, 29 sestier (38,67%) sa vyjadrilo, že skôr podporuje, 4 sestry (5,33%) vyjadrilo negatívny postoj a zámer nepodporujú, 7 sestier (9,33%) zámer skôr nepodporuje a 16 sestier (21,33%) túto problematiku nepozná. Sestry posudzovali vplyv legislatívnych zmien na klienta sociálneho zariadenia. Najmenšiu skupinu tvorili sestry - 6 sestier (8%), ktoré sa domnievali, že legislatívne zmeny by znamenali pre klienta zabezpečenie komplexnej starostlivosti, väčšina sestier - 38 sestier (50,67%) vidí pozitívum v dostupnosti zdravotnej starostlivosti, 18 sestier (24%) si myslí, že zmeny by zabezpečili vyššiu kvalitu poskytovaných služieb, 13

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

sestier (17,33%) zmeny pre klienta posúdiť nevie. Ďalej sme zisťovali, aké zmeny by pre sestry znamenala legislatívna úprava sociálno – zdravotnej starostlivosti. 21 sestier (28%) vyjadrilo názor, že plánované zmeny by upevnili rolu sestry v ZSS, väčšina sestier v počte 37 sestier (49,33%) predpokladá autonómiu povolania a tým rozšírenie kompetencií, 13 sestier (17,33%) preukázalo negatívny postoj a v žiadne zmeny neveria, 4 sestry (5,33%) význam legislatívnych zmien pre sestru posúdiť nevedia. Na záver sme zisťovali, či sestry plánujú naďalej pracovať v ZSS. Len menšia časť sestier vyjadrila svoj pozitívny postoj. 19 sestier (25,33%) plánuje naďalej pracovať v ZSS, 13 sestier (17,33%) sa vyjadrilo, že skôr áno, 11 sestier (14,67%) takéto plány nemá, 23 sestier (30,67%) sa rozhodlo pre alternatívu, že skôr nie a 9 sestier (12%) sa rozhodnúť ešte nevie.

Odporúčania pre prax

- spolupracovať so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek a participovať na obhájení potreby zdravotných výkonov v zariadeniach sociálnych služieb pri rokovaniach na príslušných ministerstvách,
- vypracovať špecifické lokálne štandardy ošetrovateľskej starostlivosti podľa druhu sociálneho zariadenia a individuálnych potrieb klientov,
- vypracovať štandardy hodnotenia kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb,
- spolupracovať s profesionálnymi multidisciplinárneho tímu a vypracovať mapy starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb,
- štatisticky vyhodnocovať výsledky poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti,
- vypracovať minimálny normatív personálneho zabezpečenia a materiálno – technického vybavenia úseku zdravotnej starostlivosti,
- zabezpečiť zo strany zamestnávateľa dostatočné investície na zvyšovanie kvalifikácie sestier a materiálno – technického vybavenia pracoviska,
- motivovať sestry a tým zvyšovať erudovanosť, úroveň vzdelania a osobný rast sestier,
- rozvíjať komunitné ošetrovateľstvo a realizovať programy zamerané na prevenciu, podporu a upevňovanie zdravia klientov danej komunity,
- zvýšiť záujem klientov umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb v oblasti starostlivosti o svoje zdravie,
- podieľať sa na elektronickom spracovaní ošetrovateľskej dokumentácie s možnosťou prepojenia na komplexnú dokumentáciu klienta,

- prezentovať a porovnávať manažment kvality sociálno – zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb na odborných seminároch a konferenciách.

Záver

Jadrom podpory človeka, ktorý je odkázaný na pomoc odborných zdravotníckych a sociálnych pracovníkov by mala byť pomoc, ktorá rešpektuje jeho identitu, autonómiu a participáciu v spoločenskom živote. Sociálno – zdravotné intervencie dokážu vyriešiť problémy odkázaného človeka, uľahčiť mu adaptáciu na inštitucionálne prostredie a pomáhať mu kvalitne žiť. Každá zmena je pre človeka náročná, ale pobytová forma sociálnej pomoci je v mnohých prípadoch optimálnym východiskom pre inak nepriaznivú sociálnu situáciu. Ťažké zdravotné postihnutie a nepriaznivý zdravotný stav sú dôvodom odkázanosti na dlhodobú sociálno – zdravotnú starostlivosť.

Vysoko aktuálnym problémom v súčasnom systéme dlhodobej starostlivosti je podpora integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti a platná právna úprava danej oblasti. Je však veľmi dôležité rozlišovať medzi zdravotnou, sociálnou, ústavnou a komunitnou starostlivosťou. Všetky snaženia by mali smerovať k dostupnosti zdravotnej a sociálnej starostlivosti, k účinnej a efektívnej kombinácii personálnych, materiálnych a finančných zdrojov. V súčasnosti je potrebná radikálna reorganizácia systému. Existujúce štandardy sociálnych služieb neodrážajú súčasné rozvojové trendy a zmeny, kvalita poskytovaných služieb nie je adekvátne monitorovaná. Pôsobenie sestier v rámci personálneho zabezpečenia je v mnohých zariadeniach sociálnych služieb nevyhnutné. Je však potrebné zdôrazniť, že ak sestra neposkytuje zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, ale sa len podieľa na zabezpečení zdravotnej starostlivosti, jej kompetencie nemusia v plnom rozsahu nájsť plnohodnotné uplatnenie. Na základe analýzy prezentovaných prieskumov je jednoznačné, že v mnohých zariadeniach sociálnych služieb žijú klienti s vážne narušeným zdravotným stavom a ošetrovateľskými potrebami. V záujme kvalitnej koordinácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti pre klientov zariadení sociálnych služieb majú sestry v týchto zariadeniach nezastupiteľnú úlohu.

Bibliografia

Draganová H. a kol. 2006. Sociálna starostlivosť. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

Hrozenská M. a kol. 2008. Sociálna práca so staršími ľuďmi. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 172 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

Kuzníková I. a kol. 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 209 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

Marková M. a kol. 2010. Komunitní ošetrovatelství pro sestry. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

Národná sociálna správa na rok 2012. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Dokument č. 10839/2012 – II/1. Dostupné na internete: [www.rokovania.sk / File. Aspx / View Document Htm / Mater – Dokum – 145730 ? prefixite](http://www.rokovania.sk/File/Aspx/ViewDocumentHtm/Mater-Dokum-145730?prefixite).

Návrh zákona o dlhodobej starostlivosti a dlhodobej podpore integrácie osôb s funkčným obmedzením a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 2005. MZ SR. Dostupné na internete: [www.oks.sk / upload / doc / Zdravotnictvo. pdf](http://www.oks.sk/upload/doc/Zdravotnictvo.pdf).

Woleková H. 2007. Zabezpečovanie kvality dlhodobej starostlivosti o seniorov (národná správa o Slovensku). 2007. 32 s. Dostupné na internete: [web.krszs.info / spravuj / files / Slovensko – vyzkumna sprava. doc](http://web.krszs.info/spravuj/files/Slovensko-vyzkumna-sprava.doc).

Repková K. a kol. 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (3). 1. vyd. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011. 229 s. ISBN 978-80-7138-133-4.

Kontakt

Mgr. Erika Bokros

Ad usum, n.o., Centrum sociálnych služieb – Veľký Meder

Jahodová 17, 932 01 Veľký Meder

e-mail: erika.bokros@centrum.sk

Recenzia

PhDr. Mgr. Marianna Magerčiaková, PhD.

KOMUNIKÁCIA S KLIENTOM SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Margaréta Domiterová - Monika Divišová

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou komunikácie s klientmi so zdravotným znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb. Pozornosť venujeme komunikácii a jej definícii v širšom a užšom slova zmysle, poukazujeme na potrebu jednotlivých špecifik v rámci komunikácie s rôznymi cieľovými skupinami sociálnej práce.

Kľúčové slová: klient, komunikácia, sociálny pracovník, zdravotné znevýhodnenie

Úvod

Komunikácia bezprostredne zasahuje a ovplyvňuje život nejedného z nás, prináša nám nové impulzy, obohacuje nás o nové poznanie, postoje a reguluje naše správanie. Sme toho názoru, že komunikácia je základným predpokladom úspešného fungovania celej spoločnosti, realizácie a fungovania medziľudských vzťahov a práve efektívna komunikácia predstavuje dôležitý nástroj v práci sociálneho pracovníka. Podľa autorky Hrozenskej a kol. (2008) je predpokladom poskytovania kvalitnej starostlivosti efektívna komunikácia s klientom, a to obzvlášť v prípade klienta so zdravotným znevýhodnením. Komunikácia so spomínaným klientom si od realizátorov sociálnej práce vyžaduje nielen odborné vedomosti, či dávku trpezlivosti, empatie, ale predovšetkým komunikačné zručnosti a schopnosť načúvať nielen sluchom, ale aj zrakom. Je žiaduce, aby mal sociálny pracovník - profesionál neustále na pamäti, že každý človek je jedinečná a neopakovateľná bytosť, kde je potrebný individuálny prístup a rešpektovanie špecifik v komunikačnom procese v závislosti od typu klienta. Príprava sociálneho pracovníka si v praxi vyžaduje aj vzťah k ľuďom, schopnosť komunikovať s ľuďmi, kultivovaný prejav a vystupovanie, správnosť úsudku a hlavne trpezlivosť (Šrobárová, 2011).

Vymedzenie pojmu komunikácia

Otázkou komunikácie sa zaoberajú mnohí odborníci z rozličných vedných disciplín a v tejto súvislosti je potrebné uviesť, že jednotliví autori dospeli k spoločnému ponímaniu komunikácie ako procesu, ktorý je založený na prijímaní a odovzdávaní informácií. Termín

komunikácia je odvodený z latinského slova **communicare** a prekladáme ho ako „robiť niečo spoločným, radiť sa, rokovať alebo zhovárať“. Matoušek (2008) pod komunikáciou rozumie obecné odovzdávanie informácií tak ako medzi ľuďmi, prípadne zvieratami, tak v systémoch iného druhu. Dodáva, že komunikácia je „sociálne jednanie ustanovujúce vždy nejakú formu spoločenstva a v niektorých prípadoch i ustanovujúce realitu“ (Matoušek, 2008, s. 85). Levická (2008, s. 142) definuje komunikáciu ako „proces založený na vzájomnej výmene informácií, t.j. že jeden subjekt odovzdáva inému subjektu (alebo iným subjektom) určitý balík informácií“.

Komunikáciu môžeme ponímať v širšom a užšom slova zmysle. V širšom ponímaní je definovaná ako spojenie jednotlivca s okolitým svetom, ktoré mu umožňuje získavať z neho nové informácie. V užšom slova zmysle môžeme pod komunikáciou rozumieť proces odovzdávania informácií od človeka k človeku, prostredníctvom ktorého je možné sociálne konanie (Tokárová a kol., 2003).

Podľa Zacharovej, Hermanovej, Šrámkovej (2007) prebieha komunikácia ako určitý proces pozostávajúci z piatich zložiek: Komunikátor – osoba, ktorá odovzdáva informácie, komunikant – osoba, ktorá prijíma informácie, komuniké – samotná správa, spätná väzba – poukazuje na skutočnosť, že komunikant správe porozumel, resp. neporozumel. Situačný kontext – situácia a prostredie, kde prebieha komunikácia.

Komunikácia je podmienená mnohými faktormi, ako je prostredie, situácia, momentálny stav a osobná situácia účastníkov rozhovoru, ich ochota ku komunikácii a mnoho iných faktorov. V neposlednom rade je tiež dôležité rešpektovať a brať na vedomie určité špecifiká pri komunikácii v závislosti od klienta

V nasledujúcej časti príspevku sa zameriavame na jednotlivé špecifiká v rámci komunikácie v závislosti od typu klienta.

Komunikácia s klientom s telesným postihnutím

Ak sa rozprávame s klientom, ktorý má síce menšie telesné postihnutie, ale má problémy s rovnováhou, dlhšie státie mu môže spôsobiť problémy, je dobré, ak mu hneď na začiatku rozhovoru ponúkneme stoličku a my sa posadíme.

Je potrebné si uvedomiť, že človek, ktorý je na vozíku je v inej pozícii ako my, ak stojíme. Pri zdravej komunikácii je nezanedbateľný i zrakový kontakt, vnímanie gest, mimiky.

Slowík (2010) uvádza nasledovné odporúčania pri komunikácii s klientom na vozíku:

- Pri komunikácii s klientom na vozíku je vhodné fyzicky sa znížiť na jeho úroveň. Treba si uvedomiť, že dvíhanie hlavy toho, kto sedí na vozíku je namáhavé.
- Nikdy sa neopierame o vozík toho, kto na ňom sedí bez jeho dovolenia.

- Ak sprevádza klienta s postihnutím ďalšia osoba, v rozhovore sa obracajme vždy na toho, s kým a o kom rozprávame.
- Ak má klient problémy s vyjadrovaním, necháme mu dostatok času na vyjadrenie.
- Ak je to nevyhnutne potrebné, neváhajme využiť rôzne pomôcky na dorozumenie (gestá, mimiku, obrázky, písanie a pod.)
- Sociálny pracovník musí byť vnímavý, ponúknuť klientom s telesným postihnutím pomoc. Či ju klient prijme, je už na ňom samotnom. Ľudia s postihnutím o pomoc dokážu požiadať, preto ich netreba nútiť do prijatia pomoci.

Novosad (2009) uvádza ďalšie príklady, ktoré je dobré vedieť a rešpektovať ich pri kontakte s ľuďmi s telesným postihnutím:

- Klienti s poškodenou hybnosťou majú problémy s písaním, preto im môžeme potrebné údaje napísať na PC, prekopírovať dokumenty týkajúce sa problematiky.
- Neúspechy, nepríjemné situácie, ktoré prežili, obavy zo zranenia (dlhodobá bolesť, zlé hojenie) môžu spôsobovať trému, úzkosť, zvýšené psychické napätie, ktoré sa prejavuje zvýšeným potením, sťaženým dýchaním, artikuláciou a pod. Je potrebné vytvárať pokojnú a príjemnú atmosféru rozhovoru. Upokojenia typy: uvoľnite sa, vydýchajte sa, odpočinite si môžu mať skôr opačný účinok.
- Ak nie je klient úplne odkázaný na vozík, ponúkneme mu miesto na sedenie. Je vhodné dať možnosť vybrať z viacerých možností sedenia. Ak odmietne, nie je to nezdvorilosť, vie, čo robí. Niektoré kresla im nevyhovujú. Ak sa chce klient len o niečo oprieť, umožníme mu to. Pozor na okrúhle stoly s jednou centrálnou nohou, môže dôjsť k ich prevráteniu.
- Priestory (kancelárie, poradne, relaxačné miestnosti), kde dochádza ku kontaktu s klientom s telesným postihnutím musia zohľadňovať skutočnosť, že klienti s barlami a na vozičku potrebujú väčší priestor pri pohybe. Medzi nábytkom by mal byť prechod približne 1,6 x 1,6 m.
- Dôležité je vedieť, ako pomáhať v oblasti lokomocie (ako klientovi pomôcť zdvihnúť sa, posadiť, poskytnúť mu oporu, manipulovať s vozíkom a inými pomôckami). Je potrebné natréňovať to, poradiť sa s odborníkmi (rehabilitačnými pracovníkmi) a ak si sociálny pracovník nie je istý, je potrebné sa klienta radšej spýtať, ako postupovať, aby pomoc bola účinná a nedošlo k ublíženiu.

Komunikácia s klientom s artikulačnými problémami

Ak je telesné postihnutie súčasne spojené s poškodením niektorých funkcií mozgu alebo koordináciou svalstva, často sa to prejavuje i priamym narušením rečových schopností.

Stretávame sa s **dysartriou** – poruchou artikulácie a **afáziou** – narušením, stratou porozumenia a produkcie reči (jednotlivec nerozumie a nemôže artikulovať alebo rozumie, ale nie je schopný sa vyjadriť) (Slowík, 2010).

Pri klientoch s artikulačnými problémami sa môžeme stretnúť so spomaleným vyjadrovaním sa a ťažšie zrozumiteľnou rečou. Preto je v prvom rade potrebné pozorne počúvať, dávať najavo, že počutému rozumieme. V prípade zlého porozumenia je potrebné poprosiť klienta o zopakovanie slova, vety alebo vysvetlenie povedaného obsahu. Treba sa vyvarovať urýchľovaniu rozhovoru dopĺňaním. Ak je komunikácia problémová a ťažko sa dorozumievame, treba hľadať spôsoby ako ju uľahčiť; napríklad vyzvať klienta, aby to, čo chce vyjadriť napísal alebo nakreslil, ak mu to jeho motorické možnosti dovoľujú. Pri klientoch, ktorí nedokážu vôbec hovoriť môžeme použiť obrázkový slovník, digitálne obrázky, kedy si klient vyberá, čo chce vyjadriť. Ak to klient nie je schopný, vyberáme obrázky na ktoré klient odpovedá len kývnutím hlavy, súhlasom alebo odmietnutím (Slowík, 2010).

Komunikácia s klientom so sluchovým postihnutím a s nepočujúcimi

Veľký význam v živote nepočujúcich má zrakové vnímanie, pretože zrak je hlavným prameňom informácií o okolitom svete. V živote nepočujúceho hrá dôležitú úlohu zraková pamäť. Základným problémom osôb so sluchovým postihnutím je vytvorenie primeranej komunikácie. Najbežnejšie komunikačné systémy používané ľuďmi so sluchovým postihnutím sú: mimicko–gestikulačná komunikácia, posunková komunikácia, daktyloskopická komunikácia, písaná reč, znaková reč, odzvanie, orálna (ústna) reč, totálna komunikácia, komunikácia pomocou elektro-akustických prostriedkov, načúvací protetika a komunikácia pomocou vibračných zariadení (Vašek, 2007).

Posunková reč je pre nepočujúcich výhodným komunikačným prostriedkom, ktorá im umožňuje bez problémov túto reč vnímať. Nie každý sa dokáže dorozumieť s nepočujúcimi, preto je úloha tlmočníkov posunkovej reči nenahraditeľná. Stáva sa, že v niektorých situáciách nemáme možnosť komunikovať s nepočujúcimi prostredníctvom tlmočníka, v tomto prípade sme odkázaní komunikovať s nepočujúcimi osobne. Z tohto dôvodu uvádzame mimojazykové (neverbálne) prostriedky komunikácie, ktoré majú vplyv na úspešnú komunikáciu. Tarcsiová (2005) uvádza nasledovné prostriedky: gestika, mimika, proxemika, posturika, haptika, kinezika, pohľad, farba, olfaktorika. Pohľad je základnou podmienkou na

to, aby vôbec mohla komunikácia prebiehať. Má význam aj u nedoslýchavých pri odzeraní. Z tohto dôvodu odvrátenie sa od osoby so sluchovým postihnutím znamená ukončenie komunikácie, prípadne nezáujem o komunikáciu. Z hľadiska proxemiky komunikácia v dvojiciach prebieha vo vzdialenosti, kedy sa môžu vzájomne dotýkať, ale zároveň môžu vnímať aj gestikuláciu rúk. Dotyk nahrádza upozornenie na nadviazanie komunikácie. U nedoslýchavých je najlepšia vzdialenosť na odzeranie 0,5 až 2 m. V rámci haptiky zohráva svoju úlohu aj počet dotykov. Silnejší dotyk môže znamenať podráždenie, buchnutie, nepríjemnú tému rozhovoru. Na nadviazanie rozhovoru sa používajú dva jemné pohyby. Počas rozhovoru sa nepočujúci nikdy navzájom nedotýkajú rúk, považujú to za neslušné (podobne ako keby sme počujúcemu zakryli ústa) (Tarciová 2005).

Z uvedeného vyplýva, že pri komunikácii s nepočujúcimi a nedoslýchavými je potrebná zreteľná artikulácia a poloha tela priamo oproti tomu, s kým komunikujeme.

Komunikácia s klientom s mentálnym postihnutím

Pri komunikácii s klientom s mentálnym postihnutím môžeme mať obavy, či porozumeli obsahu nášho rozhovoru, čo sme im chceli povedať. Z tohto dôvodu sa v situáciách, kedy je klient s doprovodom, často obraciame na zákonného zástupcu či opatrovateľa s tým, že on mu to lepšie vysvetlí. Bola by ale chyba nenadviazať rozhovor s klientom, aj keď sa to zdá priam nemožné, ak sa jedná o klienta so závažnejším mentálnym postihnutím. Rozhovor s klientom s mentálnym postihnutím je špecifický v tom, že sa musíme neustále uisťovať, či klient rozumie tomu, čo hovoríme. V prípade, že klient nerozumie, pokúsime sa všetko vysvetliť ešte raz a jednoduchšie. „Venujeme sa nácvikom komunikácie, sociálnych, voľno-časových, percepčných a pracovných schopností. Jednoducho povedané, podporujeme vývin oblastí, ktoré sú oneskorené a zároveň posilňujeme rozvoj už získaných schopností žiaducim, funkčným a sociálne primeraným smerom“ (Dvorská, 2010, s.65). Pri komunikácii môžeme využiť aj rôzne obrázky, tabuľky, predmety,... Mali by sme sa sústrediť na poskytnutie psychickej podpory klientovi, vyjadrenie záujmu o riešenie jeho problému. Klient by mal mať priestor na vyjadrenie svojich emócií (Mahrová – Venglářová a kol., 2008).

Záver

V práci sociálneho pracovníka sa vyžadujú nielen odborné vedomosti či kvalifikačné predpoklady, ale taktiež dôležitým nástrojom k úspechu spolupráce sociálneho pracovníka a klienta sú nevyhnutné komunikačné zručnosti. Sociálni pracovníci ako profesionáli musia mať neustále na pamäti skutočnosť, že efektívna komunikácia predstavuje základnú

a neoddeliteľnú zložku v pomáhajúcich profesiách, ku ktorým radíme aj sociálnu prácu, a preto je nevyhnutné komunikáciu neustále systémovo zdokonaľovať a efektívne rozvíjať.

Bibliografia

- DVORSKÁ, S. 2010. *Špecifiká sociálnej práce s autistickým dieťaťom*. Ružomberok: Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010. 177 s. ISBN 978-80-8084-572-8.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- LEVICKÁ, J. a kol. 2008. *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. 2.vyd. Trnava: Oliva, 2008. 283 s. ISBN 978-80-89332-03-8.
- MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. 2 vyd. preprac. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367509-7.
- SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- TARCSIOVÁ, D. 2009. *Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania komunikačnej bariéry*. Sapientia, 2009. 222 s. ISBN 80-969772-7-9. EAN 9788096911271.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. *Sociálna práca – kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 2003. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.
- VAŠEK, Š. 2007. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapienta 2007, 218 s. ISBN 978-80-89229-09-3.
- ŠROBÁROVÁ, S. 2011. *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci*. Ružomberok: Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2011. 146 s. ISBN 978-80-8084-715-9.
- ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN: 80-247-2068-5.

Kontakt

Mgr. Margaréta Domiterová,

Mgr. Monika Divišová

Katolícka univerzita v Ružomberku

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Pedagogická fakulta

Hrabovská cesta 1

Ružomberok 034 01

e-mail: margareta.domiterova@ku.sk, monika.divisova@ku.sk

Recenzia

mgr. Renata Spyrka-Chlipała

POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI V MAĎARSKU MAGYARORSZÁG SZOCIÁLIS ELLÁTÁSAI NAPJAINKBAN

Gyöngyösiné Hoffer Szilvia

Abstrakt

Autorka sa vo svojom príspevku zaoberá dostupnými formami sociálnych služieb v Maďarsku. Poukázať na súčasné sociálne zákony a normy v našom štáte, podrobne predstavuje služby, ktoré môžu využiť ľudia, ktorí sú na to odkázaní. V úvode uvádzame demografické ukazovatele podľa sčítania ľudu KSH z roku 2011 a následne demonštrujeme sociálny systém v maďarskej spoločnosti. Na základe aktuálne platnom právnom pozadí Vám predstavujeme zákonom regulované postupy a načrtujeme iné zákonom garantované sociálne služby. Ďalej priblížime viacnásobne novelizovaný sociálny zákon z roku 1993 č. III, ktorý sa zaoberá organizovaním osobnej opatery, spôsobom využitia sociálnych služieb, ich financovaním, právami a povinnosťami osôb vykonávajúcich soc. prácu a spôsob ukončenia poskytovania soc. služieb.

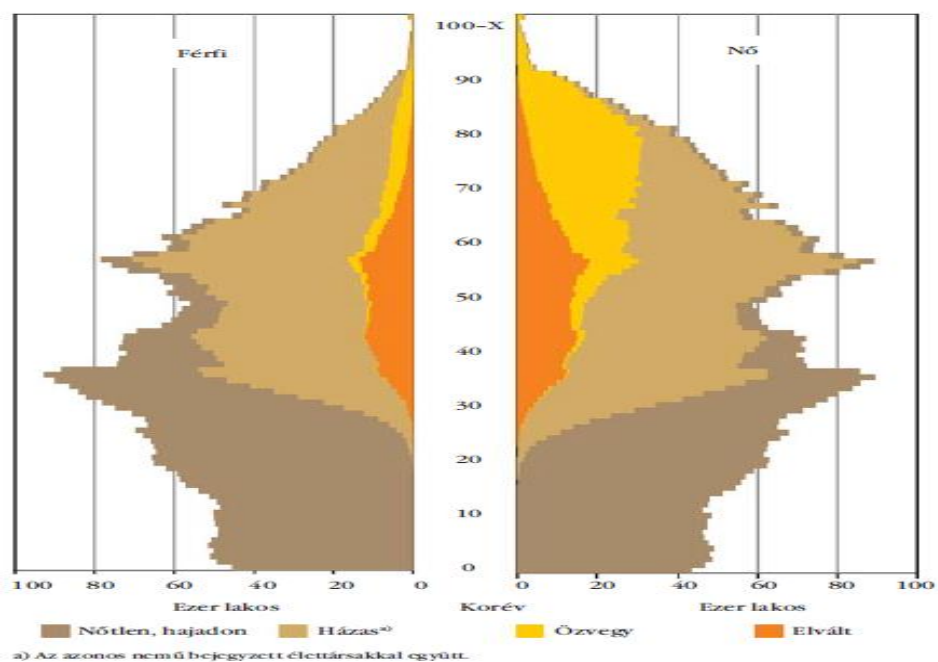
Kľúčové slová: Maďarsko, demografia, sociálny systém, právne pozadie, formy sociálnych služieb.

Demografické údaje

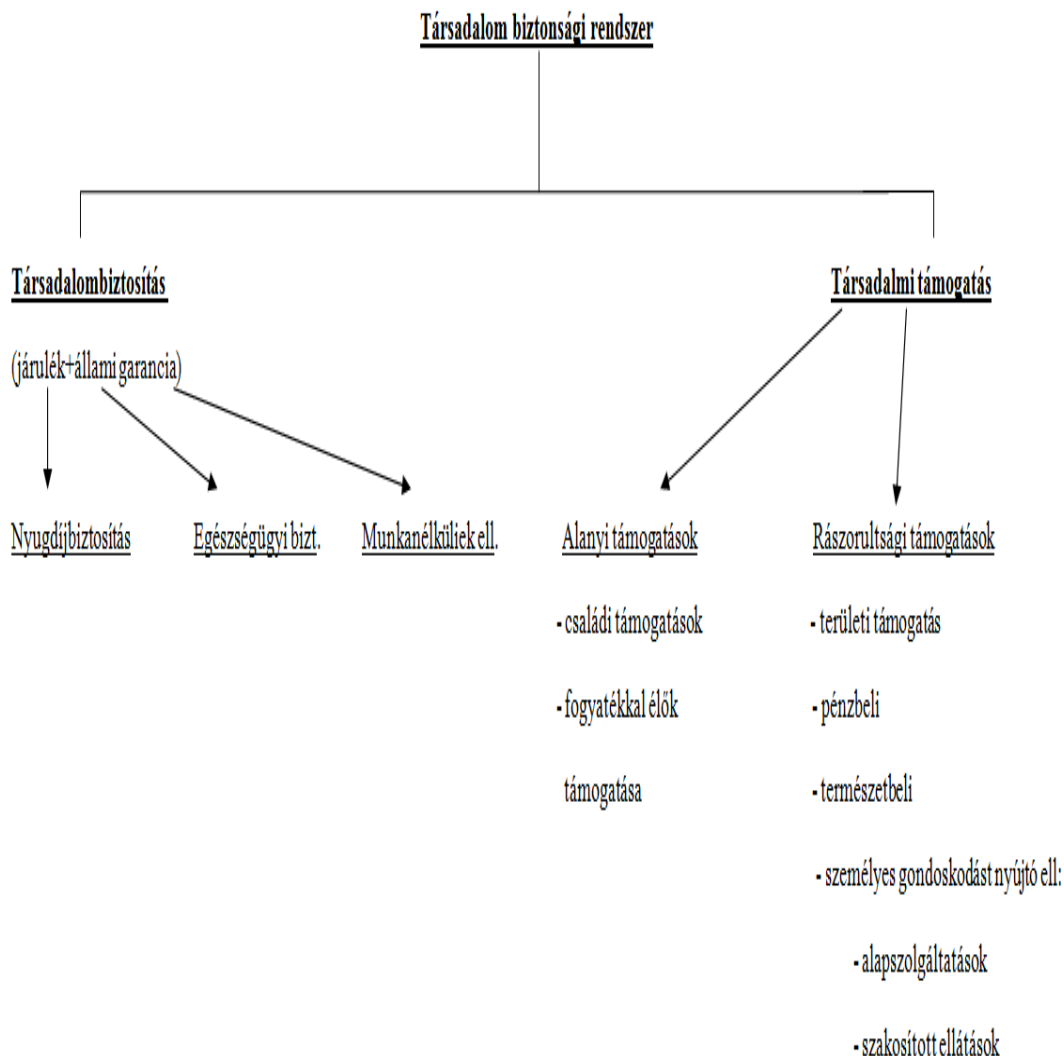
Demografické údaje spracované podľa údajov národného inštitútu sčítania ľudu v Maďarskej republike z roku 2011: Počet obyvateľov sa v Maďarsku znížil o 261 tisíc od roku 2001. Percento staršej populácie stále rastie: v roku 1980 - 17,1%, v roku 1990 - 18,9%, v roku 2001 - 20,4%, v roku 2011 - 23,6%. Počet narodených detí sa neustále znižuje: o 250 000 je nižší počet detí. V produktívnom veku (medzi 15 a 59 rokov), sa znížil o 269 tisíc. Nad 60 rokov došlo k nárastu o 250 000 za obdobie 10 rokov. Každý 10 obyvateľ je vo veku 70 a viac rokov. Pomer týkajúce sa pohlavia: na 1000 mužov pripadá v priemere 1106 žien, vo vekovej skupine nad 70 rokov je takmer dvojnásobný počet žien ako mužov. Zvýšil sa počet osamotených, z najstarších obyvateľov je 75,5% ovdovelých. Osoby žijúce v jednočlennej domácnosti, tvoria viac ako 50% - starší občania. Čím starší človek je, tým je väčšia šanca, že bude žiť v jednočlennej domácnosti. Počet rodín sa znížil o 5,4% v porovnaní s rokom 2001. Počet osôb so zdravotným postihnutím je 457 000 čo činí 4,6% z celkového počtu obyvateľstva, 80% je z nich starších ako 50 rokov.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Obyvateľstvo podľa pohlavia, veku a rodinného stavu (01.01.2011).



Systém sociálneho zabezpečenia
Maďarsku



Právny rámc:

Správa sociálnych vecí a sociálnych dávok, zákon - v znení neskorších predpisov 1993.évi-III. právo (SocialCode). (Zákon obsahuje dávky poskytované a garantované vládou a podrobné pravidlá pre dávky určené podľa uznesenia vlády.). Cieľom zákona je zabezpečiť vytvorenie sociálneho zabezpečenia, určuje spoločenské formy a organizácie, čo sa týka platných sociálnych dávok a záruk poskytovaných štátom). I/2000 na poskytovanie osobnej starostlivosti, sociálne služby odbornej úlohy a prevádzkové podmienky. No TLV (I.7). (Oddelenie ľudských zdrojov - sociálnych vecí a rodiny Secretary of State)

Sociálne dávky

1. 1993. évi III. törvényben szabályozottakon kívüli ellátások

1. rokkantsági járadék
2. átmeneti járadék
3. rendszeres szociális járadék
4. megváltozott munkaképességű személyek ellátásai
5. bányász dolgozók egészségkárosodási járadéka
6. vakok személyi járadéka
7. házastársi pótlék
8. házastárs utáni jövedelempótlék
9. cukorbetegnek támogatása
10. székporúak jubileumi köszöntése
11. súlyos mozgáskorlátozottak közl. támogatása
12. parkolási igazolvány
13. fogyatékosági támogatás
14. álláskeresési járadék
15. nyugdíj előtti álláskeresési segély
16. keresetpótló juttatás
17. vállalkozói járadék

2. Gyermek után járó ellátások

Az 1998. évi LXXXIV. törvényben szabályozott ellátások

1. anyasági támogatás
2. gyermekgondozási segély
3. családi pótlék
4. magasabb összegű családi pótlék
5. gyermeknevelési támogatás

A kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. tv.

1. terhességi-gyermekágyi segély
2. táppénz
3. gyermekápolási táppénz
4. gyermekgondozási díj

Egyéb kedvezmények

1. apa munkaidő-kedvezménye
2. gyermek után járó pótszabadság
3. családi kedvezmény
4. ingyenes tankönyvellátás

A 1997. évi XXXI. törvényben (Gyvt.) szabályozott ellátások

a) Pénzbeli ellátások

1. rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény
2. rendkívüli gyermekvédelmi támogatás
3. kiegészítő gyermekvédelmi támogatás
4. gyermektartásdíj megelőlegezése
5. óvodáztatási támogatás
6. otthonteremtési támogatás
7. gyermekétkeztetés normatív kedvezménye

b) Természetben nyújtott ellátások

természetben nyújtott rendkívüli gyv. támogatás

3. 1997. évi LXXXI. törvény fontosabb ellátásai

A társadalombiztosítási nyugellátásról

1. öregségi teljes nyugdíj
2. öregségi résznyugdíj
3. korhatár előtti ellátás
4. korhatár alatti nyugdíjasok keresőtevékenysége
5. rokkantsági nyugdíj
6. baleseti rokkantsági nyugdíj

Hozzá tartozói ellátások

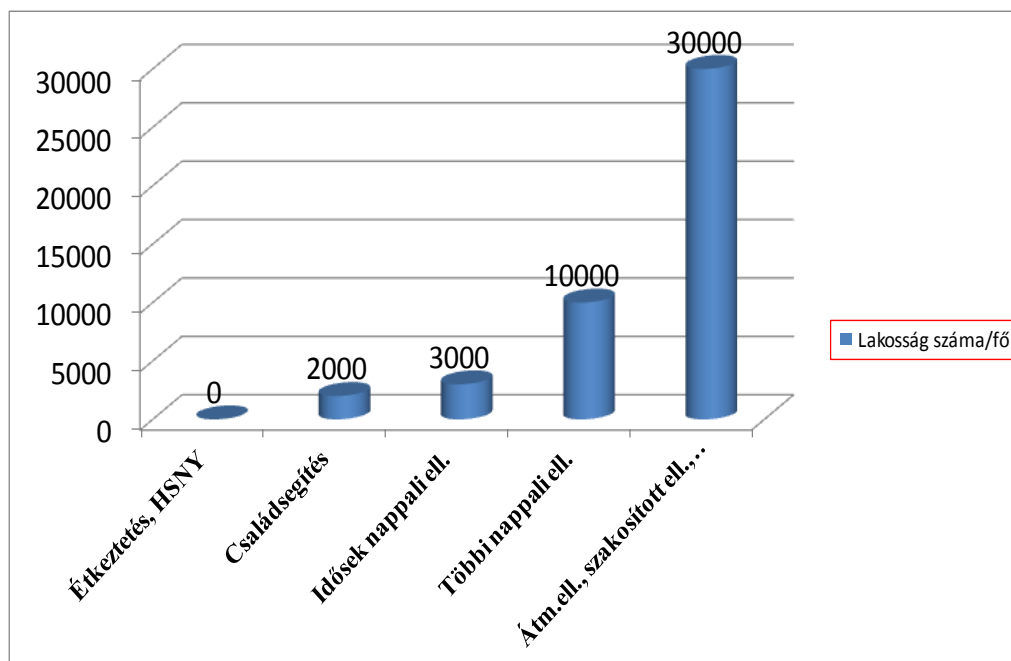
1. özvegyi nyugdíj
2. árvaellátás
3. szülői nyugdíj
4. özvegyi járadék

Druhy poskytovaných sociálnych služieb:

1) Štátne: miestna samospráva, združenia miestnych samospráv, samosprávy na okresnej úrovni, samosprávy na národnej úrovni

2) Neštátne: Cirkevné, Sociálne podniky, Obchodné združenia, Súkromné spoločnosti

Zákonný zriaďovatelia poskytovania sociálnej starostlivosti



Spôsob poskytovania sociálnych služieb

Dobrovoľné - pacient alebo zákonný zástupca ústne / písomné podá žiadosť

Podklad:

- rozhodnutie samosprávy podľa trvalého bydliska
- predbežné opatrenia súdu
- príkaz súdu
- rozhodnutie o opatrovníctve
- žiadosť oprávnenej osoby

Financovanie sociálnych služieb

- Centrálné normatívne
- Obecné príspevky
- Osobné poplatok za služby - zákon stanovuje maximálnu výšku:

Z príjmu príjemcov sociálnej starostlivosti:

Stravovanie - 30%

HSNY - 25%

Spolu - 30%

Signalizácia HSNY - 2%

Denná starostlivosť - 15%

Denná starostlivosť + stravovanie - 30%

Poskytnutie dočasného ubytovania ústavnej starostlivosti - 60%

Domáca starostlivosť - 50%

Trvalé umiestnenie v ústavnej starostlivosti - 80%

Umiestnenie v podpornom bývaní - 80%

- Dotácie - mimovládne organizácie, nadácie
- Národný fond zdravotného poistenia - v prípade, že zdravotná starostlivosť je oprávnená u poskytovateľa v danej inštitúcii.

Za sociálne služby sa neplatí:

- Ak pacient nemá žiadny príjem, bohatstvo
- Ak sa jedná o podporu rodiny
- Spoločnú kuchyňu pre bezdomovcov
- V dedine a osadách v rámci verejno- prospešných prác
- Komunitnú starostlivosť

- Terénnu sociálnu prácu
- Denný stacionár pre osoby bez prístrešia
- V nocľahárni pre bezdomovcov

Práva príjemcov sociálnych služieb:

- Právo na život a ľudskú dôstojnosť
- Právo na telesnú integritu
- Fyzické a duševné zdravie
- Plné právo na zdravotnú starostlivosť
- Ochrana osobných údajov, ochrana súkromného života
- Právo používať osobné veci
- Právo na informácie
- Právom chránené záujmy
- Udržiavanie kontaktov, právo prijímať návštevy
- V rámci inštitúcie aj mimo slobodu pohybu

Povinnosti prijímateľov sociálnej starostlivosti:

Príjemca je povinný deklarovat' pri prijíme nasledovné náležitosti:

- Súhlas s informáciami, ktoré mu boli podané (týkajúce sa poskytovania sociálnej služby) a zároveň ich rešpektovanie
- Hlásenie zmien v prípade zmeny osobných údajov
- Nahlási poskytovateľovi – inštitúcii okamžite všetky zmeny (príjemca, alebo jeho zákonný zástupca respektíve rodina), ktoré priamo súvisia s poskytovaním sociálnych starostlivosti
- Nahlási všetky náležitosti, ktoré sú potrebné k vypočítaniu osobného poplatku (úhrady) za poskytovanie služby
- Prehlásenie o bez infekčnosti prostredia, z ktorého prichádza
- Prehlásenie o dodržiavaní domáceho poriadku

Práva a povinnosti pracovníkov poskytujúcich sociálnu starostlivosť:

- osoby vykonávajúce zamestnanie vo verejnej správe

Práva:

- ocenenie ich práce

- úcta k ľudskej dôstojnosti
- právona súkromie a uznanie ich práce
- zaistiť riadne pracovné podmienky

Povinnosti:

- Náplň práce, podľa popisu práce (má to byť - to najlepšie z ich vedomostí a schopností)
- Dodržiavanie kódexu Etiky v sociálnej práci

Ukončenie poskytovania sociálnej starostlivosti:

- Zánikom inštitúcie bez právneho nástupcu
- Úmrtím príjemcu/pacienta
- Uplynutím lehoty, v prípade umiestnenia na dobu určitú

Zo strany inštitúcie sa môže ukončiť starostlivosť v prípade:

- Ak pacient je pre posúdený na inú službu, alebo do iného zariadenia
- V prípade vážneho porušenia domáceho poriadku
- Ak umiestnenie už nie je oprávnené

Kontakt

Gyöngyösiné Hoffer Szilvia

Hungarian Medical and Health Workers Chamber

Head of National Social Department

Recenzia

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

**PODPORA AKTIVÍT SENIOROV V DOMOCH S
OPATROVATEĽSKOU SLUŽBOU
WSPIERANIE AKTYWNOŚCI SENIORÓW W DOMACH POMOCY
SPOŁECZNEJ**

Andrzej Grudziński

Abstrakt

Pre veľa seniorov je niekedy najlepším miestom na pobyt zariadenie sociálnych služieb. Nie je to vždy možné, niekedy sa nám zdá zariadenie ako najvhodnejšia starostlivosť a pobyt v opatrovateľskom dome. Práca sa zameriava na denné aktivity obyvateľov za predpokladu, že základné životné podmienky sú uspokojované. Autor sa v príspevku zameriava na spôsoby a formy aktívneho využitia voľného času pre obyvateľov v domovoch s opatrovateľskou službou.

Kľúčové slová: dom sociálnej starostlivosti, sociálna pomoc, staršia osoba, činnosť.

Wstęp

Wskutek oddziaływania procesów globalnych, takich jak instytucjonalizacja i indywidualizacja życia zmienia się współcześnie zabezpieczająca rola rodziny, jako najważniejszej instytucji zaspakajania potrzeb oraz podstawowej grupy oparcia dającej poczucie bezpieczeństwa ludziom starym. Stąd też coraz częściej pojawia się potrzeba zabezpieczenia społecznego seniorów przez instytucje społeczne³⁴.

Jedną z nich są domy pomocy społecznej, będące placówkami stałego bądź czasowego pobytu dla osób starszych. Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie egzystować w codziennym życiu, której nie można zapewnić pomocy w formie usług opiekuńczych³⁵. W funkcjonowaniu domów pomocy społecznej niezwykle ważne staje się poszukiwanie optymalnych form wsparcia społecznego oraz aktywności jego mieszkańców.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie

³⁴ E. Kucharska, *Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku. Studium socjologiczno-etyczne*, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2012, ISBN: 978-83-7580-314-3, s. 63.

³⁵ Zob. A. Grudziński, *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce w wybranych instytucjach pomocy społecznej*, [w:] *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, red. M. Banach, J. Matejek, Wydawnictwo MTM, Levoča 2012, ISBN: 978-80-89187-55-3, s. 272-273.

chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie³⁶.

Każdy z domów pomocy społecznej, niezależnie od typu, świadczy usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające. W zakresie potrzeb bytowych odbywa się to poprzez zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia oraz utrzymanie czystości.

Z kolei usługi opiekuńcze polegają na: udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, a także niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych.

Z kolei usługi wspomagające polegają na: umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej; podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu; umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych³⁷ i kulturalnych; zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu; stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną; działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości; pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, w przypadku osób spełniających warunki do takiego usamodzielnienia; zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych; finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku; zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz dostępności do informacji o tych prawach dla mieszkańców domu, a także sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu³⁸.

Ponadto każdy dom pomocy społecznej powinien zapewnić seniorom w nim przebywającym wsparcie polegające na:

- umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,
- podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców,
- umożliwieniu zaspokajania potrzeb religijnych i kulturalnych,
- zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców,
- stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i środowiskiem,
- działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca, w miarę jego możliwości,
- pomocy usamodzielniającej mieszkańca, w miarę jego możliwości,

³⁶ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. Nr 64, poz. 593). Tekst jednolity z dnia 17 czerwca 2008 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 728). Tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

³⁷ Zob. R. Nęcek, Moralno-religijne aspekty opieki medycznej, „Przegląd Lekarski” 6:2012, s. 273.

³⁸ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837).

- zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- pokryciu, w miarę możliwości mieszkańcowi nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku,
- zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców oraz dostępności do informacji o tych prawach,
- sprawnym załatwianiu skarg i wniosków³⁹.

Oprócz tego w zakresie usług opiekuńczych i wspomagających na terenie domu pomocy społecznej zapewnia się: świadczenie pracy socjalnej; organizację terapii zajęciowej w pracowniach terapii; możliwość korzystania przez mieszkańców domu z biblioteki lub punktu bibliotecznego oraz codziennej prasy, a także możliwość zapoznania się z przepisami prawnymi dotyczącymi domów; organizację świąt, uroczystości okazjonalnych oraz udział w imprezach kulturalnych i turystycznych; możliwość kontaktu z kapłanem i udział w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca domu; regularny kontakt z dyrektorem domu w określonych dniach tygodnia i godzinach, podanych do wiadomości w dostępnym miejscu, a także sprawienie pogrzebu, zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu⁴⁰.

Niezwykle ważną rolę w życiu każdego człowieka odgrywa aktywność, będąca warunkiem twórczego i harmonijnego życia. Polega ona na zaspokajaniu potrzeb biologicznych, społecznych i kulturalnych oraz na wykonywaniu zadań wynikających z uczestnictwa w określonym systemie społecznym, ze stosunków i zależności z otaczającym światem⁴¹. Ponadto aktywność traktowana jest jako czynna postawa, dająca poczucie satysfakcji. Stanowi ona niezbędny warunek odgrywania ról społecznych oraz funkcjonowania w grupie i społeczeństwie⁴².

Ze względu na zmiany w zakresie pełnionych ról społecznych i zaprzestania pracy zawodowej Grażyna Orzechowska wyróżniła następujące rodzaje aktywności, w których mogą realizować się osoby starsze:

- aktywność domowo-rodzinną, rozumianą jako wykonywanie czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i życiem najbliższej rodziny;

³⁹ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 195. ISBN: 83-89964-71-7.

⁴⁰ Tamże.

⁴¹ *Encyklopedia pedagogiczna*, pr. zb. pod red. W. Pomykała, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993, s. 26. ISBN: 83-86169-03-6.

⁴² N. Piłkuła, *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011, s. 109. ISBN: 978-83-7614-062-9 (Ignatianum), ISBN: 978-83-7505-818-5 (WAM)

- aktywność kulturalną, będącą symptomem miejskiego stylu życia i przejawiająca się w czytelnictwie, oglądaniu telewizji, korzystaniu z instytucji kulturalnych, czy też klubów seniora;
- aktywność zawodową, zaspokajającą potrzebą uznania, użyteczności i przydatności, ułatwiającą tzw. samookreślenie kulturowe oraz poprawiającą samopoczucie;
- aktywność społeczną, w której najczęściej uczestniczą osoby, nie wyróżniające się wcześniej aktywnością w danym środowisku;
- aktywność edukacyjną, mającą pomóc człowiekowi starszemu w ciągłym doskonaleniu siebie, umożliwiającą ćwiczenie umysłu, a także poznawanie nowych treści;
- aktywność religijną, ze względu na wzrost znaczenia religii w wieku starszym, a także większą potrzebę uczestniczenia w obrzędach religijnych;
- aktywność rekreacyjną, dostarczającą starszym osobom ruch fizycznego, wypoczynku oraz pozwalającą na wykonywanie ulubionych zajęć dla własnej przyjemności, takich jak praca na działce, turystyka, zajęcia sportowe, zabawy, zajęcia klubowe⁴³.

W domach pomocy społecznej swoboda działania oraz indywidualna aktywność ulegają pewnym ograniczeniom ze względu na dobro innych mieszkańców. Zbiorowość prowadzonego życia ogranicza także intymność jednostki. Dlatego też podejmuje się starania, by dom funkcjonował w sposób zapewniający zakres usług w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu. W celu określenia indywidualnych potrzeb oraz zakresu usług kierownictwo domu powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników socjalnych, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna z nimi ich realizacja⁴⁴. Każdy plan powinien się składać z: danych ewidencyjnych mieszkańca, diagnozy jego problemów, celów pracy terapeutycznej, konkretnych działań i czasu ich realizacji, osób odpowiedzialnych za realizację zadań oraz ewaluacji.

Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje pracownik socjalny, zwany też „pracownikiem pierwszego kontaktu”, wskazany przez

⁴³ G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Olsztyn 1999, s. 28-29. ISBN 83-8731-572-9.

⁴⁴ *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.* (Dz.U. Nr 64, poz. 593). Tekst jednolity z dnia 17 czerwca 2008 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 728). Tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu. Pracownicy pierwszego kontaktu działają w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych⁴⁵. Ich podstawowym zadaniem jest poznanie podopiecznego, nawiązanie z nim więzi, zdiagnozowanie jego problemów i rozeznanie potrzeb, budowanie relacji zaufania, danie poczucia bezpieczeństwa i komfortu emocjonalnego, koordynowanie oddziaływań terapeutycznych, a także wspólne spędzanie z nim czasu⁴⁶.

Wspieranie mieszkańców w celu uwolnienia w nich aktywności z jednej strony zależy od czynników utrudniających adaptację do życia w nowych warunkach, z drugiej zaś od czynników związanych z trudnościami w kontaktach między mieszkańcami a pracownikami.

Celem wspierania aktywności człowieka jest:

- utrzymywanie sprawności fizycznej i zdrowotnej poprzez gimnastykę, spacer, zabawy ruchowe, czy też rehabilitację,
- usamodzielnienie i pobudzenie zaradności poprzez wykonywanie różnego rodzaju czynności związanych z higieną osobistą, wyrobienie nawyków higienicznych, ścielenia łóżek, utrzymywania porządku, itp.,
- nauka koegzystencji w środowisku i grupie poprzez kształtowanie pozytywnych cech osobowości, kultury życia codziennego, nabywanie umiejętności nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, sąsiadami, personelem oraz umiejętność współżycia w grupie,
- utrzymanie, bądź przywrócenie wiary w sens życia,
- rozwijanie zainteresowań,
- stymulowanie twórczego działania
- rozwijanie osobowości⁴⁷.

Oprócz wymienionych czynników celem wspierania aktywności w domach pomocy społecznej powinno być także: wyrobienie u podopiecznych poczucia społecznej użyteczności, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, adaptacja do nowych warunków życia, podtrzymywanie dotychczasowych więzi rodzinnych, niwelowanie agresji, podmiotowe traktowanie podopiecznego, likwidowanie nudy i jednostajnego trybu życia, pokonanie trudności w kontaktach z pracownikami domu pomocy społecznej.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837).

⁴⁶ E. Zdebska, *Dom pomocy społecznej miejscem zamieszkania i miejscem pracy* [w:] *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, red. M. Banach, J. Matejek, Wydawnictwo MTM, Levoča 2012, s. 258-259. ISBN: 978-80-89187-55-3.

⁴⁷ L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999, s. 25-26. ISBN: 83-7164-154-0.

Proces wspierania i pobudzania aktywności mieszkańców domów pomocy społecznej przebiega w czterech etapach:

1. Postawienie diagnozy społecznej – rozpoznanie przyczyn braku aktywności podopiecznego, poprzez zgromadzenie danych dotyczących jego zainteresowań, chorób, możliwości wykonywania danych czynności, trudności występujących w zaadaptowaniu się do warunków domu pomocy.
2. Planowanie - opracowanie planu postępowania z daną osobą lub grupą osób o podobnych zainteresowaniach lub problemach. Plan powinien być ukierunkowany na kształtowanie właściwych postaw dotyczących zachowania i aktywności, przy jednoczesnym uwzględnieniu indywidualnych upodobań, możliwości i systemu wartości, którym kieruje się podopieczny. Przy opracowywaniu planu należy uwzględnić: specyfikę domu pomocy; predyspozycje podopiecznego i ocenę, w jakim stopniu może współpracować z personelem, specyfikę pracy personelu oraz środki materialne.
3. Realizacja planu - wykonywanie określonych czynności oraz form zajęć terapeutycznych. Plan może być realizowany: w odpowiednio wyposażonych i przystosowanych pracowniach terapeutycznych w oddziałach pomocy; bezpośrednio w pokoju mieszkańca oraz w warsztatach terapeutycznych zorganizowanych w domu pomocy i poza nim. W trakcie realizacji planu osoba prowadząca aktywizację może odnotowywać efekty osiągnięte przez podopiecznych, trudności, jakie występują w trakcie wykonywania prac oraz ich przyczyn, itp.
4. Ocena przebiegu procesu aktywizacji – gromadzenie danych dotyczących przebiegu procesu aktywizacji i efektów terapii, w celu wykorzystania ich do ustalenia i modyfikowania zajęć terapeutycznych. Powinna być przeprowadzona po każdym odbytych zajęciach, zaś każdy oceniany powinien poczuć się potrzebny i dowartościowany.

Przedstawione powyżej etapy powinny stanowić podstawę do opracowania całościowego planu pracy z podopiecznymi, z określeniem konkretnych celów i zadań dla wszystkich pracowników i mieszkańców domu pomocy⁴⁸.

Najbardziej rozpowszechnioną formą aktywizacji mieszkańców domów pomocy społecznej jest terapia zajęciowa, stanowiąca zespół czynności o charakterze zajęć fizycznych i umysłowych. Celem terapii zajęciowej jest zapobieganie skutkom ograniczania aktywności

⁴⁸ Tamże, s. 28-34.

i przywracanie zdolności do aktywnego życia w interakcji z otoczeniem społecznym⁴⁹, zaś głównym zadaniem usprawnienie fizyczne i psychiczne danej osoby lub grupy osób.

W domach pomocy społecznej stosuje się następujące formy aktywizacji poprzez terapię zajęciową:

- rehabilitacja lecznicza, czyli kompleksowe działania mające na celu przywrócenie jednostce sprawności maksymalnej możliwej do osiągnięcia. Rehabilitacja odbywa się poprzez fizjoterapię (postępowanie lecznicze mające na celu poddanie organizmu lub jego narządów działaniu różnych rodzajów energii i czynników fizycznych), obejmującą między innymi gimnastykę leczniczą, leczenie pracą, sport zdrowotny, gry i zabawy ruchowe, czy też spacerów lecznicze. Innymi rodzajami rehabilitacji leczniczej są: ćwiczenia korekcyjne, hipoterapia, a także terapia logopedyczna.
- arteterapia, czyli terapia sztuką, polegająca na kontakcie biernym lub czynnym ze sztuką i kulturą. Odbywa się to między innymi poprzez malowanie, rysowanie, wycinanie, modelowanie, wspólne tworzenie obrazu, ceramikę, pakowanie prezentów, batik (technika malarska polegająca na kolejnym nakładaniu wosku i kąpieli tkaniny w barwniku, który farbuje jedynie miejsca nie zamaskowane warstwą wosku). Realizując tę formę terapii mieszkańcy organizują wystawy i plenery;
- choreoterapia, czyli terapia za pomocą tańca;
- przygotowywanie i występowanie w spektaklach teatralnych;
- biblioterapia, czyli terapia poprzez literaturę - czytanie, recytowanie, pisanie wierszy, opowiadanie, pogadanki, dyskusje, rozmowy;
- ludoterapia, czyli udział w grach i zabawach, co ma na celu poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, rozwijanie orientacji, pomysłowości, uzupełnianie wiadomości oraz umiejętności podejmowania decyzji;
- terapia poprzez kontakt z otoczeniem;
- muzykoterapia, poprzez słuchanie, rytmiczne ćwiczenia, klaskanie, wystukiwanie rytmu, śpiewanie, słuchanie muzyki, naśladowanie odgłosów ptaków, rozróżnianie dźwięków. W domach pomocy społecznej zajęcia muzyczne przybierają zróżnicowaną formę: od wspólnego śpiewania do tworzenia zespołów muzycznych i tanecznych;

⁴⁹ A. Mielczarek, *Terapia zajęciowa w domu pomocy społecznej dla seniorów*, „MEDI – Forum Opieki Długoterminowej”, nr 3/2009; zob. N. Piкуła, *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej dla osób starszych*, w: *Wielowymiarowość diagnozy sytuacji i działań socjalnych. Wybrane przykłady*, red. D. M. Piekut-Brodzka, Chrześcijańska Akademia Teologiczna, Warszawa 2010, s. 90-103. ISBN: 83-6027-313-8.

- silwoterapia, czyli kontakt z przyrodą, w celu rozładowania napięć, rozluźnienia i uspokojenia;
- ergoterapia, czyli terapia pracą poprzez doskonalenie umiejętności manualnych: zajęcia w pracowniach krawieckich i tkackich, haftowanie, szydełkowanie, wykonywanie kartek i stroików świątecznych, ozdób choinkowych, pisanek, a także czynności porządkowe: sprzątanie pokoju, ścielenie łóżka, praca w kuchni i ogrodzie)⁵⁰.
- terapia poprzez sport i turystykę – organizowanie zajęć rekreacyjnych, takich jak: wędrówki piesze, gry i zabawy w plenerze, wycieczki autokarowe, gry sportowe, gry i zabawy świetlicowe⁵¹.

Za główny cel pracy socjalnej w domach pomocy społecznej należy uznać utrzymanie samodzielności życiowej, zachowanie aktywności fizycznej⁵², psychicznej, społecznej i duchowej seniorów. Wiąże się z tym zapobieganie poczuciu izolacji społecznej, a także wspieranie aktywności mieszkańców. W placówkach tego typu mogą oni rozwijać swoje zainteresowania, odkrywać w sobie nowe umiejętności o charakterze poznawczym, społecznym, czy kulturalnym. Celem tak rozumianej aktywności jest także rozbudzenie motywacji do współpracy⁵³, a przede wszystkim potwierdzenie, że stanowi ona formę terapii i element składowy procesu rehabilitacji.

Bibliografia

Encyklopedia pedagogiczna, red. W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993. ISBN: 83-86169-03-6.

Grudziński A., *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce w wybranych instytucjach pomocy społecznej*, [w:] *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, red. M. Banach, J. Matejek, Wydawnictwo MTM, Levoča 2012, ISBN: 978-80-89187-55-3.

⁵⁰ L. Kozaczuk, *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999, s. 42. ISBN: 83-7164-154-0.

⁵¹ Zob. tamże, s. 42, 53-78; P. Sikora, *Dom pomocy społecznej*, w: *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*, red. J. Brągiel, S. Badora, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 570-575.

⁵² Zob. R. Nęcek, *Troska o zdrowie jako zobowiązanie moralne*, [w:] *Społeczny wymiar zdrowia. Jubileusz 10-lecia Centrum Medycznego Vadimed*, red. E. Kucharska, Wydawnictwo Scriptorum, Kraków 2012, s. 25. ISBN: 978-83-60163-81-8.

⁵³ Zob. E. Kucharska, *Marginalizacja osób starszych z chorobami układu kostno-stawowego*, [w:] *Od małżeństwa do społeczeństwa. Wybrane zagadnienia z nauki społecznej Kościoła*, red. R. Nęcek, E. Kucharska, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2013, s. 67.

Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Przewodnik metodyczny*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999. ISBN: 83-7164-154-0.

Kucharska E., *Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku. Studium socjologiczno-etyczne*, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2012, ISBN: 978-83-7580-314-3.

Kucharska E., *Marginalizacja osób starszych z chorobami układu kostno-stawowego*, [w:] *Od małżeństwa do społeczeństwa. Wybrane zagadnienia z nauki społecznej Kościoła*, red. R. Nęcek, E. Kucharska, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2013, ISBN: 978-83-7580-359-4, s. 65-81. .

Mielczarek A., *Terapia zajęciowa w domu pomocy społecznej dla seniorów*, „MEDI – Forum Opieki Długoterminowej”, nr 3/2009.

Nęcek R., *Moralno-religijne aspekty opieki medycznej*, „Przegląd Lekarski” 6:2012, s. 271-274.

Nęcek R., *Troska o zdrowie jako zobowiązanie moralne*, [w:] *Społeczny wymiar zdrowia. Jubileusz 10-lecia Centrum Medycznego Vadimed*, red. E. Kucharska, Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2012, s. 15-29. ISBN: 978-83-60163-81-8.

Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Olsztyn 1999. ISBN 83-8731-572-9.

Pikuła N., *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011. ISBN: 978-83-7614-062-9 (Ignatianum), ISBN: 978-83-7505-818-5 (WAM)

Pikuła N., *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej dla osób starszych*, w: *Wielowymiarowość diagnozy sytuacji i działań socjalnych. Wybrane przykłady*, red. D. M. Piekut-Brodzka, Chrześcijańska Akademia Teologiczna, Warszawa 2010. ISBN: 83-6027-313-8.

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837).

Sikora P., *Dom pomocy społecznej*, w: *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*, red. J. Brągiel, S. Badora, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005. ISBN: 978-83-7395-139-6.

Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006. ISBN: 83-89964-71-7.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. Nr 64, poz. 593). Tekst jednolity z dnia 17 czerwca 2008 r. (Dz.U. Nr 115, poz. 728). Tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

Zdebska E., *Dom pomocy społecznej miejscem zamieszkania i miejscem pracy [w:] Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, red. M. Banach, J. Matejek, Wydawnictwo MTM, Levoča 2012. ISBN: 978-80-89187-55-3.

Kontakt

dr Andrzej Grudziński

Akademia Ignatianum w Krakowie

e- mail:andrzejgrudzinski@poczta.onet.pl

Recenzia

dr n med. Ewa Kucharska

INŠTITUCIONÁLNA SOCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ O SENIORA V SR

Zuzana Hrabovská

Abstrakt

V príspevku stručne charakterizujeme starobu, seniora a pomáhajúcich profesionálov pri každodennom živote seniora v inštitucionálnej starostlivosti. Opisujeme s čím všetkým sa musí senior v dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti vyrovať, že je to okruh viacerých závažných problémov, s ktorými sa pasuje počas inštitucionálnej sociálnej starostlivosti. Definujeme aj pozitíva a negatívainštitucionálnej sociálnej starostlivosti.

Kľúčové slová: senior, staroba, inštitucionálna starostlivosť, sociálny pracovník

Úvod

„Znaky ľudskej krehkosti, ktoré sa najzreteľnejšie prejavujú v starobe, v tomto svetle sa stávajú volaním po vzájomnej závislosti a potrebnej solidarite, ktorá spája generácie medzi sebou. Každý človek potrebuje druhého a stáva sa bohatším vďaka darom a charizmám ostatných.“(Ján Pavol II.: List starším ľuďom, 1. októbra 1999, bod 10).

Staroba

Staroba (latinsky senium) je posledné obdobie vývinu človeka na úsečke života. Sociálna práca so seniormi prináša pomáhajúcim profesionálom mnohé výzvy i ťažkosti každodenného života a to najmä v inštitucionálnej starostlivosti. V kontexte tohto príspevku myslíme na pomáhajúcich profesionálov a to predovšetkým sociálnych pracovníkov/čky, ale aj opatrovatelky a opatrovatelov, ošetrovateľský personál i vedenie zariadenia poskytujúceho sociálne služby pre jednu z najzraniteľnejších sociálnych skupín - seniorov. Každé vývinové obdobie človeka je veľmi komplikovaný proces, ktorý sa odráža v štyroch aspektoch: telesnej, psychickej, sociálnej i duchovnej oblasti a to vzhľadom k jedinečnosti osobnosti každého človeka. Štvordimenzionálne chápanie človeka vychádza aj z empirie v oblasti uspokojovania potrieb človeka, pričom sa za potreby považujú fyziologické, psychické, sociálne a duchovné. Takéto chápanie človeka, ktoré zachytáva celé spektrum života jedinca zdôrazňuje autorka Balogová (2005).

V starobe sa dostáva do popredia zmyslové vnímanie a zvýšené emocionálne prežívanie. Seniori majú dostatok voľného času a niektorí vo väčšej miere venujú zvýšenú pozornosť

sebe i svojim zdravotným problémom. V prežívaní seniorov sa často do popredia dostáva strach z možnej opustenosti, hospitalizácie, samoty, odkázanosti a závislosti na inú osobu. Niektorí seniori môžu negatívne prežívať aj hrozbu z dočasného prípadne trvalého umiestnenia do zariadenia sociálnych služieb. Pri zhoršení zdravotného stavu a vyčerpaní možnej sociálnej pomoci v rámci rodiny či opatrovateľskej služby v domácnosti, prichádza na rad inštitúcia.

Inštitucionálna sociálna starostlivosť

Hlavnou snahou i cieľom akejkolvek starostlivosti o seniorov je snaha čo najdlhšie ich udržať vo svojom pôvodnom, rodinnom prostredí. Inštitucionálna starostlivosť môže byť krátkodobá (akútna) a dlhodobá (chronická). Poskytuje sa tým osobám, ktoré zo zdravotných, sociálnych alebo iných príčin nie sú schopné žiť s rodinou alebo samy vo svojej domácnosti. V sociálnej inštitucionálnej starostlivosti pozorujeme viacero problémov. Senior sa musí vyrovnáť s viacerými závažnými okruhmi problémov, ako sú komplikácie liečby, diétne zvyklosti, dehydratácia, nozokomiálne nákazy, psychosociálna trauma, fyzická trauma, pobyt na lôžku, diagnostické riziká, sklon ku komplikáciám, depresia, relokačný syndróm a geriatrický maladaptívny syndróm. K ďalším problémom patrí inštitucionalizácia, nedostatok miest v zariadeniach, nedostatočný počet personálu i porušovanie ľudských práv v zariadeniach.

Riešenie problémov sociálnej inštitucionálnej starostlivosti o seniorov je naliehavé, keďže proces starnutia zasiahne aj populáciu seniorov v inštitúciách. Nevyhnuté je prepojenie zdravotnej i sociálnej problematiky, na ktoré je potrebná lepšia vzájomná spolupráca zdravotníckeho i sociálneho rezortu v prospech samotného seniora.

Starostlivosť o seniorov sa v našich podmienkach stále rozdeľuje na sociálnu a zdravotnú, hoci vieme, že v starobe je ťažké položiť medzi ne deliacu čiaru a vzájomná podmienenosť oboch je pre starého človeka kľúčová. Vždy ide primárne o chorého človeka, ktorý potrebuje okrem zdravotnej i starostlivosť sociálnu. Táto starostlivosť je potrebná najmenej po dobu troch mesiacov, v mnohých prípadoch doživotne (Hegyí, L.2008).

Zdravotnícke zariadenia a pracoviská, ktoré poskytujú starostlivosť seniorom, vymenováva koncepcia geriatrickej. Patrí sem všeobecný lekár (praktický lekár pre dospelých), geriatrická ambulancia, geriatrický stacionár, geriatrické oddelenie, geriatrická klinika, liečebňa (oddelenie) dlhodobo chorých, doliečovacie oddelenie a geriatrické centrum. Okrem pracovísk geriatrického odboru sem zaraďujeme aj ambulancie a lôžkové oddelenia ostatných klinických odborov, agentúry ošetrovateľskej starostlivosti a hospic. V praxi však stav nie je optimálny. Zdravotnícke zariadenia pri súčasnej legislatíve nevedia poskytnúť ústavnú

sta-rostli-vosť tohto typu, pretože platba zdravotnej poisťovne neumožní dlhšiu hospitalizáciu ako 25 – 28 dní, denné stacionárne prakticky nemáme a agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti obvykle nedostanú od zdravotných poisťovní zmluvy na neohraničenú starostlivosť (Hegyí, L.2008).

V domovoch dôchodcov sa podľa dikcie starého zákona mohla poskytovať zdravotná starostlivosť, utvárali sa podmienky na zriadenie zdravotníckeho zariadenia alebo sa podieľal na zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti (Zákon č. 195/1998). Zdravotná starostlivosť mala i má v hierarchii hodnôt starnúceho človeka významné postavenie. Sociálne zariadenia (DD i DPD) sa mu javia ako istota, že nebude odkázaný sám na seba a bude mu poskytnutá komplexná zdravotná starostlivosť v čase zhoršenia zdravotného stavu (Valášeková, M., Šepitková, 1994). Inštitúcie sú preto nevyhnutnou a potrebnou súčasťou zdravotnej a sociálnej starostlivosti o chronicky chorých a starých ľudí. Dlhodobá ústavná starostlivosť je v indikovaných prípadoch významne pozitívnym riešením životnej situácie a (alebo) zdravotného stavu (Kalvach, Z., Janečková, H., Bureš, I., Hegyí, L., Kovaľ, Š., Přehnal, J., 2004).

Inštitucionálna starostlivosť má však aj niektoré negatíva a problémy. K všeobecným problémom sociálnej inštitucionálnej starostlivosti patrí:

- nízky počet opatrovateliek, ktoré vykonávajú iba činnosti nenáročné na čas,
- chýbajúce štandardy,
- nedostatočný počet lôžok a dlhé čakacie doby,
- starostlivosť je málo flexibilná,
- chýba súkromie, iba málo miest je jednoposteľových,
- nie sú miesta pre dementných obyvateľov,
- niektoré domovy sú umiestnené v budovách s architektonickými prekážkami, ktoré zhoršujú pohyb ťažko mobilných obyvateľov (Krajčík, Š., 2000).

Hegyí uvádza, že starý človek sa pri dlhodobej inštitucionálnej starostlivosti musí vyrovnat' s viacerými závažnými okruhmi problémov.

Sú to:

- komplikácie liečby, diétne zvyklosti, dehydratácia, psychosociálna trauma, pobyt na lôžku, depresia a pod.

Stále pretrvávajúcim problémom je nedostatok miest v sociálnych zariadeniach. Vývoj počtu žiadateľov o umiestnenie do zariadení sociálnych služieb má narastajúcu tendenciu. Odhaduje sa, že na umiestnenie čaká približne rovnaký počet seniorov, ako je obyvateľov. Príčin je viacero. Jednou z nich je skutočnosť, že v našich zariadeniach nájdeme aj seniorov, ktorí by

mohli za určitých podmienok žiť vo svojom domácom prostredí a v inštitúcii „zaberajú“ miesto iným, na cudziu pomoc väčšmi odkázaným starým ľuďom. Ďalším problémom je nedostatočný počet zdravotníckeho personálu, súvisiaci s odklonom od medicínskeho modelu starostlivosti. Nedostatočný počet zdravotníckeho personálu však môže viesť k znižovaniu zdravotnej starostlivosti a k riziku zhoršenia zdravotného stavu. Na tento stav upozorňujú aj českí autori (Janečková, H., Malina, A., 2007).

Vážnym, hoci skrytým problémom je porušovanie ľudských práv u seniorov žijúcich v inštitúciách. Pre zabezpečenie dôstojného starnutia a staroby si seniori v zariadeniach prajú rešpektovanie týchto práv: slušného správania, prístupu založeného na úcte, sloboda pohybu, súkromia a plnohodnotného života.

Obyvatelia sa domnievajú, že najviac je porušovaná ich sloboda a súkromie a znižovaná ich dôstojnosť infantilnosťou (Bužgová, R., Ivanová, K., 2008).

Na druhej strane niektorí autori upozorňujú na rozpor medzi tvrdeniami o negatívnych aspektoch života v DD a reálnym záujmom občanov o tieto služby. Autorky uvádzajú, že na prijatie do DD sa v závislosti od lokality čaká od 6 mesiacov až do dvoch rokov. Zároveň si všimajú aj rezignáciu časti obyvateľov, ktorí v zariadení prežili sedem a viac rokov. Títo seniori sú pomerne apatickí, s minimálnym záujmom robiť nejaké rozhodnutia (Levická, J., Tomašovičová, A., 2004).

Odchodom do inštitúcie prichádza k pozitívnym i negatívnym zmenám v živote seniorov. Obyvatelia pozitívne hodnotia skutočnosť, že získali istotu a zbavili sa úzkosti, žijú v kolektíve a nie sú osamelí, ako boli predtým doma; majú svoj pokoj, nemajú žiadne starosti – o všetko je postarané, prostredie v zariadení je lepšie ako doma, zlepšil sa ich kontakt s ľuďmi, žijú a bývajú na úrovni. Medzi negatívne stránky patrí odpútanie od rodiny, priateľov; chýbanie domácich zvierat, chýbanie zamestnania a práce, zmena života v dôsledku zhoršenia zdravotného stavu.

Na otázky inštitucionálnej starostlivosti poukazuje Rheinwaldová (1999). Jej odporúčania majú platnosť aj v našich podmienkach:

- počet zariadení by mal byť dostatočný, aby sa mohli špecializovať na určitý druh obyvateľov;
- mali by sa riadiť potrebami obyvateľov a ich najvyššieho dobra;
- obyvatelia zariadení sú často odsúdení na „stres z nudy“, nedostatok aktivity a stimulácie;
- je potrebná rovnaká starostlivosť o potreby fyzické, mentálne i duchovné;
- každému seniorovi treba poskytovať individuálnu starostlivosť;
- okrem základných potrieb treba uspokojovať aj požiadavky spoločenské i rekreačné.

Riešenie problémov sociálnej inštitucionálnej starostlivosti o seniorov je naliehavé, keďže proces starnutia zasiahne aj populáciu seniorov v inštitúciách. Nevyhnuté je prepojenie zdravotnej i sociálnej problematiky, na ktoré je potrebná lepšia vzájomná spolupráca zdravotníckeho i sociálneho rezortu v prospech samotného seniora.

Záver

V súčasnosti sa usilujú zariadenia sociálnych služieb o prispôsobenie životných podmienok klientov – seniorov tak, aby sa čo najviac približovali k tzv. normálnym životným podmienkam na aké bol klient zvyknutý doterajším spôsobom života. Tento trend nastúpil svoju cestu spoznávania klienta – seniora. Našimi konkrétnymi skutkami dokážeme napĺňať klientske predstavy o vlastnom živote a spôsobe starnutia. Pamätajme si preto, že seniori vkladajú svoj život do našich rúk a naše ruky – ruky pomáhajúcich profesionálov – majú byť pevnou oporou a zároveň jemným dotykom pre seniora odkázaného na našu pomoc.

Bibliografia

BALOGOVIÁ, B. 2005. Seniori. 2. vyd. Prešov : Akcent Print, 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3.

HEGYI, L.: Dlhodobá starostlivosť v praxi. Geriatria, 14, 2008, č. 2, s. 51-54.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore geriatria. Vestník MZ SR 2007, čiastka 1-5, s. 27-30.

Zákon NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci - úplné znenie. Zbierka zákonov SR, čiastka 37 zo dňa 17. marca 2001, s. 1130-1217

VALÁŠEKOVÁ, M., ŠEPITKOVÁ, Ž.: Problematika zdravotníckej starostlivosti v domovoch dôchodcov. In: HEGYI, L.: Care of Elderly in Countries in Transition, [Starostlivosť o starých ľudí v transformujúcich sa krajinách]. Bratislava: Charis, 1994, s. 47-48.

KALVACH, Z., JANEČKOVÁ, H., BUREŠ, I., HEGYI, L., KOVAL, Š., PŘEHNAL, J.: Dlouhodobá zdravotní a sociální ústavní péče. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. [eds.]: Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 490-508.

KRAJČÍK, Š.: Geriatria. Trnava: Slovak Academic Press, 2000, 82 s

JANEČKOVÁ, H., MALINA, A.: Dlouhodobá péče o staré lidi v České republice a její problémy. Geriatria, 13, 2007, č. 4, s. 169-185.

BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K.: Porušování lidských práv v rezidenčních zařízeních pro seniory. Kontakt, 10, 2008, supl. 1, s. 28-33

LEVICKÁ, J., TOMAŠOVIČOVÁ, A.: Možnosti zachovania autonómie jedinca v domove dôchodcov. In: SÝKOROVÁ, A., CHYTIL, O. – eds: Autonomie ve stáří. Ostrava: František Šalé – Albert, 2004, s. 136-139.

RHEINWALDOVÁ, E.: Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 88 s.

Kontakt

Mgr. Zuzana Hrabovská
Pedagogická fakulta KU
Katedra sociálnej práce
zuzana.hrabovska@ku.sk

Recenzia:

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

POTREBA NUTRIČNEJ PODPORY U SENIOROV V ZARIADENÍ SUBSIDIUM

(Výsledky prieskumu podávania nutričnej podpory seniorom
za obdobie október - december 2012)

Lenka Chocholová

Abstrakt

Prezentácia vypovedá o efektivite a úspešnosti podávania nutričnej podpory seniorom, ktorí sú postihnutí rôznymi ochoreniami. V zariadení SUBSIDIUM sme realizovali prieskum, ktorý bol zameraný na seniorov s poruchami prijímania potravy po prekonaní CMP. Zaoberali sme sa možnými poruchami výživy a dôležitosťou podávania nutričnej podpory u rizikových seniorov, ktorí prekonali CMP. Výberom riešenia problému nás viedla skutočnosť, že seniori po prekonaní CMP majú veľké problémy s prijímaním bežnej stravy, ktorú už dnes môžeme dopĺňať podávaním nutričnej podpory. Prieskum sme realizovali u zámerny vybratej vzorky seniorov, ktorí vzhľadom k svojej diagnóze mali problém v prijímaní bežnej stravy. Cieľom prieskumu bolo zmonitorovať stav výživy seniorov po prekonaní CMP pred podávaním nutričnej podpory, plánovanie a realizácia podávania nutričnej podpory u vybratej vzorky seniorov. Po ukončení prieskumu sme vypracovali odporúčania pre prax z dôvodu zvýšenia kvality života seniorov po prekonaní CMP a taktiež z dôvodu kvalitného poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení SUBSIDIUM.

Kľúčové slová: nutričná podpora, poruchy výživy, senior, správna výživa

Úvod

Starnutie je špecifický biologický proces charakterizovaný tým, že je dlhodobo nakódovaný, nezvratný, neopakuje sa, je rozličného charakteru, zanecháva trvalé stopy, jeho rozvoj sa riadi druhovo špecifickým časovým zákonom a podlieha formálnym vplyvom prostredia.

Starnutie sprevádzajú morfológické a funkčné zmeny čo znamená, že zmena štruktúry má za následok zmenu funkcie. S pribúdajúcim vekom človeka podliehajú orgány jeho tela rôznym zmenám na úrovni buniek a tkanív, ktoré spôsobujú rôzne druhy zmien. Správna výživa seniorov s rešpektom osobitosti vyššieho veku významne ovplyvňuje celkový stav organizmu. Živiny sú zdrojom energie, ktoré organizmus potrebuje pre zabezpečenie fyzickej aktivity a na plynulý priebeh autonómnych pochodov. Organizmus, ktorý nie je schopný prijať dostatočné množstvo hodnotnej stravy, je nútený začať využívať zásoby zo svojich telesných živín a stavebných látok. U seniorov dominuje skutočnosť, že vo vysokom percente trpia viacerými chorobami súčasne, čiže hovoríme o polymorbidite. Riziko dehydratácie u

seniorov je zvýšené v dôsledku menšieho objemu vody v organizme, ktorý sa kombinuje so zvýšenými stratami vody (v dôsledku rôznych ochorení alebo ich liečby), alebo nedostatočným príjmom tekutín následkom zníženého prahu pre smäd. Minimálny denný príjem tekutín u seniorov bez reálneho a závažného kardiálneho ochorenia by mal zodpovedať 30 ml/kg/deň. Predpokladom potrebného príjmu energie a živín je primeraná a obmieňajúca sa ponuka kvalitného jedla. Je nutné, aby sme zistili špeciálne potreby seniorov a zvolili vhodnú formu podávanej stravy. Kvalifikované riešenie výživy seniorov v domovoch dôchodcov je komplexná činnosť, ktorá zvyšuje úroveň poskytovaných služieb. Pozitívne ovplyvňuje nutričný stav seniorov, vedie k zlepšeniu ich psychickej a fyzickej kondície, sebestačnosti a znižuje zdravotné komplikácie. Nutričná starostlivosť by mala byť zahájená od začiatku ochorenia seniora. Základom by malo byť starostlivé sledovanie príjmu potravy. V prípade nedostatočného príjmu je potrebné okamžité zaistenie príjmu živín formou podávania nutričných doplnkov. Zatiaľ najvhodnejšou metódou je využitie kompletných nutričných doplnkov. Tie obsahujú všetky potrebné zložky výživy a ich podávanie je jednoduché. Doplnky je potrebné podávať tak, aby neznižovali prirodzený príjem potravy. Najvýhodnejšie je podávať ich medzi hlavnými jedlami a tesne pred spaním. Podávanie nutričnej podpory preukázateľne zvyšuje energetický príjem seniorov a súčasne znižuje riziko výskytu komplikácií. Nutričná anamnéza je súčasťou nutričného skreeningu, obsahuje údaje týkajúce sa spôsobu stravovania, frekvencie stravovania, údaje o stravovacích návykoch seniora, preferencii jedál, dennom príjme tekutín, prijme vitamínov a minerálov a psychosociálnych problémoch pri stravovaní. Pri odoberaní anamnézy zisťujeme 24-hodinový program stravovania, fyzickú aktivitu, problémy s výživou, lieky, ktoré seniori užívajú v súvislosti s jedlom. V rámci nutričnej anamnézy môže sestra použiť meracie škály k doplneniu údajov. V geriatrickom ošetrovatelstve sú odporúčané škály: Mini nutritional assement a Nottinghamský screeningový dotazník.

Ako metódu prieskumu sme si zvolili kvalitatívnu metódu, metódu kazuistík. Na spracovanie kazuistík sme použili zdravotnú dokumentáciu seniorov, modifikovaný MNA, BMI, vlastné pozorovanie a neformálny rozhovor. Všetci sledovaní seniori v priebehu pozorovania boli saturovaní perorálnymi nutričnými doplnkami formou sippingu. Súbor prieskumu tvorili štyria respondenti : tri ženy a jeden muž vo veku nad 65 rokov. Pre ich polymorbiditu sme sa zamerali na ich zdravotný stav po prekonaní CMP. Zamerali sme sa na potrebu podávania nutričnej podpory a jej efektívnosť s ohľadom na zdravotný stav seniorov.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Súhrnný prehľad vzostupu príjmu bežnej stravy v súvislosti s podávaním PND kazuistiky č.1

Október		November		December	
Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora
	5 fľaštičky		5 fľaštičky		4 fľaštičky

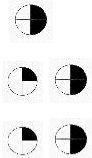
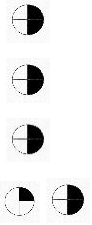
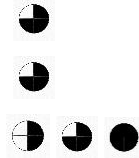
Súhrnný prehľad vzostupu príjmu bežnej stravy v súvislosti s podávaním PND kazuistiky č.2

Október		November		December	
Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora
	5 fľaštičky		4 fľaštičky		3 fľaštičky

Súhrnný prehľad vzostupu príjmu bežnej stravy v súvislosti s podávaním PND kazuistiky č.3

Október		November		December	
Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora
	4 fľaštičky		4 fľaštičky		3 fľaštičky

Súhrnný prehľad vzostupu príjmu bežnej stravy v súvislosti s podávaním PND kazuistiky č.4

Október		November		December	
Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora	Bežná strava	Nutričná podpora
	4 fľaštičky		4 fľaštičky		2 fľaštičky

Tabuľkové znázornenie priebežného sledovania príjmu potravy u rizikových seniorov v zariadení SUBSIDIUM nám vypovedá o výsledkoch nášho prieskumu. Do modifikovaných MNA hodnotiacich protokolov sme zaznamenávali nutričný stav seniorov a následne sme značili podávanie bežnej stravy a príjem PND. U každého sledovaného seniora je uvedený mesačný priemer podávania bežnej stravy a príjem PND. V prieskume cieľom č. 1 bolo zmonitorovať potrebu podávania nutričnej podpory u seniorov, ktorí prekonal CMP. Druhým cieľom bolo plánovanie a realizácia nutričnej podpory u vybratej vzorky seniorov. Za cieľ č.3 sme si určili zhodnotiť, aký má vplyv podávanie nutričnej podpory na celkový zdravotný stav seniorov po prekonaní CMP. **Podľa súhrnného prehľadu príjmu bežnej stravy v súvislosti s podávaním PND u vybranej vzorky seniorov počas nášho pozorovania vidíme, že príjem bežnej stravy sa postupne zvyšoval a zároveň sa zlepšoval ich zdravotný stav.**

Záver

Výživa je dôležitá pre celkový zdravotný stav seniorov, preto je úlohou celého zdravotníckeho tímu zabezpečiť dostatočný a vhodný prísun živín a takto sa podieľať na zlepšení ich zdravia. Ošetrovateľská starostlivosť v súvislosti s výživou seniorov vyžaduje nielen základné vedomosti z ošetrovateľstva, ale aj špeciálne poznatky z oblasti výživy starnúceho organizmu. Správne vedená nutričná starostlivosť je kľúčom k poskytovaniu kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, čo v konečnom dôsledku sa pretaví do spokojnosti ich samých, ako aj do spokojnosti ich príbuzných.

Bibliografia

GROFOVÁ Z. 2007. *Nutriční podpora*. Praha: Grada Publishing, 2007, 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

JIRÁK, R. - HOLMEROVÁ, I. - BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOTRLÍKOVÁ, E. - KŘEMEN, J. - SOBOTKA, L. 2007. Nutriční podpora u malnutricie – umělá výživa, parenterální a enterální výživa. In *Postgraduální medicína*. 2007, roč. 9, č. 8, s. 50-56.

MŮHLPACHR, 2004, Základné biologicko- medicínske charakteristiky starnutia a staroby In: HROZENSKÁ M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko – praktické východiská*, Martin: Osveta, 2008, 181 s. ISBN978-80-8063-282-3.

NOVÁK F. - PANDYA, N. 2009. Dehydratácia a poruchy minerálneho hospodárstva u seniorov. In *Kompendium medicíny*. ISSN 1336-4871, 2009, č. 16, s. 6-9.

PAVLOV, P. 2012. Výživa v starobe a jej poruchy. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2012, roč. 10, č.4, s. 33- 35.

SOBOTKA, L. 2007. *Výživa seniorů a nutriční doplňky- nutná součást terapie*. [citované 2012-11-22] Dostupné na internete: http://nutriciamedical.cz/download/cn_noviny_1_2007.pdf.

Kontakt

Bc. Lenka Chocholová

SUBSIDIUM- Špecializované zariadenie, Zariadenie pre seniorov a Domov sociálnych služieb Rožňava

Betliarska ulica č.18, 048 01 Rožňava

e-mail: l.chocholova@azet.sk

Recenzia

PhDr. Margita Kosturíková

PROCES A TVORBA PROCESUÁLNYCH OŠETROVATEĽSKÝCH ŠTANDARDOV V ZSS

Henrieta Ibošová

Abstrakt

Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti je jedným z indikátorov, ktoré sú prioritné z pohľadu prijímateľa sociálnej služby. Občan umiestnený v sociálnom zariadení je okrem sociálnych služieb odkázaný aj na zdravotnú – ošetrovateľskú starostlivosť, dôkazom čoho sú prezentované rôzne výskumy z tejto oblasti. Tvorba ošetrovateľských štandardov v zariadeniach sociálnych služieb, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť, slúži ako nástroj na dosiahnutie zvyšovania kvality. Súčasťou týchto štandardov sú audity, ktoré slúžia ako metódy hodnotenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS.

Kľúčové slová: kvalita, štandardy ošetrovateľskej starostlivosti, hodnotenie kvality.

Úvod

Hodnotenie kvality poskytovaných zdravotných aj sociálnych služieb patrí k najzložitejším oblastiam systému manažérstva kvality. V priemysle sú jasne formulované znaky/ukazovatele kvality produktov a ich kritérií. Zdravotníctvo aj sociálna oblasť rieši postupne túto oblasť. Indikátory kvality zdravia či života t.j. kvality sociálnej či zdravotnej starostlivosti sú zatiaľ v štádiu tvorby a definovania (dostupnosť, primeranosť, kontinuita, efektivita, pôsobivosť, pohľad pacienta, bezpečnosť prostredia, včasnosť, atď.).V tomto procese zohráva svoje miesto aj tvorba štandardov, ktoré vytvárajú systém a štruktúru starostlivosti o klienta/prijímateľa sociálnej služby a zároveň umožňujú kontrolu (audit) spracovaných postupov.

V odbornej literatúre nachádzame viaceré definície pojmu kvalita. Medzi najznámejšie patria:

- Kvalita je zhoda s požiadavkami (P.B.Crosby).
- Kvalita je spôsob na použitie (J.M.Juran)
- Kvalita je, keď sa vráti zákazník, a nie tovar (W.E.Deming)
- Kvalita je súhrn vlastností, v dôsledku ktorých je produkt schopný uspokojiť potrebu, pre ktorú bol vytvorený (A.V.Feigenbaum).

Termín kvalita z hľadiska noriem ISO je zadefinovaný pre všetky odvetvia v slovníku, ktorý obsahuje 80 rôznych termínov.(Kiliková, 2008)

Svetová zdravotnícka organizácia definovala v roku 1996 kvalitu zdravotnej starostlivosti ako: „súbor výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a v liečbe, určenými potrebami obyvateľstva na základe lekárskeho vied a praxe“ (Veber, 1997).

Kvalita v zdravotníctve je chápaná ako súbor rôznych služieb, ktorý sa premieta do úrovne liečebného procesu. Medzi najdôležitejšie parametre kvality v zdravotníctve patria: dostupnosť starostlivosti, vzťah k potrebám klienta/pacienta z pohľadu komunity, individuálny prístup, spravodlivosť, rovnoprávnosť, spoločenská prijateľnosť a ekonomická efektívnosť. V kocke tzn. úsilie o maximálny prospech pacienta/klienta, pričom sa zohľadňuje vyváženosť ziskov a strát (Bielik 2004).

Kvalita je interpretovaná v troch úrovniach:

- a) štruktúra – vedenie, zdroje, pracovníci, organizačné a systémové vzťahy, znaky a opis služby, špecifikácia služby
- b) proces – marketing, návrh, poskytovanie služby, informačná podpora, posúdenie, poskytovateľom a zákazníkom
- c) výsledok – analýza a zlepšovanie priebehu služby

V zdravotníckych službách rozlišujeme 3 dimenzie kvality:

1. z pohľadu pacienta/klienta : čo od nás očakáva klient/ pacient
2. z profesionálneho hľadiska: či sú služby poskytované vhodnými postupmi, pomôckami, zdravotníckou technikou, či obsahujú všetko, čo klient očakáva k uspokojeniu svojich potrieb
3. z hľadiska riadenia: efektívne využitie zdrojov v rámci limitov, celý proces riadenia od plánovania až po vyhodnotenie (Kiliková, 2008).

Každé sociálne zariadenie je svojím spôsobom jedinečné a predstavuje zložité organizačné systémy, preto riadiť kvalitu je omnoho ťažšie ako napríklad v priemysle. Očakávaní klientov/pacientov narastajú, kvalitu poskytovaných služieb vnímajú prijímatelia aj zdravotnej aj sociálnej starostlivosti omnoho citlivejšie. Prioritnou oblasťou v systéme manažérstva kvality je tvorba hlavných procesov starostlivosti o prijímateľov sociálnej služby, ktoré predstavujú život klienta od prijatia až po ukončenie pobytu v zariadení. V zariadeniach, kde je umožnená a zároveň sa aj poskytuje ošetrovateľská starostlivosť sa nedá separovať zdravotná (ošetrovateľská) starostlivosť od sociálnej.

Medzi hlavné procesy v systéme riadenia kvality v sociálnom zariadení patria:

- a) Predadaptačný proces
- b) Príjem prijímateľa sociálnej služby
- c) Adaptačný proces

- d) Diferenciácia (diagnostika) prijímateľov sociálnej služby
- e) Komplexná starostlivosť
- f) Odborné zložky starostlivosti o prijímateľa sociálnej služby podľa zamerania zariadenia
- g) Ukončenie pobytu prijímateľa sociálnej služby

Medzi podporné procesy:

- a) Vzdelávanie, kompetentnosť
- b) Preventívna a nápravná činnosť
- c) Interné, externé audity
- d) Spätná väzba od klientov a okolia
- e) Sťažnosti, nezhody, kontrola

Medzi riadiace procesy:

- a) Plánovanie a zabezpečovanie zdrojov
- b) Politika a ciele kvality
- c) Preskúmanie systému kvality vedením
- d) Riadenie externe obstarávaných procesov
- e) Trvalé zlepšovanie

Tvorba ošetrovateľských štandardov v zariadeniach sociálnych služieb, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť, slúži ako nástroj na dosiahnutie zvyšovania kvality. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti súvisí s rýchlosťou odstraňovania zistených nedostatkov, so systémovým riadením informácií, s orientáciou na klienta/pacienta, ako aj zamestnancov a ich vzdelávaní.

Štandard ošetrovateľskej starostlivosti je vopred stanovená minimálna a zároveň záväzná úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá má byť poskytnutá. Určuje podmienky kvality a spôsob hodnotenia. Obsahuje charakteristiku, cieľ, cieľovú skupinu, dátum použitia, dátum kontroly použitia, kto kontrolu vykonal, podpis zodpovedného pracovníka, kritéria štruktúry, kritéria procesu a kritéria výsledku. Cieľom ošetrovateľských štandardov je zvyšovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, znižovať náklady, redukovať realizáciu nepotrebných činností a minimalizovať nedostatky v ošetrovateľskej starostlivosti (Žiaková, 2009).

Štandardy ošetrovateľskej starostlivosti rozdeľujeme na:

1. Štruktúrne
2. Procesuálne
3. Štandardy výsledkov

Štrukturálne štandardy: Stanovujú optimálne materiálno-technické, personálne, hygienické a organizačné prostriedky umožňujúce dosahovať stanovenú kvalitu. Patria sem štandardy vybavenia pracoviska, ošetrovateľskej dokumentácie, vzdelávania a personálneho obsadenia.

Procesuálne štandardy: Zameriavajú sa na špecifické ošetrovateľské činnosti, intervencie, opisujú postupy na dosiahnutie výsledkov, pričom sa orientujú na sestru ako poskytovateľa odbornej starostlivosti. Podľa ich zamerania sa delia do dvoch oblastí:

a) štandardy ošetrovateľských postupov pri výkone v rámci platnej legislatívy Vyhlášky MZ SR 244/2011 Z.z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 109/2009 Z. z. ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb máme presne stanovené intervencie, ktoré môže sestra v zariadení vykonávať. Na základe týchto výkonov, by bolo vhodné spracovať a uverejniť ošetrovateľské štandardy, ktoré by slúžili ako prostriedok k vypracovaniu interných (lokálnych) štandardov v každom zariadení, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť sestrami zariadenia.

b) štandardy ošetrovateľských činností v rámci ošetrovateľského procesu, ktoré môžu byť zamerané na jednotlivé ošetrovateľské problémy (rozvoj sebaobslužných činností, starostlivosť o diabetika, o klienta po CMP, klienta s Alzheimerovým ochorením,)

Štandardy výsledku: Týkajú sa spravidla celkového hodnotenia kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v danom zariadení alebo na určitom pracovisku. Sú to želateľné výsledky zamerané na dosiahnutie zmeny v zdravotnom stave alebo žiaduce správanie jedinca.

Pri formulácii štandardu je treba určiť spôsob jeho hodnotenia (audit), hodnotenie sa zameriava prevažne na objektívne merateľné stránky kvality ošetrovateľskej starostlivosti (objektívne merateľné techniky). Najobjektívnejším ukazovateľom sú vždy splnené ciele a výsledné kritéria.

Štandardy sa delia z hľadiska ich platnosti na národné a lokálne.

Národné (centrálne) štandardy sú rámcové, záväzné na celoštátnej úrovni. Vydáva ich spravidla Ministerstvo zdravotníctva ako zákonnú normu. Slúžia ako podklad pre tvorbu lokálnych štandardov.

Lokálne štandardy sú spravidla spracované a prijaté v konkrétnom zariadení, prípadne na konkrétnom pracovisku (napríklad v ZSS) v súlade s rámcovými národnými štandardami.

Každý pracovník by mal byť s nimi oboznámený a písomne sa zaviazat' v rámci pracovnej zmluvy k ich dodržiavaniu. Do vytvárania lokálnych štandardov majú byť čo najviac zapojené sestry na príslušnom pracovisku, čo prispieva k ich profesionálnemu rozvoju, ale aj k väčšej

motivácii v práci (České ošetrovatelství 2, 1998). Na jednej strane v štandarde musíme stanoviť požadovanú úroveň starostlivosti, na druhej je zbytočné a demoralizujúce vytvárať štandardy, ktoré nie je potrebné dodržiavať. Vhodné sú lokálne štandardy, ktoré sa upravujú podľa potrieb pracoviska. V súčasnej dobe sa kladie veľký dôraz na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Táto činnosť je ovplyvnená ľudskými faktormi ako zo strany poskytovateľa tak aj zo strany konzumenta tejto starostlivosti. Preto jej sledovanie vyžaduje štandardy a pracovné postupy, ktoré je nevyhnutné dodržiavať. Predovšetkým je potrebné priebežne kontrolovať jej kvalitu (Maskalíková, 2007).

Prečo vytvoriť ošetrovateľské štandardy v ZSS ?

- Zjednotia sa činnosti a procesy na úseku ošetrovania
- Prepojí sa zdravotno- sociálna starostlivosť v zariadeniach
- Zníži sa riziko vzniku rôznych pochybení
- Umožní sa objektívne merať kvalitu
- Umožní sa posúdiť právna zodpovednosť za jednotlivé intervencie
- Pre rôzne externé kontroly sú spracované štandardy hodnotiacimi kritériami

Návrh registra štandardov v ZSS

Názov štandardu

Rámcové procesuálne štandardy

- 1) Štandard implementácie metódy ošetrovateľského procesu
- 2) Štruktúry a vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v ZSS
- 3) Štandard vybavenia ambulancie
- 4) Prijem prijímateľa sociálnej služby do ZSS
- 5) Zber ošetrovateľskej anamnézy
- 6) Preklad prijímateľa sociálnej služby
- 7) Ukončenia ošetrovateľského procesu v ZSS

Procesné štandardy výkonov – sesterských intervencií

- 1) Meranie telesnej teploty
- 2) Meranie tlaku krvi
- 3) Meranie pulzu
- 4) Meranie dychu
- 5) Odber venóznej krvi na vyšetrenie

- 6) Aplikácia intramuskulárnej injekcie
- 7) Preväz aseptickkej rany
- 8) Aplikácia liečiv na vonkajšie použitie
- 9) Výter z rany
- 10) Aplikácia subkutánnej injekcie
- 11) Podávanie infúzie
- 12) Aplikácia liečiv do oka
- 13) Odber moču na mikrobiologické vyšetrenie
- 14) Výter z hrdla a nosa
- 15) Spolupráca sestry pri zavádzaní permanentného močového katétra u muža
- 16) Očistná klyzma
- 17) Výter z recta
- 18) Zavedenie permanentného močového katétra u ženy
- 19) Starostlivosť o mŕtve telo
- 20) Preväz septickkej rany
- 21) Perorálne podávanie liekov
- 22) Zavedenie nosogastrickej sondy
- 23) Podávanie enterálnej výživy nosogastrickou sondou
- 24) Podávanie stravy a kŕmenie imobilných klientov
- 25) Hygiena dutiny ústnej
- 26) Ranná a večerná toaleta
- 27) Celkový kúpeľ
- 28) Umývanie vlasov
- 29) Prevencia dekubitov
- 30) Polohovanie pacienta
- 31) Bandáž dolných končatín
- 32) Hygienická dezinfekcia rúk
- 33) Odber spúta na mikrobiologické vyšetrenie
- 34) Odvšivovanie
- 35) Iné.....(podľa zamerania zariadenia)

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Pri tvorbe štandardov vytvárame kritéria štruktúry, procesu a kritéria výsledku.

KRITÉRIA ŠTRUKTÚRY	KRITÉRIA PROCESU	KRITÉRIA VÝSLEDKU
Š 1 Pracovníci:	Činnosti týkajúce sa výkonu	Informovanosť klienta/rodinného príslušníka/komunity
Š 2 Prostredie:	Postupnosť krokov pri realizácii	Zlepšenie zdravotného stavu
Š 3 Pomôcky:		Neprítomnosť komplikácií
Š 4 Dokumentácia:		Spokojnosť klienta/rodinného príslušníka/komunity

Tak ako v iných oblastiach ľudskej činnosti tak aj v ošetrovateľskej činnosti sa nezaobíde bez chýb, preto musíme akceptovať skutočnosť, že bude stále dochádzať ku kolízii, ide predovšetkým o zníženie množstva pochybnosti v ošetrovateľskej starostlivosti. Nepriamym ukazovateľom kvality poskytovaných služieb sú indikátory, ktoré upozorňujú na potencionálne problémy vo všetkých oblastiach: v štruktúre, procese aj výsledku. Problémy v jednotlivých ukazovateľoch môžeme zisťovať rôznymi spôsobmi, závislosti od toho, aké indikátory si stanovíme.

Indikátormi môžu byť:

- Počet nozokomialných infekcií, dekubitov, atď.
- Spokojnosť prijímateľov sociálnej služby, ošetrovaných /rodinných príslušníkov s celkovou starostlivosťou, ošetrovateľskou starostlivosťou (dotazníky spokojnosti)
- Spokojnosť zamestnancov
- Mimoriadne udalosti: počet úrazov a pádov, ohrozenie zamestnanca prijímateľom sociálnej služby, poškodenie majetku, svojvoľný odchod zo zariadenia, zámena terapie, seba poškodzovanie prijímateľa sociálnej služby, pokus o suícium, atď.

Medzi metódy zvyšovania kvality poskytovaných služieb v ZSS, kde nepochybnou integrovanou súčasťou je aj ošetrovateľská starostlivosť môžeme zaradiť viac premenných:

- Pravidelnú kontrolu dodržiavania štandardov
- Sledovanie stanovených indikátorov
- Vyhodnocovanie výsledkov
- Navrhovanie zlepšení

Záver

Organizácia, ktorá chce byť progresívna nebojí sa urobiť radikálne zmeny, realizuje aj tzv. legítimnú špionáž, sleduje nové informácie a registruje meniace sa prostredie. Taktiež investuje do vzdelania svojich zamestnancov a motivuje ich. Tvorba procesuálnych ošetrovateľských štandardov v ZSS na celoslovenskej úrovni je jednou z nich. Víziou a cieľom sekcie sestier pracujúcich v ZSS je vytvorenie pracovnej skupiny, ktorá by pracovala na tvorbe týchto štandardov. Výsledkom tohto úsilia by mala byť publikácia týchto štandardov, ktorá by bola barličkou pri tvorbe lokálnych ošetrovateľských štandardov každého jedného zariadenia, kde sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť lege-artis.

Bibliografia

- BIELIK J. Stav a smerovanie kvality zdravotníckej starostlivosti. Moderný medicínsky manažment. 1996, 3: 14-16.
- KILIKOVÁ M., JAKUŠOVÁ V. : Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2008, s. 149. ISBN 978- 80-8063-290-8
- MASKALIKOVÁ, T. 2007. Štandardy a ošetrovateľské intervencie na diagnózy štandardizovaného ošetrovateľského plánu pri ischemickej chorobe dolných končatín - rigorózna práca
- STAŇKOVÁ, M. 1999. České ošetrovatelství 4 - Jak provádět ošetrovatelský proces. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 66 s. ISBN 80-7013-270-1.
- VEBER J.et al.: Řízení jakosti a ochrany spotřebitele. Praha: Grada Publishing: 2002, 164 s. ISBN 80-2467-0194-4.
- ŽIAKOVÁ K. a kol.: Ošetrovateľský slovník. Martin: Osveta, 2009, s. 167-168. ISBN 978-80-8063-315-8

Kontakt

Mgr. Henrieta Ibosová
Letná 33
048 01 Rožňava
e-mail: iboshenriet@gmail.com

Recenzia

PhDr. Margita Kosturíková

SOCIÁLNA AKTIVIZÁCIA SENIOROV V POĽSKU AKTYWIZACJA SPOŁECZNA SENIORÓW W POLSCE

Katarzyna Jagielska

Abstrakt

Táto práca predstavuje niektoré otázky týkajúce sa seniorov so zameraním sa najmä na spôsoby sociálneho začlenenia a vzdelávania. Vysvetľuje, ako sa aktivizujú seniori v Poľsku.

Kľúčové slová: seniori, staroba, sociálnej mobilizácie, vzdelania, starší ľudia.

Wstęp

*„Ludzie nie dlatego przestają się bawić, że się starzeją,
lecz starzeją się, bo się przestają bawić.”*

(Mark Twain)

Zbiorowości ludzkie składają się z jednostek różniących się między sobą cechami zewnętrznymi, zdolnościami i umiejętnościami, zakresem władzy i poziomem wykształcenia. Różnice te mają więc podłoże zarówno natury biologicznej, jak i społecznej, a katalog ich można wydłużać. Jednakże wskazanie tylko powyższych wystarcza, aby uświadomić sobie wielość rodzajów zróżnicowania jednostek ludzkich⁵⁴. W tą wielość wpisana jest nieodłączna „cecha współczesnego świata jaką jest wszechobecna i „permanentna” zmiana”⁵⁵.

J. Łukasik zauważa, że tempo przemian „najsilniej uwidacznia się w zmianach społecznych. Można powiedzieć, że w rezultacie zmian pojawia się wiele konsekwencji społecznych”⁵⁶ obserwowanych w wielu aspektach jego życia. Wśród nich można ulokować przemiany demograficzne i w przypadku Polski problem starzejącego się społeczeństwa (wzrost udziału osób starszych w populacji). Dynamika zmian w strukturze wiekowej ludności jest zatem jednym z głównych wyzwań demograficznych dla Polski. W raporcie „Polska 2030” można przeczytać, że „do 2030 r. liczba osób w wieku 60+ wzrośnie z niecałych 7 mln do ponad 10

54 B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa: PWN, 2003, s. 277.

55 J. Łukasik, *Codziennie doświadczenia nauczycieli w pracy z młodzieżą*, [w:] M. Pisinova, P. Tomanek, Z. Brunclikova (red.), *Kryza pedagogiki?* Bratysława: Univerzita Komenskeho v Bratislave, 2013, s. 256.

56 J. Łukasik, *O nauczycielskim postrzeganiu prestiżu zawodu nauczyciela*, [w:] R. Kwiecińska, M. Szymański, *Nauczyciel wobec zróżnicowań społecznych*, Kraków: Wyd. Naukowe UP 2010, s. 132.

mln przy prawie niezmienionej liczbie osób w wieku 50–59 lat i spadającej liczbie osób w wieku najwyższej aktywności zawodowej”⁵⁷.

Konsekwencją starzenia się społeczeństwa są zmiany nie tylko społeczno – gospodarcze, ale również kulturowe, psychologiczne i duchowe. Wobec czego pojawiają się nowe zadania w obszarze polityki społecznej, a w szczególności działania wspierające aktywizację społeczną, edukacyjną i kulturalną osób starszych. B. Szatur – Jaworska uważa, że celem polityki społecznej wobec ludzi starych jest „stwarzanie – obecnie i na przyszłość – warunków zaspokajania ich potrzeb oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami drogą ograniczania uzależnienia starszych od młodszych, zapobiegania marginalizacji ludzi starych oraz kształtowania stosunków międzypokoleniowej solidarności”⁵⁸. Zmiany demograficzne stają się zatem wyzwaniem nie tylko dla polityki społeczno – gospodarczej, ale również dla polityki edukacyjno – kulturalnej wobec osób starszych. To właśnie działania edukacyjne i kulturalne stają się jednym z najważniejszych czynników w procesie reintegracji społecznej pokolenia trzeciego wieku. W odniesieniu do nakreślonego powyżej wprowadzenia, tematem przewodnim niniejszego artykułu uczynię zagadnienia polityki edukacyjno – kulturalnej wobec osób starszych.

Senior w polskiej rzeczywistości społecznej

Życie seniorów, aby spełniło kryterium potocznie rozumianego „życia dobrego”, powinno być wypełnione aktywnością. Problemem bowiem ludzi starych nie jest sama starość, ale fakt, że zostają nagle zepchnięci na margines życia społecznego. Przyczyn takiego stanu upatrywać można w wielu niedoskonałościach polityki społecznej, własnego obrazu siebie osób starych, jak i szeroko rozpowszechnionej mityzacji, stereotypizacji na temat starości. W odniesieniu do wskazanych aspektów – aby wskazać edukacyjną, społeczną wartość aktywizacji osób starych - skoncentruję się na ich obrazie siebie (myślenie o sobie, lęki i obawy) oraz społecznych stereotypach.

Jednym z lęków, na które narażony jest człowiek wchodzący w trzeci wiek jest samotność. Jej przyczyny zdaniem J. Matejek tkwią w osłabionych kontaktach i więziach emocjonalnych z bliskimi „skutkujące poczuciem osamotnienia oraz uczuciem niepokoju i lęku. (...) Duża część osób starszych odbiera starość jako przykry stan utraty dotychczasowych ról

57 „Polska 2030. Wyzwania rozwojowe”, Kancelaria Premiera Rady Ministrów, 2009, s. 71.

58 B. Szatur - Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: ASPRA, 2000, s. 121.

społecznych, zdrowia, standardu życia, straty najbliższych”⁵⁹. Lęki te pogłębiane są również współczesnymi trendami społecznymi. Według A. Grudzińskiego i R. Spyryki – Chlipały „we współczesnym świecie nie ma miejsca ani na starość, ani też czasu na to, żeby się zestarzeć”⁶⁰. Zauważa to również N. Piкуła, podkreślając, iż „w nowoczesnych społeczeństwach zauważalna jest tendencja do odsuwania starych ludzi na dalszy plan. Liczy się młodość, zdrowie, uroda i przebojowość. Starość przestaje być społecznie tolerowana. (...) Modę na bycie młodym lansują środki masowego przekazu, a w szczególności telewizja”⁶¹. Przyczyn samotności można również upatrywać w automarginalizacji z życia społecznego i kulturowego osób starych. Jest to w dużej mierze efekt negatywnej socjalizacji do starości i internalizacji jej negatywnego obrazu (starość i starzenie się). Konsekwencją natomiast jest przyjmowanie skrajnych postaw od agresji i lęku po zaprzeczanie⁶². Innym czynnikiem wywołującym lęk osób starszych są choroby oraz ograniczony dostęp do profesjonalnej opieki medycznej.

Wymienione czynniki powodują, że starość „w społeczeństwie polskim nie jest łatwa. Wielopłaszczyznowa marginalizacja, ageizm oraz gerontofobia negatywnie odbijają się na psychice osób starszych”⁶³. Jednakże mimo negatywnego, stereotypowego spojrzenia na starość zaobserwować można pozytywne zmiany w kreowaniu wizerunku starości. Zmiany te mają swoje źródło w zmianie świadomości tych, którzy w kroczyli w fazę starości oraz w działaniach przez nich podejmowanych. Zauważa to N. Piкуła pisząc, iż właśnie „wielu przedstawicieli tej grupy wiekowej przeciwstawia się panującym stereotypom, które wpływają na kreowanie negatywnego i krzywdzącego obrazu człowieka w podeszłym wieku. Wysokie poczucie zaradności pozwala seniorom na pełne uczestnictwo w życiu społecznym pomimo licznych przeszkód, które napotykają oni ze strony młodszych pokoleń. Poczucie zaradności u osób starszych kształtuje się na przestrzeni lat wraz z doświadczeniem, jakie zdobywają w ciągu całego życia. Seniorzy posiadają wiedzę i mądrość życiową, której nie zdobędzie się z żadnej książki, dzięki czemu muszą stać się wartościowym elementem społeczeństw”⁶⁴. Uważam, że właśnie pozytywny obraz starości, edukacja do aktywności

59 J. Matejek, *Działania na rzecz rodziny w zadaniach Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie*, [w:] *Rodzina w środowisku lokalnym, Pomoc – wsparcie – opieka*. Rzeszów 2011, s. 310.

60 A. Grudziński, R. Spyryka – Chlipała, *Młodość w służbie starości. Znaczenie praktyk studenckich w funkcjonowaniu wybranych Domów Pomocy Społecznej w Krakowie*, [w:] N. Piкуła (red.), *Starość może być atrakcyjna*, Kraków: Wydawnictwo „Scriptum” 2012, s. 65

61 N. Piкуła, *Sytuacja ludzi starszych we współczesnym społeczeństwie*, „Studia Socjalia Cracoviensia” 2010, nr 1, s. 181.

62 Por. A. Stopińska – Pająk, „Szkoła starości” - być, aby się uczyć, „Chowanna” 2009, nr 2 (33), s. 21.

63 N. Piкуła, *Poczucie koherencji jako czynnik zdrowia psychicznego seniorów*, [w:] N. Piкуła (red.), *Starość może być atrakcyjna*, dz.cyt., s. 101.

64 Tamże.

całozyciowej, społeczne aktywizowanie ludzi starszych, wykorzystanie ich wiedzy, doświadczenia, są podstawą zmiany negatywnego obrazu starości.

Zauważył to już Aleksander Kamiński, podkreślając, że „wychowanie do starości polega właśnie na pomaganiu ludziom w nabywaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i przyzwyczajień, które – gdy nadejdzie czas emerytury – dopomaga w realizowaniu trybu życia sprzyjającego wydłużaniu młodości i dającej satysfakcję aktywności”⁶⁵.

Pozytywny obraz starości stworzymy wówczas, jeśli zmieni się podejście społeczeństwa do osób starszych i jeśli zaczniemy dostrzegać potrzeby osób starszych. H. Hrapkiewicz słusznie dostrzega wpływ zaspokajania potrzeb osób starszych na ich aktywność.

Odwołując się do klasyfikacji potrzeb osób starszych według C. Tibittsa wyróżnia:

- potrzebę wykonywania społecznie użytecznych działań,
- potrzebę uznania za część społeczeństwa, społeczności i grupy i odgrywania w nich określonej roli,
- potrzebę wypełniania większej ilości czasu w satysfakcjonujący sposób,
- potrzebę utrzymywania normalnych stosunków towarzyskich,
- potrzebę uznania jako jednostki ludzkiej,
- potrzebę stwarzania okazji i sposobności dla autoekspresji oraz poczucia dokonań,
- potrzebę odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej,
- potrzebę ochrony zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej,
- potrzebę odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymywania stosunków z rodziną,
- potrzebę duchowej satysfakcji⁶⁶.

Potrzeby te niewiele się różnią od potrzeb człowieka w każdym, poprzedzającym starość, okresie jego życia. Tworząc obraz starości i osób starszych warto podkreślać fakt, że wraz ze starzeniem się nasze potrzeby „bycia społecznie aktywnym” nie zmieniają się. Jedyne co się zmienia to „wymiar” ich znaczenia, co nie oznacza, że ludzie starsi chcą być mniej aktywni. Na ludzi starszych należy spojrzeć jak na osoby, które mają duże doświadczenie nie tylko zawodowe, ale i życiowe, odpowiedni potencjał intelektualny, duży zasób czasu i możliwości jego odpowiedniego zagospodarowania.

65 A. Kamiński, *Studia i szkice pedagogiczne*, Warszawa: PWN, 1978, s. 359.

66 H. Hrapkiewicz, *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako jedna z form kształcenia osób starszych*, „Chowanna” 2009, nr 2 (33), s. 118-119.

Edukacja do całościowej aktywności

Człowiek, który odchodzi na emeryturę z dniem odejścia z pracy nie traci swoich kompetencji, nie porzuca swoich pasji. Nadal jest pełnowartościowym obywatelem, który ma swoje potrzeby oraz – dzięki temu, że osiągnął określony etap w rozwoju - czas na aktywne spędzanie swojego życia. Zofia Szarota uważa, że jedynie „życie wypełnione aktywnością jest dobrym życiem”⁶⁷. W przypadku osób starych, których aktywność spada z wielu powodów, jedną z możliwości ich aktywizowania jest edukacja. Zdaniem P. Kocimskiej to „brak odpowiedniej edukacji powoduje, że na nieuniknioną starość patrzy się z lękiem (...). O starości mówi się jako o zniedołężnieniu, schorowaniu, potrzebie korzystania z pomocy innych. Takie nastawienie, nie mające uzasadnienia w dotychczasowej wiedzy na temat specyfiki procesu starzenia się, niekorzystnie wpływa zarówno na kształtowanie społecznych postaw wobec starości, jak i na samopoczucie tych, którzy przekroczyli próg wieku emerytalnego”⁶⁸.

Według Jacquesa Delorsa „konceptja edukacji przez całe życie jawi się jako klucz do bram XXI wieku. Wykracza poza tradycyjny podział na edukację wstępną i edukację ustawiczną. Jest odpowiedzią na wyzwania szybko zmieniającego się świata”⁶⁹. Dlatego też by sprostać tym wyzwaniom „oświata polska zmienia się. Nowe są programy, nowa jest sieć szkolna, a w niej nowe szkoły, nowe instytucje oświatowe i «okołoświatowe»”⁷⁰.

Można powiedzieć, że edukacja do aktywności całościowej oraz całościowa edukacja jest polem działań dla i na rzecz starości w odniesieniu do zaspokojenia potrzeb osób starych, takich jak „potrzeby bezpieczeństwa, przynależności, użyteczności, uznania i utrzymania dotychczasowej pozycji, niezależności. Niezmiernie ważna dla dobrej adaptacji do starości jest potrzeba satysfakcji życiowej, zachowanie „poczucia ciągłości i identyczności”, bez względu na zmiany fizjologiczne, społeczne i psychiczne”⁷¹.

W odpowiedzi na potrzeby Europy i jej starzejącego się społeczeństwa, rok 2012 ogłoszono Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Dzięki tej inicjatywie podjęte zostały działania, które miały na celu „zwrócenie uwagi opinii publicznej na wkład, jaki do społeczeństwa wnoszą osoby starsze a także do podejmowania

67 Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wyd. Naukowe AP, 2004, s. 43.

68 P. Kocimska, *Starość wyzwaniem dla współczesności*. „Niebieska Linia” 2003, nr 5, s.1.

69 J. Delors (red.), *Edukacja, jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji do Spraw Edukacji dla XXI w.*, 1998 s. 17.

70 J. Łukasik, *Od nauczyciela adaptacyjnego do autonomicznego. Kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli a efektywność pracy*. [w:] „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 2006, nr 1, s. 69.

71 Z. Szarota, *Gerontologia społeczna...*, dz.cyt., s. 45.

konkretnych działań z myślą o tworzeniu warunków sprzyjających aktywności osób starszych i wzmocnieniu solidarności międzypokoleniowej.

Na aktywne starzenie składa się wiele elementów: starzenie się w dobrym zdrowiu, aktywny udział w życiu społecznym, spełnienie w życiu zawodowym, więcej niezależności w życiu codziennym⁷².

Osoby starsze bez względu na swój wiek odgrywają ważną rolę w społeczeństwie, zatem zgodnie z podjętą inicjatywą należy „znaleźć sposób na to, by jak najlepiej wykorzystać ich potencjał. W 2012 r. Unia Europejska wspierała aktywność osób starszych poprzez działania w trzech dziedzinach: zatrudnienie poprzez zapewnienie osobom starszym więcej możliwości na rynku pracy, udział w życiu społecznym – np. poprzez opiekowanie się innymi (z reguły rodzicami, małżonkami lub wnukami) czy pracę w charakterze wolontariuszy, samodzielne życie poprzez usprawnianie funkcjonowania osób starszych, tak by mogły one pozostać niezależne tak długo, jak to możliwe⁷³”.

W Polsce, w odpowiedzi na wypracowane dzięki europejskiej inicjatywie kategorie w kontekście aktywizowania osób starszych, opracowano Rządowy Program na Rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2013 – 2013. Głównym celem tego programu „jest tworzenie warunków do rozwoju aktywności społecznej osób starszych, które w związku z wyżem demograficznym lat 50. wchodzi lub w najbliższej przyszłości będą wchodzić w wiek 60+, a kończąc aktywność zawodową pozostają nadal w dobrej kondycji psychofizycznej, mają potencjał, kwalifikacje, życiowe doświadczenie i czas wolny, który można i należy zagospodarować dzięki tworzeniu odpowiedniej oferty aktywności społecznej⁷⁴”. Aktywizowanie tej grupy odbiorców programu opiera się na koncepcji aktywnego starzenia się. Zgodnie z nią zakłada się umożliwienie jednostce bycia jak najdłużej społecznie produktywną. „Społeczna produktywność definiowana jest jako każda aktywność, która wytwarza dobra i usługi, niezależnie, czy opłacana, czy nie, włączając taką aktywność jak praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjaciołom⁷⁵”.

Działalność społeczna osób starszych może przyjmować różne formy. Wymienić wśród nich można zaangażowanie w ramach organizacji pożytku publicznego, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, rad seniora, klubów seniora, wspólnot lokalnych (w tym działających przy kościołach

72 europa.eu/ey2012 (data dostępu 13.06.2013 r.)

73 Tamże.

74 *Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Raport Ewaluacyjny*, MPiPS. Warszawa 2013 s. 8.

75 P. Szukalski, *Aktywność zawodowa*, [w:] P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.

i związkach wyznaniowych), organizacji branżowych, działań samopomocowych, różnorodnych towarzystw społeczno-kulturalnych czy kół gospodyń wiejskich. W Polsce osoby powyżej 50 roku życia należą do grupy wieku, która jest najmniej aktywna na polu społecznym. Także w porównaniu z osobami w podobnym wieku zamieszkującymi inne kraje europejskie ich aktywność społeczna jest niewielka. Ze względu na rosnącą liczbę osób w wieku 50+ w kolejnych latach w tej grupie można upatrywać zwiększania się potencjalnych zasobów aktywności społecznej.

Dla uporządkowania prezentowanych zagadnień w obszarze edukacji do aktywności i aktywizowania w procesie całościowego rozwoju przedstawię działania na ich rzecz podejmowane w Polsce.

Edukacja osób starszych.

Placówkami, które aktywizują osoby starsze są Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Są to instytucje, których formuła działalności edukacyjnej przyczynia się do zaspokajania takich potrzeb seniorów, jak: samokształcenie, poznawanie środowiska, poszerzanie wiedzy i umiejętności, wykonywanie społecznie użytecznych działań, wypełnienie wolnego czasu, utrzymywanie więzi towarzyskich, stymulacja psychiczna i fizyczna, a czasem nawet możliwość realizacji młodzieńczych marzeń⁷⁶.

Główne cele działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku to:

- „upowszechnianie inicjatyw edukacyjnych,
- aktywizacja intelektualna, psychiczna, społeczna i fizyczna osób starszych,
- poszerzanie wiedzy i umiejętności seniorów,
- ułatwianie kontaktów z instytucjami takimi jak służba zdrowia, ośrodki kultury, ośrodkami rehabilitacyjnymi i innymi,
- angażowanie słuchaczy w aktywność na rzecz otaczającego ich środowiska,
- podtrzymywanie więzi społecznych i komunikacji międzyludzkiej wśród seniorów⁷⁷”.

Innymi celami UTW są: rozwój intelektualny, społeczny, aktywność fizyczna osób starszych, wspieranie poszerzania wiedzy i umiejętności seniorów, ułatwianie kontaktów z instytucjami, takimi jak: służba zdrowia, ośrodki kultury, ośrodki rehabilitacyjne, angażowanie słuchaczy w aktywność sportową i turystyczną oraz w aktywność na rzecz otaczającego ich środowiska. Ponadto pełnią istotną rolę na rzecz podtrzymywania więzi społecznych i komunikacji

76 *Rządowy Program na Rzecz Aktywności Społecznej i Osób Starszych na lata 2012-2013*, Załącznik do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r., Warszawa 2012, s.13.

77 www.utw.pl (data dostępu 11.06.2013 r.)

międzyludzkiej wśród seniorów. UTW, podobnie jak wolontariat, wspomagają budowanie kapitału społecznego. Kontakt z innymi osobami oraz budowanie relacji ma pozytywny wpływ na poczucie bycia potrzebnym, kondycję zdrowotną itp. Dlatego tak ważne jest włączenie osób starszych do społeczeństwa, m.in. poprzez zaangażowanie społeczności lokalnych⁷⁸. W Polsce pod koniec 2012 r. funkcjonowało 425 UTW. Obecnie UTW zrzeszają ponad 100 tys. słuchaczy w całej Polsce⁷⁹. „Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce funkcjonują obecnie w obrębie trzech form organizacyjno-prawnych. 20% z nich działa w strukturach organizacyjnych uczelni wyższych. Podobny udział mają UTW działające w ramach jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego, np. w bibliotekach, szkołach, domach kultury. Natomiast zdecydowana większość placówek to jednostki samodzielne, stowarzyszenia i fundacje lub wydzielona część ich struktur organizacyjnych⁸⁰”.

Uniwersytety Trzeciego Wieku są obszarem bardzo różnorodnej aktywności osób starszych. Spełniają one wiele ról takich, jak: rozwój intelektualny, pogłębianie wiedzy, doskonalenie nowych umiejętności praktycznych. Udział seniorów w zajęciach UTW przyczynia się również do nawiązywanie nowych kontaktów, wymianę myśli i doświadczeń, realizację pasji, rozwój zainteresowań, wypełnianie czasu wolnego. W ramach zajęć UTW organizują nie tylko wykłady, seminaria z różnych dziedzin nauki np.: psychologii, filozofii, ekonomii, socjologii, literatury, historii, historii sztuki. Organizują także zajęcia z języków obcych, doskonalenia pamięci, warsztaty komputerowe, artystyczne, zajęcia sportowe i rekreacyjne. UTW są także przestrzenią dla rozwoju wolontariatu i działań samopomocowych, działają na rzecz pomocy przede wszystkim swoich członków. Inspirują również współpracę wewnątrz - i międzypokoleniową⁸¹.

Kultura. W ramach działań przyczyniających się do integracji społecznej seniorów, podjęto również działania promujące aktywizowanie osób starszych poprzez działania kulturalne. Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego podjęło kilka działań na rzecz seniorów do których można zaliczyć m.in. ogólnopolską akcję „60+ kultura. Pierwszy weekend jesieni weekendem seniora z kulturą”. W ramach tej akcji seniorzy 60+ mieli możliwość bezpłatnie lub za symboliczną opłatą skorzystać z oferty instytucji kulturalnych w całym kraju. Do akcji „60+ kultura ” przyłączyło się 100 instytucji kulturalnych na terenie całego kraju (m.in. Muzeum Narodowe w Krakowie, Muzeum Architektury we Wrocławiu, Muzeum Sztuki w Łodzi, Teatr Powszechny w Warszawie, Filharmonia Pomorska w Bydgoszczy) oraz sieć

78 *Rządowy Program na Rzecz Aktywności Społecznej i Osób Starszych na lata 2012-2013*, dz.cyt., s.13.

79 *Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Raport Ewaluacyjny*, MPiPS. Warszawa 2013 s.33

80 Tamże.

81 Tamże, s. 34.

Multikino. Celem akcji było wzmożenie aktywności polskich seniorów, szczególnie tej kulturalnej oraz niwelowanie trzech najważniejszych barier, z którymi spotykają się starsi ludzie: finansowej, kompetencyjnej i społecznej.⁸²

Kolejnym działaniem to „Darmowy listopad w narodowych instytucjach kultury dla seniorów i uczniów”. Do akcji włączyły się Zamek Królewski w Warszawie, Zamek Królewski na Wawelu, Muzeum Łazienki Królewskie i Muzeum Pałac w Wilanowie. W ramach tego działania zwiedzanie tych miejsc było bezpłatne. Akcji przyświecały 3 główne cele: edukacja kulturalna, zwiększenie dostępności do narodowych instytucji kultury oraz wzrost uczestnictwa w kulturze.

W Krakowie Capella Cracoviensis organizuje w każdą środę koncerty dla juniorów i seniorów. Bilet na koncert kosztuje 5 zł. Teatr Łąźnia Nowa z Krakowa stworzył spektakle *Fakir* czyli optymizm, z udziałem aktorów seniorów oraz *Miłość 60+*, które jest efektem projektu w ramach, którego przeprowadzono dwumiesięczne warsztaty dla osób w wieku 27 – 77 lat. Krzysztof Materna wspólnie z warszawskim Och Teatr stworzyli spektakl *Czas nas uczy pogody*, czyli przedstawienie o młodości w starości. Ministerstwo Spraw Zagranicznych zorganizowało Festiwal Filmoteki Europejskiej *Fe Fest*, podczas którego zaprezentowane zostały wybrane produkcje filmowe polskich, europejskich i światowych twórców nawiązujące tematycznie do Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Starannie dobrany repertuar filmowy miał na celu zwrócenie uwagi, że bez względu na wiek osoby starsze mogą odgrywać ważną rolę w społeczeństwie i dłużej cieszyć się aktywnym życiem. Do działań aktywizujących kulturalnie seniorów zaliczyć należy działania Instytutu Książki, który promuje zakładanie Dyskusyjnych Klubów Książki, czyli miejsc dla ludzi, którzy lubią czytać i lubią o tym rozmawiać. Znaczną grupę członków DKK stanowią osoby w wieku 50+.

Do kolejnych działań należy zaliczyć działania Instytutu Muzyki i Tańca adresowane do osób w wieku 50+. Warsztaty taneczne dla seniorów organizowane we współpracy z Zachętą Narodową Galerią Sztuki. Warsztaty odbywały się raz w tygodniu regularnie przez pół roku, od stycznia do czerwca 2012, każde zajęcia trwały około 3 godzin. Brała w nich udział stała grupa około 25 osób, przedział wiekowy: 60-77 lat. Każde spotkanie składało się z dwóch części: teoretycznej i praktycznej. W wybranych zajęciach wzięli udział choreografowie i muzycy. Fundacja Culture Shock w Warszawie zorganizowała warsztaty „Rzeczoznawcy”, których celem jest zainteresowanie osób 55+ designem, sztuką, wzornictwem, co w praktyce

82 *Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012*, dz.cyt. s. 13 oraz www.mkidn.gov.pl.

oznaczało zaprojektowanie przedmiotu codziennego użytku i wykonanie jego modelu przy użyciu nowoczesnych technologii, np. drukarki 3D, z uwzględnieniem najnowszych trendów w designie⁸³. Instytut Adama Mickiewicza uruchomił serwis internetowy poświęcony kulturze z myślą o użytkownikach 50+ (www.kulturaviva.pl). W witrynie tej seniorzy mogą odnaleźć informacje dla osób starszych, dostosowana technicznie na potrzeby osób niedowidzących oraz początkujących Internautów. „Celem portalu Kultura Viva jest: zainteresowanie odbiorców kulturą (najnowsze trendy, informacje o wybranych wydarzeniach, warsztatach, itp.), aktywizacja i oswojenie z Internetem, jako narzędziem pozwalającym aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i kulturalnym. Serwis posiada trzy moduły: informacyjny, edukacyjny oraz publicystyczny.”⁸⁴

Cyfrowy senior Ważnym elementem w reintegracji społecznej seniorów jest wzmacnianie kompetencji cyfrowych i zmniejszanie poziomu e-wykluczenia. Obszarem działań jest uczenie umiejętności korzystania z oprogramowania użytkowego, Internetu, poczty elektronicznej. Jak podaje Z. Szarota w Polsce z komputerów korzysta zaledwie 10 % emerytów⁸⁵. Jedną z barier korzystania z technologii cyfrowych dla osób starszych mogą stanowić koszty dostępu do tych usług (w stosunku do wysokości świadczeń emerytalnych i rentowych)⁸⁶. Z. Szarota napisała, że „na rynku usług edukacyjnych pojawiają się coraz częściej oferty takie jak Akademia Trzeciego Wieku oferująca kursy obsługi i użytkowania komputerów. Program kursów obejmuje podstawy obsługi komputera w systemie Windows, komputerową edycję tekstów, środowisko Internetu i pocztę elektroniczną.”⁸⁷ Umiejętność korzystania z komputera i dostęp do Internetu umożliwia seniorom dostęp do informacji, możliwość dokonywania opłat przez Internet, korzystanie z platformy ePUAP umożliwiającej załatwienie części spraw za pomocą komputera, rozmów przez komunikatory internetowe itp. Istnieje też wiele ciekawych stron dla seniorów, na których można znaleźć artykuły dotyczące mody, zdrowego stylu życia, sportu, wydarzeń kulturalnych itp. Wymieni tu można: www.intersenior.pl, kobiety.lodz.pl, www.modnaseniorka.pl czy też www.senior.fit.pl, superstarsi.pl. Na sieci istnieją również wirtualne Kluby seniora (www.klub.senior.pl, seniorzy.pl).

83 http://www.mkidn.gov.pl/media/docs/2012/panel_Kultura_seniorow.pdf (data dostępu 15.06. 2013 r.).

84 *Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012*, dz.cyt.

85 Z. Szarota, *Seniorzy w przestrzeni kulturalno – edukacyjnej społeczeństwa wiedzy*, „Chowanna” 2009, nr 2(33), s. 85.

86 *Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012*, dz.cyt., s.14.

87 Z. Szarota, *Seniorzy w przestrzeni kulturalno – edukacyjnej społeczeństwa wiedzy*, dz.cyt., s. 86.

W ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji realizuje projekt Polska Cyfrowa Równych Szans (PCRS), który ma na celu wspieranie działań na rzecz podnoszenia kompetencji cyfrowych dorosłych Polaków z pokolenia 50+ w ich lokalnych środowiskach, realizowana przez Stowarzyszenie „Miasta w Internecie” i Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji. Dzięki tej inicjatywie są wspierane działania mające na celu wykształcenie umiejętności korzystania Internetu, sprzętu komputerowego, telefonów komórkowych i różnych urządzeń teleinformatycznych. Działania te mają również na celu rozwój społeczeństwa lokalnego i przyczynić się do zneutralizowania różnic międzypokoleniowych⁸⁸.

Integracja wewnątrz- i międzypokoleniowa. Kolejnym sposobem aktywizowania społecznego osób starszych jest tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych. Przykładem działań było zorganizowane przez MSZ we wszystkich regionach Polski 20 spotkań z europejską bajką w ramach projektu Bajkowa Europa łączy pokolenia. „W każdym spotkaniu uczestniczyło średnio 25-30 dzieci w wieku 5-8 lat, senior wolontariusz, animator zabaw dziecięcych, rodzice, przedstawiciele władz lokalnych oraz media. Łącznie we wszystkich spotkaniach uczestniczyło 505 dzieci. Spotkania organizowane były na terenie: szkół podstawowych i przedszkoli. W ramach projektu senior wolontariusz czytał dzieciom bajki z państw europejskich, a następnie animator zabaw dla dzieci przeprowadzał gry i zabawy przy pomocy materiałów edukacyjnych i promocyjnych: kolorowanie, nauka europejskich tańców, rozwiązywanie rebusów i zagadek.

Projekt spotkał się z dużym zainteresowaniem uczestników. Seniorzy- wolontariusze czytający bajki dzieciom określili projekt jako przydatny, pozwalający seniorom na pożyteczne zagospodarowanie wolnego czasu. Materiały pomocnicze i edukacyjne ułatwiły przekazanie dzieciom podstawowych wiadomości o Unii Europejskiej i państwach członkowskich. Zaproszeni goście (rodzice, opiekunowie, władze i instytucje lokalne) podkreślali potrzebę kontynuacji projektu, realizującego ideę solidarności międzypokoleniowej i odpowiadającego na potrzeby społeczne zarówno osób starszych, jak i najmłodszego pokolenia.⁸⁹”

88 <https://latarnicy.pl/o-idei/> (data dostępu 11.06.2013 r.).

89 Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Raport Ewaluacyjny, MPiPS. Warszawa 2013 s.16

Organizacja ESPAR 50+ organizuje też Senioriadę – ogólnopolski międzypokoleniowy piknik rekreacyjny. Wydarzenie to ma na celu promowanie aktywności fizycznej oraz integrację różnych pokoleń poprzez zajęcia rekreacyjne. Kolejną ciekawą inicjatywą zorganizowaną w ramach Europejskiego Roku Aktywności osób starszych były zawody sportowe Warmia-Mazury⁹⁰.

Podsumowanie

W artykule przedstawiono tylko kilka wybranych inicjatyw związanych z aktywizowaniem społecznym seniorów. Analiza działań na rzecz osób starszych pokazuje, że stajemy się społeczeństwem coraz bardziej otwartym na zmiany w sposobie myślenia o starości. Podejmowane działania mają pomóc osobom starzejącym się w odnalezieniu się na kolejnym etapie swojego życia. Podejmowane inicjatywy pomagają seniorom rozwijać swoje zainteresowania, ale także wspierają nabywanie nowych kompetencji, jak np. umiejętność korzystania z nowoczesnych technologii. Każde działania na rzecz osób starszych są bardzo ważne i pokazują, że pokolenie trzeciego wieku może być przyszłością. Wystarczy tylko umiejętnie korzystać z wiedzy i doświadczenia osób starszych i wspierać ich rozwój w nowych obszarach ich zainteresowań.

Bibliografia

- Delors J. (red.), *Edukacja – jest w niej ukryty skarb: raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji do Spraw Edukacji dla XXI w.*, Stowarzyszenie Oświatowców Polskich Warszawa 1998. ISBN 83-88008-00-5.
- Grudziński A, Spyrka – Chlipała R., *Młodość w służbie starości. Znaczenie praktyk studenckich w funkcjonowaniu wybranych Domów Pomocy Społecznej w Krakowie*, [w:]
- N. Piкуła (red.), *Starość może być atrakcyjna*, Kraków: Wydawnictwo „Scriptum”, 2012. ISBN 978-83-60163-92-4. (s. 56 – 80)
- Hrapkiewicz H., *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako jedna z form kształcenia osób starszych*, „Chowanna” 2009, nr 2(33). ISSN 0137-706X. (s. 115 – 126)
- Kamiński A., *Studia i szkice pedagogiczne*, Warszawa: PWN, 1978 (ISBN brak).
- Kocimska P., *Starość wyzwaniem dla współczesności*, „Niebieska Linia” 2003, nr 5. ISSN 1507-2916. (s. 6 – 7)

90 Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Raport Ewaluacyjny, MPiPS. Warszawa 2013, s.22

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Łukasik J., *Codzienne doświadczenia nauczycieli w pracy z młodzieżą*, [w:] M. Pisinova, P. Tomanek, Z. Brunclikova (red.), *Kryza pedagogiki?* Bratislava: Univerzita Komenskeho v Bratislave, 2013. ISBN 978-80-223-3331-3. (s. 256-262).

Łukasik J., *O nauczycielskim postrzeganiu prestiżu zawodu nauczyciela*. [w:] R. Kwiecińska, M. Szymański, *Nauczyciel wobec zróżnicowań społecznych*, Kraków: Wyd. Naukowe UP 2010, ISBN 978-83-7271-595-1. (s.132-142).

Łukasik J., *Od nauczyciela adaptacyjnego do autonomicznego. Kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli a efektywność pracy*. „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 2006, nr 1, s. 69. ISSN 0239-6858. (s. 69 – 79).

Matejek J., *Działania na rzecz rodziny w zadaniach Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie*, [w:] *Rodzina w środowisku lokalnym. Pomoc – wsparcie – opieka*. Rzeszów 2011, ISBN 978-83-920214-1-X (s.304-312)

Pikuła N., *Poczucie koherencji jako czynnik zdrowia psychicznego seniorów*, [w:] N. Pikuła (red.), *Starość może być atrakcyjna*, Kraków: Wydawnictwo „Scriptum”. ISBN 978-83-60163-92-4. (s. 95 – 105)

Pikuła N., *Sytuacja ludzi starszych we współczesnym społeczeństwie*, „Studia Socialia Cracoviensia” 2010, nr 1. ISSN 2080-6604 (s. 173 – 184)

Stopińska – Pająk A., *„Szkoła starości” - być, aby się uczyć*, „Chowanna” 2009, nr 2 (33). ISSN 0137-706X (s. 11 – 23)

Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wyd. Naukowe AP 2004, ISBN 83-7271-301-4.

Szarota Z., *Seniorzy w przestrzeni kulturalno – edukacyjnej społeczeństwa wiedzy*, „Chowanna” 2009, nr 2(33). ISSN 0137-706X. (s.77 – 96)

Szatur – Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: ASPRA 2000, ISBN83-88766-00-7

Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa 2003, ISBN 83-88164-66-X

Szukalski P., *Aktywność zawodowa* [w:] P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, ISBN 978-83-62138-81-4 (s. 407 – 417)

Raporty: *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*”, Kancelaria Premiera Rady Ministrów 2009.

Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce. Raport ewaluacyjny, MPiPS, Warszawa 2013.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013,
Warszawa 2012

Źródła Internetowe: europa.eu/ey2012

http://www.mkidn.gov.pl/media/docs/2012/panel_Kultura_seniorow.pdf

<https://latarnicy.pl/o-idei/>

Kontakt

Katarzyna Jagielska, PhD.

Uniwersytet Pedagogiczny

Krakow, PL

e-mail: katarzyna.jagielska@com-4t.pl

Recenzia

dr n. med Ewa Kucharska

BUDOVANIE INTERDISCIPLINÁRNEHO TÍMU V HLAVNÝCH (ODBORNÝCH) PROCESOCH POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V ZSS

(Opatrovateľský proces má dôležité miesto v starostlivosti o klienta)

Mária Koval'ová

Abstrakt

Príspevok je zameraný na tímovú prácu v rámci riadenia hlavných procesov v pobytových zariadeniach sociálnych služieb. Predstavuje význam opatrovateľského procesu v zariadeniach sociálnych služieb a upozorňuje na rolu pracovníkov interdisciplinárnych tímov, vzájomné prepojenia a spoluprácu na rozhraniach procesov, ktoré sa priamo dotýkajú prvokontaktnej starostlivosti o klienta s individuálnym prístupom.

Kľúčové slová: interdisciplinárny tím, kvalita, potreby klientov, procesné riadenie.

Úvod

V súčasnosti nefunguje funkcia interdisciplinárnych tímov. Interdisciplinárny tím funguje vtedy, keď personál z rozdielnych povolání zhromaždí svoje poznatky a spoločne vytvára plány starostlivosti a spoločne ich aj hodnotí. Tu je potrebný kvalitný dokumentačný systém, vzájomná informovanosť a vedomosti o používanej terminológii. Práca v interdisciplinárnom tíme si vyžaduje odbornú zdatnosť, pripravenosť zdieľať svoje vedomosti s druhými a učiť sa od druhých.

Kvalita bude v interdisciplinárnom tíme vzrastať kontinuálne, keď sa všetci účastníci tímu budú snažiť zvyšovať kvalitu svojej práce, ale aj kvalitu spoločných výkonov a výsledkov. Zabezpečovanie kvality výsledkov v sociálnej práci si však vyžaduje neustály rozvoj v poznatkoch. V procesnom riadení riadia tímy kvality procesní manažéri. Procesný manažér zohráva kľúčovú rolu v organizácii s procesným prístupom k riadeniu, pretože zodpovedá za efektívne riadenie premien vstupov na praktické výstupy. Dosiahnutie je možné, pokiaľ sa manažér s nimi stotožní a dokáže zapojiť ostatných vlastníkov procesov, členov tímu kvality a špecialistov do ich realizácie. Práve tím kvality sa skladá z vlastníkov procesov a odborných garantov, ktorí rozvíjajú stabilné pracovné prostredie a pracuje tak flexibilne, aby využívali nástroje riadenia rizík, ako aj riadenia zmien. Tu môžeme hovoriť o tzv. dynamickej stabilite pracovného prostredia. Procesní manažéri spolupracujú s vlastníkmi procesov a priamo

zodpovedajú manažérovi kvality. V malých zariadeniach sociálnych služieb odporúčame vyškoliť aspoň jedného procesného manažéra. Zariadenie sociálnych služieb si môže na základe personálnej vybavenosti zostaviť tím kvality rôznymi variáciami. Za dôležitú považujeme analýzu pracovných miest. Analýza pracovného miesta poskytuje obraz práce na pracovnom mieste a tým vytvára i predstavu o pracovníkovi, ktorý by mal na pracovnom mieste pracovať. Pri analýze pracovných miest ide o proces zisťovania, zaznamenávania, uchovávanía a analyzovania informácií o úlohách, metódach, zodpovednostiach, väzbách na iné pracovné miesta, podmienkach, za ktorých sa práca vykonáva a o ďalších súvislostiach pracovných miest (Koubek In Kocianová, 2010).

Ak by sme si urobili analýzu pracovného miesta opatrovateľa/ky a ošetrovateľa/ky v jednotlivých zariadeniach sociálnych služieb napríklad prostredníctvom karty pracovného miesta, vytvorili by sme si presný, prehľadný popis jednotlivých činností, ako aj ich vzájomnej interakcie pri niektorých spoločných úkonoch. V procesnom riadení organizácie musí byť každá činnosť súčasťou nejakého procesu. Ak sa teda zavedie procesné riadenie, dokážeme popísať a sprehľadniť jednotlivé kompetencie odborného personálu. K dnešnému dňu sme v zariadeniach sociálnych služieb svedkami nespokojnosti sestier, ktoré sa snažia udržať si svoje bývalé výsostné postavenie vo vedúcej pozícii, čím nastáva často „nepekny“ súboj rivality o miesto tých, ktorí šéfuju a tých, ktorí pracujú. Táto rivalita nie je vôbec podstatná, pretože pozícia odborného personálu v zariadeniach sociálnych službách je a musí byť na rovnakej úrovni. Niet nadradenej pracovnej odbornej role, ak sa samozrejme nejedná o riadiacu úroveň.

Naopak v sociálnej práci je dôležitá už vyššie spomínaná interdisciplinárna spolupráca, ktorá vychádza aj z **rozhraní procesov**. Za hranicu procesu považujeme miesto, kde do prvej alebo inej činnosti daného procesu vchádza vstup od klienta, dodávateľa alebo z iného interného procesu organizácie. Alebo ide o miesto, kde z poslednej činnosti procesu alebo inej činnosti procesu vychádza výstup do ďalšieho procesu alebo pre klienta. (Závadsky In Mateides, 2006). V zariadeniach sociálnych služieb je dôležité definovať hranice predovšetkým v hlavných procesoch, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú a pôsobia na zmenu zdravotného, ako aj sociálneho stavu klienta. Ide predovšetkým o pôsobenie ošetrovateľského procesu na opatrovateľský proces a opačne. A tu vidíme najslabší článok reťazca v procesnom riadení a v práci multidisciplinárneho, či interdisciplinárneho tímu.

Pýtame sa: Ako prebieha spolupráca odborných pracovníkov jednotlivých procesov. Napríklad ako popíšeme spoluprácu ošetrovateľského a opatrovateľského personálu? Na základe akých metodických postupov a pokynov prebieha odborné posúdenie zdravotného

a sociálneho stavu klienta a ako prebieha spolupráca pri tvorbe individuálnych rozvojových plánov klienta? Ako, kde a kým sú zaznamenávané a riadené získané informácie o klientovi? Ako prebieha vzájomná komunikácia a príprava riešenia mimoriadnych situácií pri zmene zdravotného a sociálneho stavu klienta?

Vlastník procesu musí byť vyškolený v procesnom riadení, pretože je pomerne náročný a vyžaduje sa od neho práca s manažérskymi nástrojmi. Hlavné procesy vytvárajú hodnotu v podobe produktu alebo služby pre klienta a sú tvorené reťazcom pridanej hodnoty, ktorý predstavuje hlavnú (kľúčovú) oblasť existencie organizácie. **Hlavné procesy teda priamo zabezpečujú plnenie poslania, tzn. naplňajú dôvod existencie organizácie** (Grasseová, 2010). Hlavné procesy majú najväčšiu pridanú hodnotu pre klienta, pretože riešia jeho problémy a naplňajú jeho potreby a požiadavky.

Čo sú potreby/problémy? Problémy sú úlohy, ktoré je potrebné riešiť vo vzťahu ku obmedzeniam, ku kvalite života alebo ku prejavom spokojnosti zo života u klienta. Opatrovateľské problémy/potreby sú tie, ktoré klient nemôže kompenzovať prostredníctvom vlastných zdrojov.

Ako rozpoznať, určiť potreby (problémy) klienta? Ak opatrovateľský personál nerozpozna potreby/problémy klienta, môžu tieto problémy zapríčiniť ďalšie zdravotné a sociálne komplikácie, závislosť a stratu identity.

Existuje 5 rozličných druhov potrieb:

1. **Aktuálne:** Klient spontánne určuje svoje potreby/problémy, ako napríklad: ranu, smäd, bolesť... .
2. **Potenciálne (očakávané):** Tieto potreby nie sú akútne, ale môžu nastúpiť ako následok aktuálnych problémov. (Obezita u klienta spojená s imobilitou klienta môže spôsobiť dekubity, nedostatočný pitný režim môže spôsobiť zmätenosť klienta....).
3. **Ukryté:** Ide o druh problémov, ktoré nie sú klientmi vyslovené, napríklad inkontinencia. Dajú sa predpokladať vďaka odbornej spôsobilosti personálu zo vzájomnej súvislosti zmien v správaní klienta.
4. **Individuálne:** sú relevantné len na základe charakteru osobnosti napríklad: problémy v oblasti medziľudských vzťahov, integrácie v spoločnosti, v záujmoch.
5. **Generálne:** typické potreby/problémy napríklad pri určitých ochoreniach (tras u klientov s Parkinsonovým ochorením)

Metóda opatrovateľského procesu je systematizáciou odborných činností opatrovateľa na podporu každodenných /celodenných/ 24 hodinových aktivít človeka. Ide o optimálne zapojovanie osoby do spoločnosti, limitovanie stŕpnutosti, sociálnej izolovanosti. (Krišková, 2007)

Individuálna opatrovateľská starostlivosť je založená na holistickom (komplexnom) prístupe opatrovateľov ku klientovi, ktorého chápeme ako biopsychosociálnu a duchovnú jednotu. Holizmus predpokladá systematické uspokojovanie všetkých potrieb klienta, ktoré si funkčne sebestačný človek stačí zabezpečiť sám.

Vytvorenie individuálneho, empatického prístupu ku každému klientovi, umenie nadviazať produktívny vzťah s klientom a samotná opatrovateľská starostlivosť predstavuje pre opatrovateľa/ku nesmiernu záťaž v oblasti psychickej, fyzickej aj sociálnej (Mlýnková, 2010). Preto je potrebné, aby svoje „remeslo“ svoje činnosti, vedel odborný personál odborne správne, ale aj zručne vykonávať. K dnešnému dňu nemáme jednotný opatrovateľský proces s odbornými štandardami, postupmi a technikami. A nielen to, ani vzdelávací proces odborného personálu opatrovateliek nie je jednotný. Opatrovateľský proces môže vykonávať vyškolený personál, ktorý má ukončený minimálne 220 hodinový opatrovateľský kurz. Odporúčame, aby sa počet hodín a to nielen v teórii, ale aj v praktickej činnosti (praxi) zvýšil tak ako je to vo vyspelých krajinách, kde sa pohybuje vzdelávací proces v počte 2000 hodín v rámci celoživotného vzdelávacieho procesu. Dnes máme dôkazy o tom, že opatrovateľský personál nemá dostatok vedomostí, zručností a kompetencií k tomu, aby sám riadil a realizoval odborný proces. Účelom opatrovateľského procesu je zabezpečiť kvalitné opatrovanie podľa moderných odborných konceptov a postupov a zlepšiť tak kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb v domácom prostredí, alebo v zariadení sociálnych služieb. Proces opatrovania je kľúčovým procesom v zariadeniach sociálnych služieb, ale zároveň si vyžaduje úzke prepojenie na ďalšie procesy, ako je ošetrovateľský proces, proces bývania, proces stravovania, alebo proces základného sociálneho poradenstva. Práve v tejto situácii potrebujeme úzke prepojenie odborných vedomostí sestier (ošetrovateliek), ktoré budú odborne správne viesť ošetrovateľský proces v súčinnosti s opatrovateľskými činnosťami. Rola sestry je teda dnes v zariadeniach sociálnych služieb veľmi jasná. Sestra participuje svojimi vedomosťami pri príprave individuálnych rozvojových plánov klienta, ako aj pri riešení mimoriadnych udalostí, ktoré vznikli zmenou zdravotného stavu.

Opatrovateľský proces sa vzťahuje na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku a to opatrovateľskou službou v zmysle § 12 ods. 1, písmeno c) bod 2.

zákona a podľa § 31 a § 41 č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Opatrovateľský proces je zaradený v zmysle predmetného zákona do odborných činností prevádzky ako poskytnutie pomoci pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej osoby. Obsahuje taktiež zabezpečenie činností v zmysle: podmienky kvality č. 1.;2;3;6. V opatrovateľskom procese je dôležité určenie a preskúmanie požiadaviek na službu, ktoré delíme na:

A) Požiadavky špecifikované klientom

- Základné požiadavky sú definované v zmluve o poskytovaní sociálnych služieb. Preskúmanie a odsúhlasenie požiadaviek zabezpečuje proces prijímania a prepúšťania klienta.
- Priebežné požiadavky na službu klienti odovzdávajú v rámci realizácie samotného procesu opatrovania, pri validácii IRP a pri opatrovateľskej vizite., kedy majú možnosť formulovať priebežné požiadavky na službukonajúci personál. Požiadavky sú zaznamenané do Záznamu Opatrovateľská vizita. Ich preskúmanie s odporúčaním vykoná pridelená opatrovateľka. Požiadavky schvaľuje vedúca opatrovateľka.

B) Požiadavky nešpecifikované klientom, ale ich plnenie je nevyhnutné

- Požiadavky ktoré vyplývajú zo stupňa odkázanosti a z príslušných anamnéz.
- Požiadavky ktoré vyplývajú z aktuálneho zdravotného a sociálneho stavu klienta, špecifikované z opatrovateľských a ošetrovateľských anamnéz vedených v dokumentácii odborných výkonov.
- Preskúmava ich pridelená opatrovateľka a schvaľuje vedúca opatrovateľka a to na základe anamnéz. K preskúmvaniu si môže privolať ďalších odborných pracovníkov z rehabilitačného, ošetrovateľského, alebo terapeutického procesu.

C) Požiadavky predpisov a legislatívne požiadavky

- Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z.

D) Ďalšie nevyhnutné požiadavky stanovené organizáciou

- Metodická príručka opatrovateľského procesu

Vlastník procesu zodpovedá za riadenie opatrovateľského procesu v jednotlivých fázach, za verifikáciu, validáciu a za vykonanie a zaznamenanie všetkých zmien v diagrame procesu a procedúre procesu. Zároveň aktualizuje Metodickú príručku opatrovateľského procesu podľa najnovších vedeckých a aplikačných poznatkov. Opatrovateľské úkony/výkony pozostávajú z tzv. štandardných výkonov, ktoré sa týkajú každého klienta a z individuálnych výkonov, ktoré sú stanovené v rámci individuálneho rozvojového plánu z podkladov opatrovateľskej diagnózy s cieľom udržania, alebo zlepšenia zdravotného

a sociálneho stavu klienta. Klient je zainteresovaný do prípravy plánu. Úlohou plánovania je určiť priority opatrovateľských diagnóz, formulovať ciele a očakávania, vybrať najsprávnejšie opatrenia k opatrovaniu a určiť časový rámec k dosiahnutiu vybraných cieľov.

Poskytovateľ sociálnej služby prihliada na individuálne potreby klienta a vytvára pre prijímateľa sociálnej služby také podmienky aby sa rozvíjali jeho zručnosti a schopnosť viesť samostatný život. Tam kde to vzhľadom na diagnózu nie je rozvoj schopností a zručností možný, robia sa opatrenia na ich udržanie alebo zmiernenie ich regresu. Všetky úkony a zmeny sa značia do príslušnej dokumentácie. Vypracovanie a validácia IRP (individuálneho rozvojového plánu) má byť bližšie popísaná v Metodickej príručke opatrovateľského procesu.

Záver

Procesný prístup znižuje riziká z neskorého odhalenia nesprávnych postupov v odborných činnostiach. Tieto môžu viesť k skrytej ujme prijímateľa služby prejavujúcej sa až v budúcnosti; pričom táto ujma môže významne obmedziť až zmarit úspešnosť ďalších, nadväzujúcich alebo súvisiacich odborných postupov a posilňovať a rozvíjať negatívne dopady na kvalitu života prijímateľa služby. Procesný prístup dokáže zabezpečiť zmenu plánovaných predpokladov na požadované výsledky a zaistiť tak opakovateľnosť dobrých výsledkov v sociálnej práci a tým tiež zabezpečí zachovanie kontinuity znalostí a postupov pri fluktuácii pracovníkov, ktorá v zariadeniach sociálnych služieb hlavne na pozíciách priameho kontaktu s príjemcom sociálnej služby môže byť v niektorých regiónoch veľmi kritická.

Bibliografia

GRASSEOVÁ, M. et al. 2010. *Analýza v rukou manažéra*. Brno: Computer Press, 2010. 325 s. ISBN 978-80-251-2621-9.

KOČIANOVÁ, R. 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing, 2010. 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.

KRIŠKOVÁ, A. 2007. *Opatrovateľstvo I*. Martin: Osveta, 2007. 169 s. ISBN 978-80-8063-272-4.

MATEIDES, A. et al. 2006. *Manažérstvo kvality*. Bratislava : EPOS, 2006. 751 s. ISBN 80-8057-656-4.

MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovateľství 2. díl*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 315 s. ISBN 978-80-247-3185-8.

Kontakt

PhDr. Mária Kovaľová, PhD., MHA
UKF v Nitre, Katedra sociálnej práce
e-mail: kovalovamaria18@gmail.com

Recenzia

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

EDUKÁCIA SENIOROV

EDUCATION OF SENIORS

Kuberová Helena - Vozník Břetislav

Abstrakt

Práca sa zaoberá edukáciou seniorov. Prezентujeme rozdiely medzi seniormi, ktorí sú aktívnejší a navštevujú vzdelávaciu organizáciu, a seniormi, ktorí sú v oblasti navštevovania vzdelávacích organizácií pasívnejší. Rozdiely medzi aktívnejšími a pasívnejšími seniormi sa nám ukazujú aj v oblasti využívania voľného času. Edukáciu seniorov predstavujeme ako zmysluplnú aktivitu, ktorá zvyšuje sebavedomie u seniora a ich optimistickjšie vnímanie svojho okolia.

Kľúčové pojmy: Aktívne starnutie. Edukácia seniorov. Edukačné programy.

Abstract

The work deals with the education of seniors. We present the differences between seniors who are active and attend educational organization, and seniors who are in attendance at educational organizations more passive. Differences between active and more passive seniors to show us in the use of leisure time. Education Elderly imagine how meaningful activity that increases confidence in senior and optimistic perception of their surroundings.

Key words: Active aging. Education of seniors. Educational programs.

Výchova a vzdelávanie seniorov

Každý senior dokáže formovať a kultivovať svoju vlastnú osobnosť, čo znamená, že je vychovávateľný a vzdelávateľný. Edukácia seniorov predstavuje zámerné, cieľavedomé, systematické a plánované uplatňovanie výchovy a vzdelávania v edukačnom procese, pri ktorom dochádza k formovaniu adekvátnych postojov, názorov, morálnych vlastností a k nadobudnutiu určitého nového systému vedomostí, zručností a návykov.

Výchova a vzdelávanie nie sú časovo obmedzené. Malo by byť prioritou spoločnosti aby prostredníctvom výchovy a vzdelávania uľahčovala seniorom obdobie staroby. Základné gramotnosti sa z generácie na generáciu zväčšujú a v súčasnosti už nepostačuje len poznatkový systém nadobudnutý zo školských lavíc, ale človek musí rozširovať nadobudnuté poznatky. Senior je v rozumovej, psychomotorickej a afektívnej podstate meniteľný. K jeho prirodzeným potrebám patrí potreba ďalej sa vzdelávať v rôznych sférach. Vzdelávanie a výchova mu napomáhajú pohotovejšie a efektívnejšie riešiť rôzne životné situácie. Seniori si uvedomujú, že so svojimi poznatkami zo školských čias si v dnešnej postmodernej dobe už nevystačia, a chcú ukázať samým sebe aj ostatným, že sú schopní učiť sa. Celá seniorská

edukácia záleží od toho, do akej miery sú seniori vonkajšie a vnútorne motivovaní. Celý výchovno – vzdelávací proces musí mať určitý priebeh. Edukační pracovníci by mali dôkladne poznať psychologické, sociálne a spoločenské zákonitosti výchovno – vzdelávacieho procesu. Vzdelávanie pomáha seniorom, aby sa necítili osamelí. Počet tých, ktorí sa cítia byť osamelí, v seniorskom veku klesá s vyšším stupňom vzdelania. Čím majú starší ľudia vyššie vzdelanie, tým majú pocit osamelosti nižší. Vyššie vzdelaní seniori majú aj viac záľub a častejšie chodia na výlety, turistiku. V niektorých aktivitách, ako napr. práca na záhrade alebo návšteva bohoslužieb, sa prejavujú vyššie vzdelaní seniori menej ako seniori s nižším stupňom vzdelania.

Edukácia seniorov umožňuje zamerať sa na rozvoj a rozšírenie si nových poznatkov. Aktívni seniori na Liptove a Orave využívajú rôzne vzdelávacie možnosti, jednou z nich je aj Univerzita tretieho veku na KU v Ružomberku, ktorá pôsobí v Ružomberku od roku 2006. V tomto roku sa stala aj členom Asociácie univerzít tretieho veku na Slovensku. Štúdium je uskutočňované v dvoch programoch: humanitné štúdium alebo študijný program senior v súčasnej spoločnosti. Štúdium trvá šesť semestrov, forma vzdelávania je externá. Respondenti sa vzdelávajú v oblasti filozofie, teológie a spoločensko - teologických vied. Prednášky sú v každom týždni vo štvrtok večer. Štúdium je ukončené záverečnými skúškami. Uchádzať sa o pozíciu študenta sa môže každý občan s ukončeným stredoškolským vzdelaním. Absolventi dostanú osvedčenie o ukončení štúdia.⁹¹

Prieskumným problémom, ktorým sme sa zaoberali, bolo porovnanie telesného a duševného stavu seniorov, ktorí študujú na UTV, a seniorov, ktorí neštudujú na UTV.

Z cieľa nášho prieskumu vyplynuli aj čiastkové ciele:

- zistiť, aký je priemerný vek respondentov na UTV
- porovnať pomer medzi mužskými a ženskými študentmi UTV
- zistiť zmeny, ktoré sa udiali u seniorov, odkedy začali navštevovať UTV
- zistiť, čo motivovalo študentov vzdelávať sa na UTV
- zistiť, aký je najefektívnejší zdroj na šírenie informácií u seniorov

Prieskum sa realizoval prostredníctvom dotazníka u jednej skupiny v mesiaci december roku 2012 na KU v Ružomberku u 52 respondentov. U druhej skupiny prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a osobne u niektorých seniorov doma

⁹¹ KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU. *Celoživotné vzdelávanie* [online] [2013-01-29]. Dostupné z : <http://www.ku.sk/studium/celozivotne-vzdelavanie.html>

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

u rovnakého počtu respondentov v regióne Liptova a Oravy. Obe skupiny tvorilo celkom 104 respondentov. Podľa veku boli rozdelení do štyroch skupín.

Tab.1 Vek respondentov

Ot.č.1	Študenti UTV		ADOS	
Menej ako 60 r.	17	32,7%	0	
61 r. – 65 r.	18	34,6%	23	44,2%
66 r. – 70 r.	8	15,4%	25	48,1%
Nad 70 r.	9	17,3%	4	7,7%
Spolu	52		52	

Zdroj: autori práce

Z opýtaných respondentov študujúcich na UTV je 34,6% vo veku do 65 rokov. Študenti, ktorí nepresiahli vek 60 rokov, si rozširujú svoje znalosti v počte 32,7% z opýtaných.

Otázkou číslo 2 sme zisťovali, koľko percent z opýtaných je ženského pohlavia a koľko mužského pohlavia. Až 80,8% z opýtaných študentov UTV tvoria ženy. Mužské pohlavie využíva UTV ako zdroj informácií len v 19,2%. V druhej skupine, v ktorej sme náš dotazník robili cez ADOS a u niektorých respondentov osobne doma, tvorili 75% respondentov ženy a 25% muži. Ženy, ako nám to vyplýva aj z nášho prieskumu sú aktívnejšie vo vyhľadávaní voľnočasových aktivít.

Tab. 2 Otázka: Vaše pohlavie

Ot.č.2	UTV		ADOS	
ženy	42	80,8%	39	75%
muži	10	19,2%	13	25%

Zdroj: autori práce

V prieskume sme v otázke č. 3 sledovali to, či je medzi študentmi UTV vyšší počet VŠ vzdelaných seniorov ako tých, ktorí majú nižšie vzdelanie. Z uvedených údajov dotazníka vyplynulo to, že respondenti uviedli také odpovede, ktorými preukázali to, že najsilnejšiu skupinu tvorili respondenti, ktorí ukončili strednú školu s maturitou (59,6%). Druhou najpočetnejšou skupinou v poradí boli respondenti s ukončeným vysokoškolským vzdelaním (28,8%), o ktorých sme predpokladali, že ich bude najviac. Aby študenti mohli absolvovať štúdium na UTV na KU v Ružomberku, musia splniť podmienku mať ukončené stredoškolské vzdelanie.

Tab. 3 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Ot.č.3	UTV		ADOS	
Základná škola	0		0	
Stredná škola bez maturity	6	11,5%	34	65,4%
Stredná škola s maturitou	31	59,6%	11	21,2%
VŠ	15	28,8%	7	13,5%

Zdroj: autori práce

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Otázkou číslo 4 sme v dotazníku zisťovali údaje o mieste bydliska. Ako nám ukázali výsledky prieskumu, väčší záujem získať informácie majú respondenti, ktorí bývajú v meste (65,4%). Respondenti bývajúci na dedine a navštevujúci UTV na KU v Ružomberku predstavujú 34,6%.

Tab. č. 4 Miesto bydliska respondentov

Ot.č.4	UTV		ADOS	
V meste	34	65,4%	15	28,8%
Na dedine	18	34,6%	37	71,2%

Zdroj: autori práce

V ďalšom kroku, v otázke č.5 sme sledovali to, či je záujem o štúdium na UTV u osamelo žijúcich seniorov vyšší ako u seniorov žijúcich v rodinách či zariadeniach. Výsledky prieskumu preukázali to, že 71,2% respondentov, seniorov zaujímajúcich sa o štúdium na UTV odpovedalo, že žijú s rodinou v domácnosti a len 28,8% je respondentov, ktorí žijú sami v domácnosti a navštevujú UTV.

Tab. č. 5 Spôsob bývania

Ot.č.5	UTV		ADOS	
Sám/sama	15	28,8%	23	44,2%
S rodinou v domácnosti	37	71,2%	29	55,8%
V zariadení	0	0	0	0

Zdroj: autori práce

V otázke číslo 6 sme zisťovali, aký majú postoj seniori v súčasnosti k UTV. Respondenti sa mali vyjadriť, či v súčasnosti študujú na UTV, uvažujú o možnosti študovať na UTV alebo o takejto možnosti nevedeli a prípadne budú o tom uvažovať. Prieskumom z odpovedí respondentov sme zistili, že **respondenti, ktorí na UTV neštudujú, nemali dostatočné informácie o možnosti študovať na UTV.** O možnosti získať informácie prostredníctvom štúdia na UTV odpovedali, že o tej možnosti nevedelo 34,6% respondentov. Z opýtaných respondentov, keď sa na základe dotazníka dozvedeli o možnosti študovať na UTV, 30,8% odpovedalo, že budú o tom uvažovať, a 13,5% by chcelo v budúcnosti na UTV študovať. Žiadny záujem o štúdium neprejavilo 21,1% respondentov.

Tab. č. 6 otázka: V súvislosti so štúdiom na Univerzite tretieho veku v súčasnosti

Ot.č.6	UTV		ADOS	
Nevedel(a) som o takých možnostiach	0	0	18	34,6%
Budem o tom uvažovať	0	0	16	30,8%

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

V budúcnosti chcem na UTV študovať	0	0	7	13,5%
Na UTV študujem	52	100%	0	0
Nemám o žiadne štúdium záujem	0	0	11	21,1%

Zdroj: autori práce

Naším záujmom bolo dozvedieť sa, odkiaľ najčastejšie získavajú seniori informácie o možnosti študovať na UTV. Výsledky prieskumu nám ukázali, že najčastejším zdrojom sú známi (46,2%). Internet a tlač sa stali u našich respondentov druhým zdrojom na získanie informácií o UTV (internet 19,2% a časopis/noviny 19,2%). Neočakávali sme, že respondenti uvedú ako zdroj na získanie informácií o UTV kostolné omše, 15,4% respondentov uviedlo ako zdroj informácií túto možnosť v kolónke iné. V druhej skupine ADOS len 16 respondentov odpovedalo na túto otázku.

Tab. č. 7 otázka : Z akého zdroja ste sa dozvedeli o možnosti študovať na UTV

Ot.č.7	UTV		ADOS	
Z novín/časopisu	10	19,2%	3	5,8%
Z internetu	10	19,2%	2	3,8%
Od známych	24	46,2%	11	21,2%
Iné	8	15,4%	0	0

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti motivácie seniorov vzdelávať sa na UTV

Motivácia je rozhodujúcim faktorom, ktorý ovplyvní rozhodnutie seniorov, akým aktivitám sa budú venovať v tejto etape svojho života. Otázkou číslo 8 sme sa snažili získať informácie o tom, čo motivovalo študentov vzdelávať sa na UTV a čo by motivovalo vzdelávať sa tých seniorov, ktorí neštudujú na UTV. Ponúkli sme im možnosti, ale aj priestor vyjadriť sa. Najsilnejšou motivačnou pohnútkou, ktorá ovplyvnila seniorov študovať na UTV, bolo získanie nových informácií (65,4%). Efektívne využitie voľného času sa ukázalo ako druhý motivačný faktor u študentov (28,8%). Dôvod osamelosti, ale aj túžbu po spoznaní vysokoškolského prostredia respondenti uvádzali ako tretí motivačný prvok, ktorý ovplyvnil ich rozhodnutie študovať (15,4%). Potreba študovať a tým sa vyrovnávať okoliu sa ukázala ako posledný faktor, ktorý ovplyvní seniora, aby študoval (9,6%). Zistovali sme, aký motivačný prvok by najviac ovplyvnil respondentov ku štúdiu na UTV. Aj v skupine ADOS by bolo

najsilnejším motivačným prvkom získanie nových informácií (46,2%). Z dôvodu osamelosti by rozmýšľalo nad štúdiom 28,8% respondentov. Motivovalo by ich aj to, že by svoj voľný čas efektívne využili (19,2%).

Tab. č. 8 Motivácia vzdelávať sa na UTV

Ot.č.8	UTV		ADOS	
Otázka	Uved'te, čo Vás motivovalo vzdelávať sa na UTV		Uved'te, čo by Vás motivovalo vzdelávať sa na UTV	
Získať nové informácie	34	65,4%	24	46,2%
Efektívne využiť voľný čas	15	28,8%	10	19,2%
Túžba spoznať vysokoškolské prostredie	8	15,4%	7	13,5%
Potreba začleniť sa do kolektívu	6	11,5%	9	17,3%
Potreba vyrovnáť sa okoliu	5	9,6%	6	11,5%
Z dôvodu osamelosti	8	15,4%	15	28,8%
Iné	4	7,7%	0	0

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti vplyvu štúdia na osobné pocity seniorov

Osobné pocity respondentov na UTV a respondentov, ktorí nenavštevujú UTV, sme zisťovali pomocou rozsiahlejšej otázky číslo 9. Zaujímali nás osobné pocity respondentov, ako na nich vplýva zmena, keď začali navštevovať UTV zo zdravotného pohľadu. Zaujímalo nás, či sa cítia menej unavenejší, osamelejší, či sú sebedomejší, optimistickejší. Chceli sme zistiť vplyv UTV aj na problémy v rodine.

Rovnaké otázky sme položili aj skupine respondentov v ADOS, ktorí nenavštevujú UTV. Chceli sme od respondentov, aby sa zamysleli nad tým, ako by sa cítili, ak by začali navštevovať niektorú vzdelávaciu organizáciu. Naším úmyslom bolo seniorov motivovať pre štúdium v postproduktívnom veku.

Z tabuľky číslo 9 a odpovedí respondentov vyplýva, že seniori, ktorí navštevujú vzdelávaciu organizáciu, majú osobný pocit, že o niečo menej navštevujú lekárov (40,4%) a svojimi zdravotnými problémami sa o niečo menej zaoberajú (32,7%). Vzdelávanie ovplyvnilo aj ich rodinné problémy (34,6%), stali sa o niečo sebedomejšími (42,3%) a sú menej unavenejší (26,9%). Nadpolovičná väčšina (53,8%) uviedla, že vzdelávanie respondentom UTV pomohlo optimistickejšie vnímať okolie.

Respondenti, ktorí vôbec nenavštevujú vzdelávacie organizácie, majú osobný pocit, že vzdelávanie by nemalo žiadny vplyv na ich zdravie (42,3%). Uvádzajú, že únavu (36,5%)

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

a sebedomie (26,9%) by vzdelávacia organizácia u nich neovplyvnila. Na druhej strane majú osobný pocit, že pomocou vzdelávacej organizácie by optimistickejšie vnímali okolie.

Tab. č. 9 Osobné pocity respondentov

Ot.č.9	UTV				ADOS			
otázka	Ako ste začali študovať na UTV, cítite sa:				Myslíte si, ak by ste začali navštevovať niektorú vzdelávaciu organizáciu, cítili by ste sa:			
	áno	O niečo	Skôr nie	vôbec	áno	O niečo	Skôr nie	vôbec
Mladšie a lepšie	18 34,6%	15 28,8%	3 5,8%	5 9,6%	15 28,8%	7 13,5%	8 15,4%	9 17,3%
Menej navštevujem lekára	15 28,8%	21 40,4%	6 11,5%	3 5,8%	6 11,5%	8 15,4%	22 42,3%	8 15,4%
Som menej unavený/á	10 19,2%	14 26,9%	6 11,5%	4 7,7%	5 9,6%	7 13,5%	19 36,5%	10 19,2%
Som menej osamelý/á	23 44,2%	13 25%	5 9,6%	5 9,6%	3 5,7%	21 44,4%	8 15,4%	5 9,6%
Optimistickejšie vnímam okolie	28 53,8%	15 28,8%	0 0%	4 7,7%	10 19,2%	17 32,7%	13 25%	6 11,5%
Som sebedomejši/Šia	19 36,5%	22 42,3%	0 0%	7 13,4%	6 11,5%	11 21,1%	14 26,9%	4 7,7%
Problémy v rodine sú menšie	5 9,61%	18 34,6%	8 15,4%	4 7,7%	2 3,8%	5 9,61%	11 21,1%	13 25%
Menej sa zaoberám svojimi zdravotnými problémami	5 9,61%	17 32,7%	12 23%	6 11,5%	0 0%	0 0%	15 28,8%	18 34,6%

Zdroj: autori práce

V tejto súvislosti sme zisťovali, či sa respondenti zúčastňujú aj na iných vzdelávacích aktivitách, alebo sa vzdelávajú len na UTV, a aké majú vo svojom okolí možnosti. Väčšina (73%) uviedlo, že sa zúčastňuje len vzdelávania na UTV. Aktívnejší respondenti (25%) navštevujú rôzne kurzy ručných prác, kurzy z odboru zdravotníctva, fotografické krúžky a vzdelávajú sa v oblasti počítačov.

Tab. č 10 Navštevovanie vzdelávacích aktivít

Ot. č. 10	UTV		ADOS	
	Zúčastňujete sa súčasne aj na iných vzdelávacích aktivitách ?		Zúčastňujete sa niektorých vzdelávacích aktivitách ?	
Áno	13	25%	0	0
Nie	38	73%	52	100%

Výsledky prieskumu v oblasti vplyvu štúdia na UTV na okruh priateľov u seniorov

V dnešnej dobe plnej sociálnych sietí sme zisťovali, ako sa rozšíril okruh priateľov u respondentov UTV vplyvom štúdia. Obe skupiny respondentov uviedlo, že považujú vzdelávacie aktivity za dobrý prostriedok na rozšírenie okruhu priateľov. Väčšia polovica respondentov UTV (53,8%) respondentov uviedlo, že sa rozšíril okruh ich priateľov. Respondenti, ktorí nenavštevujú vzdelávacie aktivity, považujú tieto aktivity za prínos a možnosť na rozšírenie kruhu priateľstiev (44,2%).

Usudzujeme, že **vzdelávacie organizácie sú prínosom pre seniorov aj v oblasti tvorenia priateľstiev.**

Tab. č. 11 Vplyv štúdia UTV na okruh priateľov

Ot.č.11	UTV		ADOS	
	Rozšíril sa Váš okruh priateľov, ako ste začali študovať na UTV ?		Myslíte si, že by sa rozšíril Váš okruh priateľov, ak by ste navštevovali niektorú vzdelávaciu organizáciu?	
Áno veľmi	16	30,7%	15	28,8%
O niečo sa rozšíril	28	53,8%	23	44,2%
Skôr nie	8	15,3%	10	19,2%
Vôbec	0	0	4	7,7%

Zdroj:
autori

práce

Výsledky prieskumu v oblasti pocitu osamelosti u seniorov

V otázkach č.12 a 13 sme sa venovali oblasti predpokladu, že seniori študujúci na UTV pociťujú osamelosť v menšej miere ako v predchádzajúcej etape života. Skúmali sme v ich odpovediach aj to, aký má na zníženie osamelosti u nich vplyv štúdiom na UTV.

Tab. č. 12 Pocit osamelosti

Ot.č.12	UTV		ADOS	
	Cítíte sa osamelo ?		Cítíte sa osamelo?	
Áno často	6	11,5%	12	23%
Áno niekedy	11	21,1%	27	51,9%
Skôr nie	25	48%	8	15,3%
Vôbec	10	19,2%	5	9,6%

Zdroj: autori práce

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Respondenti z ADOS, ktorí nenavštevujú vzdelávacie organizácie uviedli, že majú pocit osamelosti v nadpolovičnej väčšine (51,9%). Respondenti UTV uviedli, že pocit osamelosti skôr nepociťujú (48%). **Respondenti z ADOS uviedli, že majú pocit, že ak by boli aktívnejší a navštevovali by vzdelávaciu organizáciu, osamelosť by u nich poklesla.**

Tab. č. 13 Vplyv štúdia na osamelosť

Ot.č.13	UTV		ADOS	
	Myslíte si, že zásluhou štúdia na UTV sú pocity osamelosti u Vás v menšej miere ako predtým ?		Myslíte si, že ak by ste navštevovali UTV, boli by pocity osamelosti u Vás v menšej miere ako predtým?	
Áno výrazne	15	28,8%	8	15,3%
Áno čiastočne	26	50%	25	48%
Skôr nie	11	21,1%	10	19,2%
Cítim sa rovnako osamelo	0	0	9	17,3%

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti trávenia voľného času u seniorov

Aktívny život respondentov a ich voľnočasové aktivity sme zisťovali otázkou číslo 14. Respondenti si mohli vyberať z ponúkaných možností a označiť aj viac odpovedí. Najviac respondentov spomedzi respondentov UTV označilo, že svoj voľný čas trávia čítaním a vyplňovaním krížoviek (61,5%). Ako druhé označili turistiku a prechádzky (42,3%). Respondenti z ADOS najviac trávia svoj voľný čas pozeraním televízie. Na druhom mieste je u nich čítanie a vyplňovanie krížoviek. Najmenej označili respondenti UTV návštevu kina alebo kultúrne aktivity. Respondenti z UTV uviedli, že ani jeden nie je vo svojom voľnom čase pasívny a všetci z opýtaných respondentov sa venujú svojim záľubám alebo koníčkum. Medzi respondentmi z ADOS sa našli aj takí, ktorí odpovedali, že nemajú žiadne záľuby alebo koníčky. V našej opýtanej skupine ich bolo 15,3%. Návštevu kina alebo kultúrne aktivity respondenti z ADOS nepreferujú. Ostatné informácie poskytujeme v tabuľke.

Tab. č. 14 Trávenie voľného času

Ot.č.14	UTV		ADOS	
	Svoj voľný čas trávite:		Svoj voľný čas trávite:	
Pozeraním televízie	16	30,7%	34	65%
Čítaním, krížovkami	32	61,5%	21	40,3%
Turistikou, prechádzkou	22	42,3%	19	36,5%

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Návštevou kina, kultúrными aktivitami	7	13,4%	6	11,5%
Koníčkami, záhradníčením	23	44,2%	11	21,1%
Ničím, nemám záľuby a koníčky	0	0	8	15,3%

Zdroj: autor práce

Výsledky prieskumu v oblasti záujmov seniorov

Otázkou číslo 15 sme u respondentov zisťovali, akým záľubám a koníčkom sa venujú a aké možnosti majú vo svojom okolí. Veľmi širokú škálu záľub a koníčkov nám predstavili respondenti z UTV. Medzi svoje záľuby uvádzali rezbárstvo, fotografovanie, učenie sa cudzích jazykov, tanec, turistiku, záhradu, jogu, maľovanie. Ich najväčším koníčkom, ktorý uvádzali, bola turistika (48%). Pozoruhodné je, že v postproduktívnom veku sa zaujímajú o cudzie jazyky. Až 19,2% respondentov uviedlo, že navštevujú jazykové kurzy. Fotografovanie (13,4%) a maľovanie (7,6%) uvádzali respondenti ako koníček, prostredníctvom ktorého ukazujú svoj pohľad na život. Respondenti z ADOS uviedli, že sa venujú menšiemu počtu záľub. Sú to skôr záľuby, ktoré sú spojené s ich domácim prostredím, ako napr. varenie, záhrada, ručné práce, prechádzky. Najviac respondentov uvádzalo za svoju záľubu pasívnejší spôsob života - varenie a pečenie (34,6%). Niektorí z respondentov uvádzajú ako svoj koníček prechádzky alebo turistiku (19,2%). Bližšie informácie poskytujeme v tabuľke č.15

Tab. č. 15 Záujmy seniorov

Ot.č.15	UTV		ADOS	
	Uveďte Vaše záujmy:		Uveďte Vaše záujmy:	
Turistika a prechádzky	25	48%	10	19,2%
Ručné práce	14	26,9%	15	28,8%
Plávanie	11	21,1%	0	0%
Jazykové kurzy	10	19,2%	0	0%
Záhrada	8	15,3%	11	21,1%
Fotografovanie	7	13,4%	0	0%
Tanec	6	11,5%	0	0%

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Staré filmy	6	11,5%	0	0%
Varenie, pečenie	5	9,6%	18	34,6%
Maľovanie	4	7,6%	0	0%
Rezbárstvo	4	2,8%	0	0%

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti miesta trávenia voľného času u seniorov

Otázkou číslo 16 sme zisťovali, aké možnosti majú vo svojom okolí a kde svoj voľný čas respondenti najčastejšie trávia. Miestna knižnica sa pre respondentov UTV stala najnavštevovanejším miestom a možnosťou trávenia voľného času (48%). Usudzujeme, na to že má vplyv štúdium na UTV a získavanie doplňujúcich informácií. Druhým najefektívnejším miestom na trávenie voľného času sa u opýtaných respondentov uviedli, že sa stal klub dôchodcov (44,2%). Farská miestnosť je možnosť na trávenie voľného času, ktorú respondenti uviedli na treťom mieste (25%). Niektorí z respondentov navštevujú aj seniorské centrá (15,3%) a zhodnocujú svoje vedomosti. Respondenti uvádzali aj iné miesta na trávenie voľného času, ako napr. turistický klub, chatu a rodinu (15,3%). Respondenti z ADOS uviedli, že svoj voľný čas najčastejšie trávia vo farskej miestnosti (40,3%). Až 25% z opýtaných respondentov sa vyjadrilo, že nemá žiadne možnosti alebo informácie, kde by mohli tráviť svoj voľný čas. Rodinu alebo prírodu uvádzali respondenti za miesta, kde trávia voľný čas v 11,5%. Klub dôchodcov navštevuje 9,6% respondentov.

Tab. č. 16 Miesto trávenia voľného času seniorov

Ot.č.16	UTV		ADOS	
	Uveďte možnosti trávenia voľného času v mieste svojho bydliska:		Uveďte možnosti trávenia voľného času v mieste svojho bydliska::	
Klub dôchodcov	23	44,2%	5	9,6%
Seniorské centrá	8	15,3%	0	0%
Farská miestnosť	13	25%	21	40,3%
Miestna knižnica	25	48%	0	0%
Kaviareň	9	17,3%	0	0%
Herňa	0	0%	0	0%
nemám žiadne možnosti	0	0%	13	25%
iné	8	15,3%	6	11,5%

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti sociálnej a komunikačnej oblasti u seniorov

V otázkach č. 17 a 18 sme overovali, či sa zvýšili sociálne a komunikačné schopnosti seniorov zásluhou štúdia na UTV v porovnaní s ich predchádzajúcim životom. Respondenti, seniori študujúci UTV uviedli, že sa zlepšili ich komunikačné schopnosti zásluhou štúdia na UTV. Kladne odpovedalo 55,7% respondentov. Zápornú odpoveď, skôr nie ako áno, uviedlo 15,3% z opýtaných. Kladne sa vyjadrilo 48% respondentov UTV, že vplyv štúdia má pozitívny dopad aj na oblasť zvýšenia ich sociálnych schopností. U respondentov z ADOS, bol výsledok negatívny. Uviedli, že si to nemyslí 40,3% respondentov, že štúdiom u nich nezlepší komunikačné schopnosti. A v prípade sociálnych schopností negatívne odpovedalo 36,5% respondentov z ADOS.. Bližšie údaje uvádzame v tabuľke číslo 17.

Tab. č. 17 Vplyv štúdia na komunikačné a sociálne schopnosti seniorov

Ot.č.17	UTV		ADOS	
	Zlepšilo Vám štúdium na UTV Vaše komunikačné schopnosti?		Zlepšilo by Vám štúdium na UTV Vaše komunikačné schopnosti?	
Áno, veľmi	10	19,2%	4	7,6%
O niečo sa to zlepšilo	29	55,7%	15	28,8%
Skôr nie	8	15,3%	21	40,3%
vôbec	5	9,6%	12	23%
Ot.č.18	Zvýšili sa Vaše sociálne schopnosti zásluhou štúdia na UTV ?		Zvýšili by sa Vaše sociálne schopnosti zásluhou štúdia na UTV ?	
	Áno, veľmi	15	28,8%	0
O niečo sa to zlepšilo	25	48%	11	21,1%
Skôr nie	6	11,5%	19	36,5%
vôbec	7	13,4%	13	25%

Zdroj:
autori
práce

Výsledky prieskumu v oblasti hodnotového rebríčka u seniorov

Rozšírenie záujmov u respondentov sme zisťovali pomocou otázky číslo 19. Zisťovali sme, aký vplyv má štúdiom u respondentov UTV na ich okruh záujmov a či sa vplyvom štúdia tento okruh rozšíril. 40,3% respondentov sa vyjadrilo, že sa im o niečo zlepšil okruh záujmov zásluhou štúdia na UTV. A 38,4% respondentov sa vyjadrilo, že ich okruh záujmov sa rozšíril jednoznačne vplyvom štúdia na UTV. Štúdiom nemá vplyv na okruh záujmov a okruh záujmov sa nerozšíril u 9,6% respondentov.

Tab. č. 18 Rozšírenie vedných oblastí u seniorov vplyvom štúdia

Ot.č.19	UTV		ADOS	
	Rozšíril sa okruh vedných oblastí, prípadne Vašich záujmov zásluhou štúdia na UTV?		Rozšíril by sa u Vás okruh vedných oblastí, prípadne Vašich záujmov zásluhou štúdia na UTV?	
Ano, veľmi	20	38,4%	4	7,6%
O niečo sa to zlepšilo	21	40,3%	8	15,3%
Skôr nie	6	11,5%	6	11,5%
Vôbec	5	9,6%	4	7,6%
neodpovedalo	0	0	30	57,6%

Zdroj: autori práce

V ďalšom skúmaní nás zaujímalo, ako sa zmenil hodnotový rebríček u respondentov následkom štúdia na UTV. Výrazne pozitívne odpovedalo 19,2% respondentov. UTV prispela k zmene hodnôt u 51,9% respondentov. Štúdium vôbec neovplyvnilo zmenu hodnôt u respondentov v 15,3%.

Respondenti z ADOS uviedli, že si v 40,3% myslia, že by štúdium na UTV ich hodnotový rebríček skôr nezmenilo. Uviedli, že hodnotový rebríček by sa vplyvom štúdia vôbec nezmenil u 34,6% respondentov. Niečo by sa zlepšilo na ich hodnotovom rebríčku u 19,2% respondentov.

Tab. č. 19 Zmena hodnotového rebríčka vplyvom štúdia u seniorov

Ot.č.20	UTV		ADOS	
	Zmenil sa Váš hodnotový rebríček následkom štúdia na UTV?		Zmenil by sa Váš hodnotový rebríček následkom štúdia na UTV?	
Ano, veľmi	10	19,2%	3	5,7%
O niečo sa to zlepšilo	27	51,9%	10	19,2%
Skôr nie	7	13,4%	21	40,3%
Vôbec	8	15,3%	18	34,6%

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti zvýšenia kvality života zásluhou štúdia na UTV u seniorov

Zisťovali sme, ako sa zmenila kvalita života u respondentov vplyvom štúdia na UTV v porovnaní s ich predchádzajúcim životom. Respondenti mali možnosť uviesť aj to, v čom konkrétne sa kvalita ich života zvýšila. Respondenti z UTV sa vyjadrovali aj v tejto otázke viac pozitívne ako negatívne. Uviedli, že kvalita života sa zvýšila u 61,5% respondentov.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Najviac uvádzali, že majú nové podnety s partnerom alebo že si to u nich cení rodina. Niektorí uvádzali, že svoje vedomosti ďalej odovzdávajú v klube dôchodcov. V 2. ročníku mali odbor gerontológia, ktorá im dala veľa v rodinnom živote. Respondenti z ADOS v tejto otázke odpovedali viac negatívne a 55,7% ich odpovedalo, že skôr nie, nezvýšila by sa ich kvalita života zásluhou štúdia na UTV.

Tab. č. 20 Zvýšenie kvality života u seniorov

Ot.č.21	UTV		ADOS	
	Zvýšila sa kvalita Vášho života zásluhou štúdia na UTV v porovnaní s Vaším predchádzajúcim životom?		Zvýšila by sa kvalita Vášho života zásluhou štúdia na UTV v porovnaní s Vaším predchádzajúcim životom?	
Áno, výrazne pozitívne	9	17,3%	3	5,7%
O niečo sa to zlepšilo	32	61,5%	6	11,5%
Skôr nie	5	9,6%	29	55,7%
vôbec	6	11,5%	14	26,9%

Zdroj: autori práce

Výsledky prieskumu v oblasti úrovne štúdia na UTV

Na základe požiadavky z UTV na KU v Ružomberku sme zaradili do nášho dotazníka otázky týkajúce úrovne štúdia na UTV z hľadiska obsahovej náplne, organizačného a formálneho hľadiska, materiálno-technickej úrovne a úrovne učebnej schopnosti prednášajúcich. Tieto údaje použije UTV na KU v Ružomberku na svoje osobné potreby.

Úroveň štúdia na UTV z hľadiska obsahovej náplne respondenti UTV hodnotili v 40,3% na výbornú. Ako veľmi dobrú ju označilo 34,6% respondentov. Jeden respondent ohodnotil UTV z hľadiska obsahovej náplne za nedostatočnú (1,9%). Úroveň a spôsob vyučovania na UTV z organizačného a formálneho hľadiska ohodnotili respondenti v 46,1% ako veľmi dobrú. Organizačnú a formálnu stránku UTV hodnotilo na výbornú 36,5% respondentov a ako dobrú 15,3% respondentov. Jeden respondent ohodnotil organizačné a formálne hľadisko UTV za dostatočné (1,9%). Úroveň a didaktické učebné schopnosti prednášajúcich na UTV hodnotila presná polovica respondentov (50%) na výbornú. Ako veľmi dobrú ohodnotilo úroveň učebných schopností 34,6% respondentov. Aj tu jeden respondent hodnotí úroveň učebných schopností prednášajúcich za dostatočnú (1,9%). Materiálno-technickú úroveň a sociálne podmienky respondentov na UTV hodnotili repondenti za veľmi dobré (61,5%). Ako dobré ich ohodnotilo 21,1% respondentov. Za výborné 15,3% respondentov. Jeden respondent ohodnotil materiálno-technickú úroveň a sociálne podmienky na UTV za nedostatočné (1,9%). Usudzujeme, že respondenti hodnotili UTV na KU v Ružomberku známami výborná, veľmi

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

dobrá, výborná a veľmi dobré, z čoho nám vychádza priemerná známka 1,5. Respondenti sú s poskytovanými službami spokojní, až na jedného respondenta, ktorému proces vyučovania a poskytované služby UTV nevyhovujú a hodnotil UTV na KU v Ružomberku na nedostatočnú.

Tab. č. 21 Úroveň štúdia na UTV

Otázka	UTV				
	výborný	Veľmi dobrý	dobry	dostatočný	nedostatočný
Úroveň štúdia na UTV z hľadiska obsahovej náplne je podľa Vás	21 40,3%	18 34,6%	10 19,2%	2 3,8%	1 1,9%
Úroveň a spôsob vyučovania na UTV z organizačného a formálneho hľadiska je podľa Vás	19 36,5%	24 46,1%	8 15,3%	1 1,9%	0
Úroveň a didaktické učebné schopnosti prednášajúcich na UTV sú podľa Vás	26 50%	18 34,6%	7 13,4%	1 1,9%	0
Materiálno-technická úroveň a Vaše sociálne podmienky na UTV sú podľa Vás	8 15,3%	32 61,5%	11 21,1%	0	1 1,9%

Zdroj: autori práce

Záver a odporúčania pre prax

Na základe našich poznatkov, ktoré sme získali z dotazníka, sme dospeli k záveru, že ak sú seniori aktívni a vzdelávajú sa v postproduktívnom veku, pomáha im to rozvíjať ich duševné zdravie a sociálne vzťahy. Aktívny seniorský život im dodáva väčšiu samostatnosť, optimistickejšie vnímanie okolia a menej sa cítia byť osamelí. Štúdium na UTV pomáha seniorom lepšie znášať zdravotné problémy, ktoré im prináša táto etapa života. Zistili sme, že najlepším prostriedkom na šírenie informácií u seniorov je tzv. metóda „tvárou v tvár“, čiže ústne podanie informácií o vzdelávacích organizáciách.

Hrapková (2002) poukazuje na skutočnosť, že najčastejšie osamelo žijúci seniori sú ženy, pretože sa dožívajú vyššieho veku. Z dôvodu záujmu o komunikáciu a sociálny kontakt využívajú osamelo žijúce ženy vzdelávacie organizácie. Aj vplyvom tejto skutočnosti je počet žien študujúcich na UTV vyšší (82%) ako počet mužov (18%). V našom prieskume sa ukázalo, že v Liptove a na Orave je najväčší záujem o štúdium na UTV u seniorov, ktorí žijú v rodinnom prostredí. Usudzujeme, že seniori žijúci s rodinou v domácnosti sú viac

motivovaní a podporovaní zo strany rodiny, aby žili aktívnejší život aj v tejto etape svojho života, naďalej sa rozvíjali a stavali mosty k druhým ľuďom. Hrapková (2010) uvádza, že seniori, ktorí študujú na UK v Bratislave, najviac oceňujú na UTV kontakt s ľuďmi rovnakých záujmov, efektívne využitie voľného času a zníženie pocitu osamelosti. Šimová (2013), prednášajúca na UTV v Košiciach, vo svojej práci *Prečo univerzita tretieho veku* uvádza, že študenti poukazujú na emocionálne zmeny po tom, čo začali študovať na UTV. Ich sociálne potreby sa viac uspokojujú, ako aj potreby seberealizácie a obdivu u svojich detí. Na základe výsledkov prieskumu usudzujeme, že vzdelávacie organizácie pomáhajú zvyšovať sociálne a komunikačné schopnosti u seniorov. Získavanie nových priateľov pomocou vzdelávacích organizácií pozitívne vplýva na dôstojné prežívanie poproduktívneho veku a umožňuje to seniorom plnohodnotne sa zapájať do spoločnosti. Aktívnemu seniorovi štúdium pomáha k širšiemu rozhľadu a ovplyvňuje to aj jeho myslenie. Neaktívny senior zostáva v sociálnom odlúčení a myslenie má väčšinou zatvorenejšie a jednostranné. Hrapková (2002) sa v hlavnom referáte vyjadrila o kvalite života ako o pojme, ktorý v sebe zahŕňa materiálne, biologické, psychologické a kultúrne činitele. Poukazuje na pozitívne zmeny, ktoré nastávajú u seniorov študujúcich na UTV. Na základe získaných údajov z dotazníka usudzujeme, že vzdelávacie organizácie zamerané na poproduktívny vek pozitívne vplyvajú na kvalitu života seniorov. Seniori využívajú získané poznatky vo svojom osobnom živote a menej sa zaoberajú neudhmi, ktoré im život priniesol. Naopak, vyplňanie svojej mysle pripomínaním si pocitu ublíženia z minulých krívd nezlepšuje kvalitu života u seniorov a môže to ovplyvniť aj ich telesný a duševný stav.

S ohľadom na výsledky prieskumu odporúčame, že by mal mať možnosť každý senior podmienky na to, aby efektívne využíval svoj voľný čas. Z toho dôvodu je potrebné venovať viac pozornosti motivácii seniorov a propagácii vzdelávacích organizácií zameraných na poproduktívny vek v médiách. Pre seniorov je vhodné vytvoriť v regióne Liptova a Oravy inštitúciu zameranú na pohybovú aktivitu a správnu životosprávu u seniorov, lebo sme prieskumom zistili, že seniori neuvádzali ako možnosť trávenia svojho voľného času žiadnu možnosť zameranú na pohybovú aktivitu a správnu životosprávu. Jedným z motivačných riešení by bolo vziať seniorov do vzdelávacích organizácií na ukážkovú hodinu.

Toto tisícročie prináša demografické zmeny a podiel seniorov v spoločnosti sa zvyšuje. Koncepcia celoživotného vzdelávania skvalitní život seniorom po biologickej, psychologickej, sociálnej i spirituálnej stránke. Edukácia seniorov sa musí stať predmetom intenzívneho záujmu celej spoločnosti. Je omylom, ak sa seniorovi zabezpečuje len potreba o jeho telesnú schránku. Vzdelávanie v tejto etape života nie je zamerané na profesijnú

prípravu, ale na efektívne využitie voľného času a aktívne predĺženie života. Edukáciu treba seniorom predstaviť ako zmysluplnú a užitočnú, lebo zvyšuje kvalitu ich života, sebavedomie a vďaka nej sa optimistickejšie dívajú na svoje okolie a celý svoj život.

Bibliografia:

HRAPKOVÁ, N., *Zborník 2002 UK*. [online] 2002 [2013-02-25].

Dostupné z: <http://www.uniba.sk/asociaciautv/zbornik.htm>

HRAPKOVÁ, N., *Zborník 2002 UK*. [online] 2002 [2013-02-25].

Dostupné z: <http://www.uniba.sk/asociaciautv/zbornik.htm>

HRAPKOVÁ, N., *Spokojnosť poslucháčov a splnenie očakávaní frekventantov v štúdiu na UTV*. [online]. 2006-2010 [2013-02-25]. Dostupné z :

http://cdvuk.sk/blade/index.php?c=283&spokojnost_posluchacov_utv

KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU. *Celoživotné vzdelávanie* [online] [2013-01-29]. Dostupné z : <http://www.ku.sk/studium/celozivotne-vzdelavanie.html>

ŠIMOVÁ, E., *Prečo univerzita tretieho veku*. [online] [2013-02-26]. Dostupné z:

http://www.tuke.sk/tuke/vzdelavanie/usek-vzdelavania-1/univerzita-tretieho-veku/literatura/literatura-pre-1-rocnik/Vyznam_UTV.pdf

Kontakt

doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.

KLP PF IJP Ružomberok

e-mail: helena.kuberova@ku.sk

Mgr. Břetislav Vozník

e-mail: voznik.bretislav@azet.sk

Recenzia

doc. MUDr. Alena Vosečková CSc.

POSKYTOVANIE SOCIÁLNEJ SLUŽBY Z POHĽADU KLIENTA **ŚWIADCZENIE USŁUG SOCJALNYCH Z PERSPEKTYWY KLIENTA**

Ewa Kucharska

Abstrakt

V Poľskej republike (2. apríla 1997) sa vymedzuje sociálna pomoc v Ústave PL a v zákone o sociálnej pomoci z 12. marca 2004. Podľa zákona sociálna pomoc spočíva predovšetkým na: sociálnej práci; poskytovaní dávok; vykonávanie sociálnej diagnostiky; identifikovaní potrieb jednotlivcov a sociálnych skupín; rozvoji sociálnej infraštruktúry. Autorka v príspevku prináša názory respondentov z konkrétneho zariadenia sociálnych služieb o jednotlivých činnostiach služby, doplnkových službách, aktivizácii.

Kľúčové slová: senior, sociálna pomoc, sociálna služba, aktivizácia.

Dom s opatrovateľskou službou

Dom s opatrovateľskou službou v Krakove, bol otvorený 8.09.2003 realizáciou projektu „Zdrowie dla Budowlanych“ na základe zmluvy (č W/I/286/SO/6/2012) uzatvorenej s mestom Kraków. Projekt je financovaný z prostriedkov Magistrátu mesta Kraków a štátneho rozpočtu. Nadácia pokrýva rozsah svojich aktivít v oblasti sociálnej pomoci. Dňa 26.04.2006, mestská rada rozhodla pomenovať zariadenie menom Wladysława Godynia⁹² - bol nastavený na navrátilcov z Kazachstanu (ktorých tu teraz žije 35). Vzhľadom na špecifickosť zariadenia sociálnych služieb sa tu zaviedol osobitný školiaci program pre navrátilcov. Hlavným cieľom tohto programu je prispôsobiť občanov k fungovaniu v novej situácii (žijúci v DPS), ale tiež k prispôsobeniu sa ďalším širokým skupinám v každodennom živote (colné zákony a zlepšenie v komunikácii svojho rodného jazyka).

Prieskum

Predmet prieskumu boli jednotlivé činnosti sociálnej služby, konkrétne aktivity v zariadení sociálnych služieb - DPS v Krakove. Objektom prieskumu boli prijímatelia sociálnej služby.

⁹² Wladyslaw Godyń sa narodil v roku 1921 v obci Czerny u Krzeszowice. Po základnej škole musel ísť do práce zarábať na živobytie. Za okupácie bol deportovaný na nútené práce v Nemecku. Niekoľko rokov po vojne založil záhradnícku farmu, ktorá sa stala jeho životnou vášňou. Ďalšie vášňou bolo umenie. V priebehu rokov vytvoril veľkú zbierku obrazov poľských, skladajúci sa zo 250 obrazov majstrov ako Malczewskiho, Chelmonski, Michałowski a Siemiradzki. V roku 1990, záhradnícke farmy daroval svojim deťom. V Kazimierzu dal opraviť zničenú bytovku na ul. Široký. Založil prvú galériu judaizmu, potom reštauráciu "Ariel". Úspechy svojho života zdieľal s ostatnými. Počas rokov nazhromaždil zbierku obrazov z ktorej postavil šesť domov pre bezdomovcov, chorých, opustených a repatriantov z Kazachstanu. Mesto Krakow mu udelilo medailu a titul Cracoviae filantrop merenti Krakova.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Cieľom prieskumu bolo skúmať názory respondentov na poskytovanú sociálnu službu, jednotlivé činnosti, aktivity, doplnkové služby a názory na prácu vybraných pracovníkov v DPS.

Úlohy prieskumu:

1. zistiť spokojnosť s poskytovanou sociálnou službou,
2. zistiť hodnotenie odborných činností,
3. zistiť hodnotenie doplnkových služieb v zariadení sociálnych služieb,
4. zistiť hodnotenie jednotlivých aktivít v DSP,
5. zistiť hodnotenie prostredia zariadenia sociálnych služieb,
6. zistiť hodnotenie pracovníkov v zariadení sociálnych služieb z pohľadu prijímateľov

Charakteristika prieskumnej vzorky a lokality

Náš prieskumný súbor tvorilo 67 seniorov (z toho 45 žien a 12 mužov) DPS, ktorý sú v zariadení sociálnych služieb - pobytová forma. DPS je v troj-podlažnej budove, izby sú 1, 2 a 3 lôžkové (každá s kúpeľňou), obývacia izba, 3 kuchynky (jedna na každom poschodí), spoločenská miestnosť, kaplnka, ergoterapeutická miestnosť, rehabilitačná miestnosť, kúpeľňa pre klientov s poruchami mobility, kancelárie pre ošetrovateľky a priestor pre administratívnych pracovníkov, práčovňa, kuchyňa, jedáleň a priestor na skladovanie.

DPS patrí do štátnej správy poskytujúce sociálne služby, zdravotnícke výkony sú vykonávané v zdravotníckej starostlivosti. Už dva týždne odo dňa začatia prevádzky DSP sa uskutočnili štyri semináre pre ergoterapiu: plast, pletenie a šitie, domáce a záhradnícke práce. Kultúrno - vzdelávacie programy.

V zariadení sociálnych služieb sa pracovníci aktívne zapájajú do aktivizácie svojich klientov a to: rôznymi typmi činností a rokovaní (napr. "prasówka" alebo "rohový salón pre mužov a ženy"). Psychológ pomáha pracovníkom aj prijímateľom prekonávať ťažkosti, niekedy si zamestnanci sami žiadajú jeho služby, čo vedie k ich odlišnému vzdelávaniu (napr. pozemné komunikácie, liečba, burnout záležitosti).

V DPS sa realizujú aktivity:

1. Umenie. Kurz je vedený v ateliéri kde sa sociálni pracovníci snažia prispôbiť k individuálnym schopnostiam a záujmom klientov. Dôraz sa kladie na estetickú hodnotu diela v rovnakú dobu, bez toho, aby stratili svoje individuálne charakteristiky. Pri vytváraní umeleckých diel sa používajú rôzne techniky: kresba, maľba s akvarely, koláže, maľovanie na

sklo, zdobenie položiek decoupage technikou, vykonávanie výrezov, trhanie, vykľejanek, práca s papierom, práca so slaným cestom, perličky, maľovanie po stenách.

2. Krawiecke pletenie. Pri plánovaní workshopu sa niektorí účastníci snažia využiť svoje získané zručnosti. Klienti háčkovanie, pletenie (neskôr ochotne nosia klobúky, ponožky, šatky), šiť a našívať aplikácie.

3. Záhradníctvo. Táto forma terapie je veľmi pekná, ale vyžaduje si určitú fyzickú kondíciu. Počas kurzu sa klienti starajú o vzhľad okolia svojho zariadenia a o kvety vo vnútri. Vykonávajú údržbárske práce mimo domova (hrabanie, zametanie, polievanie kvetov). Klienti si s terapeutom vytvárajú záhony a skalky.

4. Varenia. Počas kurzu sa účastníci učia rozvíjať svoje kulinárske umenie a vymieňajú si poznatky na túto tému. S ľuďmi, ktorí boli nútení žiť svoj život v inej kultúre, majú rustikálne a kulinárske tradície. Výsledný kuchársky produkt je zameraný na poľskú kultúru.

5. Hudobná trieda. V DSP sa realizuje týždenne hudobná výchova.

6. Výučba poľského jazyka.

7. Vzdelávacie a kultúrne aktivity sa organizujú pre voľný čas, zoznamujú klientov a repatriantov o prvkoch poľskej kultúry. V rámci týchto aktivít sa realizujú výlety do rôznych častí Poľska, návšteva Krakowa.

Pred začiatkom prieskumu sme u každého klienta realizovali Mini-mental-test zameraný na kognitívne schopnosti, kde sme vyradili z celkového počtu respondentov 67, 32 respondentov nakoľko vykazovali známky demencie (hodnotenie MMSE 9-6 bodov). Celkový počet respondentov bol 35, z toho 30 žien a 5 mužov, vek respondentov od 63-80 rokov. Zaujímali sme sa o dĺžku pobytu v DPS, najkratšie v zariadení - 6 mesiacov je muž vo veku 72 rok, najdlhšie je v zariadení žena - 5 rokov vo veku 76 rokov, 80% respondentov je vdova/vdovec.

Vyhodnotenie prieskumných otázok

Otázka č. 1 Konkretizujte ochorenie, ktoré máte.

Ľudia vo vyššom veku majú prevažne multimorbiditu (viacero ochorení), preto sme sa zaujímali o ich konkrétne ochorenia, kde: Osteoporóza 60%, Diabetes mellitus 35%, Cardiovasculárne ochorenie 94% (nedokrvenie - 80%), Vysoký krvný tlak - 60%, Problémy s chrbticou 42% respondentov. Zaujímavé boli odpovede, kde problémy s rovnováhou má 88% respondentov. Tieto problémy sú spojené s ochorením zmyslových orgánov a pohybovým aparátom. Mobilitu ako najdôležitejšiu pri sebestačnosti jednotlivca nám

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

uviedlo, 51% (18) respondentov, že je mobilných, 49% čiastočne imobilných (podľa Katzovho testu sa jedná o 1-2 stupeň).

Otázka č. 2. Ako by ste ohodnotili prostredie v ktorom sa nachádzate?

(1 –veľmi spokojný/á, 5-vôbec nespokojný/á)

A - Vaša izba v ktorej ste ubytovaný/á?

B- S chodbou na Vašom oddelení/poschodí?

C- Spoločenská miestnosť na rôzne činnosti?

D - Záhrada okolo zariadenia?

E - Bezbariérovosť prostredia?

Prostredie a materiálno-technické vybavenie zariadení sociálnych služieb v Poľsku aj na Slovensku je veľmi dôležité pre bezpečnosť klientov ako prijímateľov sociálnych služieb. Organizácia má platné svoje predpisy s ktorými oboznámi aj svojich klientov v procese adaptácie. Zaujímalo nás, ako sú respondenti spokojní s prostredím, chceli sme zistiť bezbariérovosť a slobodu pohybu. V DPS je deväť jednoposteľových izieb, 20 dvojposteľových a šesť trojposteľových izieb.

Tabuľka č. 2 Prostredie klienta

		Veľmi spokojný/á	Spokojný/á	Čiastočne spokojný/á	Nespokojný/á	vôbec nespokojný/á	Priemer
A	Muž	1	0	4	0	0	2,40
	Žena	5	5	10	10	0	2,50
B	Muž	0	5	0	0	0	2,00
	Žena	0	15	5	10	0	2,80
C	Muž	0	5	0	0	0	2,00
	Žena	0	10	20	0	0	2,6
D	Muž	5	0	0	0	0	1,00
	Žena	10	15	5	0	0	1,80
E	Muž	0	5	0	0	0	2,00
	Žena	0	30	0	0	0	2,00

Zdroj: vlastné spracovanie

Z odpovedí nám vyplýva, že je rozdiel v spokojnosti s ubytovaním (mikro prostredie) medzi mužmi a ženami, ženy (priemer 2,50) sú nespokojnejšie ako muži. Veľmi spokojní sú respondenti, ktorí majú jednoposteľovú miestnosť, spokojní a čiastočne nespokojní boli respondenti, ktorí majú dvojposteľovú miestnosť. Môžeme konštatovať, že mikro prostredie je dôležité pre prijímateľa sociálnych služieb.

Veľmi zaujímavé sú odpovede respondentov na záhradu okolo zariadenia sociálnych služieb, kde v priemere (1,80) sú nespokojné ženy, muži (1,00). 15 respondentov (z toho 5 mužov a 10

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

žien) bolo veľmi spokojných, v druhostupňovom skúmaní sa jednalo o mobilných respondentov, spokojných bolo 15 respondentov (1 stupeň podľa Katza), 5 respondentov (2 stupeň podľa Katza). Okolie (záhradu) považujeme za mezo prostredie, ktoré je veľmi dôležité pre klientov v zariadeniach sociálnych služieb - pre ich samostatný pohyb. Na danú otázku nadväzovala ďalšia, kde sa respondenti vyjadrovali k bezbariérovosti, kde sa zhodne vyjadrili muži a ženy priemer (2,00), že sú spokojní s bezbariérovosťou zariadenia sociálnych služieb.

Otázka č. 3. Vyjadrite Vašu spokojnosť-nespokojnosť s poskytovanými službami?

A- ubytovanie E- nákup liekov

B- stravovanie F- nákup toaletných potrieb

C- pranie, žehlenie

D- úhrada za sociálnu službu

Tabuľka č. 3 Poskytované služby

		Veľmi spokojný/á	Spokojný/á	Čiastočne spokojný/á	Nespokojný/á	vôbec nespokojný/á	Priemer
A	Muž	1	0	4	0	0	2,60
	Žena	5	5	10	10	0	2,80
B	Muž	0	5	0	0	0	2,00
	Žena	0	15	5	10	0	2,80
C	Muž	0	5	0	0	0	2,00
	Žena	0	10	20	0	0	2,60
D	Muž	5	0	0	0	0	1,00
	Žena	10	15	5	0	0	1,80
E	Muž	0	5	0	0	0	2,00
	Žena	0	30	0	0	0	2,00
F	Muž	0	0	5	0	0	3,00
	Žena	0	0	30	0	0	3,00

Zdroj: vlastné spracovanie

V nasledujúcej otázke nás zaujímal názor respondentov na jednotlivé činnosti, za ktoré klienti ako prijímatelia sociálnych služieb platia úhradu, ktorú majú stanovenú v dohode. Z odpovedí nám vyplýva, že ubytovanie ako základná položka v úhrade za sociálnu službu s v priemere muži (2,60), ženy (2,80) nespokojnejšie ženy ako muži. V druhostupňovom triedení sú veľmi spokojní respondenti, ktorí majú jednoposteľovú miestnosť, spokojní a čiastočne nespokojní boli respondenti, ktorí majú dvojposteľovú miestnosť. Môžeme konštatovať, že mikro prostredie je dôležité pre prijímateľa sociálnych služieb.

Stravovanie - spokojní priemer muži (2,00), ženy (2,80). Spokojných bolo 5 respondentov-mužov, diéta racionálna. 15 respondentiek - žien bolo spokojných (z toho 50% diéta č.9), zaujímavá bola odpoveď kde 10 žien bolo nespokojných - v druhostupňovom triedení šlo o respondentky, ktoré boli v zariadení krátku dobu do jedného roka - diéta racionálna.

Úhrada za sociálnu službu je 70% z dôchodku alebo renty klienta/prijímateľa sociálnej služby. 30% musí zostať klientovi, t.z., kto má väčší dôchodok, rentu má úhradu vyššiu. Môžeme hovoriť o princípe solidarity v praxi, ktorý je medzi jednotlivými klientmi. Jednoznačne nám o tom hovoria aj názory respondentov (ženy), ktoré v počte 20 uviedli, že sú čiastočne spokojné. Druhostupňovým triedením 10 z nich poberalo vdovský dôchodok.

Nákup liekov ako činnosť, ktorú zabezpečuje DPS hodnotili všetci respondenti veľmi pozitívne v priemer muži-ženy (3,00). Do zariadenia chodia pravidelne (denne) dvaja všeobecní lekári (predpis liekov, preventívne prehliadky), dve fyzioterapeutky, a dve kinezioterapeutky.

Otázka č. 4. **Vyjadrite Vašu spokojnosť s poskytovanými doplnkovými službami?**

V tejto otázke sme sa zaujímali o doplnkové služby, ktoré poskytuje zariadenia sociálnych služieb za úhradu. Doplnkové služby odlišujú jednotlivé zariadenia sociálnych služieb, zároveň sú dôležité v procese adaptácie a adjustácie na prostredie v ktorom sa klient nachádza. Sociálny pracovník sleduje seba obraz jednotlivca vo vyššom veku (hlavne zmeny), preto sme sa zaujímali o ktoré doplnkové služby majú respondenti záujem.

Holič/kaderník chodí do DPS pravidelne jeden krát za mesiac, úhrada je podľa dohody s vedením zariadenia symbolická. Muži: jeden je veľmi spokojný so službou, 4 čiastočne; ženy: 5 veľmi spokojné, 10 nespokojných- tento znak sme skúmali druhostupňovým triedením, boli to respondentky s dĺžkou pobytu do jedného roka. Zaujímal nás ich názor, kde u 10 bola odpoveď: „ chýba my stará frizérka.” V priemere boli nespokojní muži (2,60), ženy (1,50), zaujímali sme sa o dôvod u mužov, ktorí vyjadrili čiastočnú spokojnosť z praktikantkami (holičkami).

Kozmetiku využívajú ženy sporadicky, počas pracovného obdobia túto službu využívali málo, preto v rámci kozmetických úkonov majú radi masáž tváre. Mužov sme sa pýtali na holenie, kde boli spokojní nakoľko holenie vyskúšali v rámci praxe študentov.

Pedikúra, ako doplnková služba je veľmi dôležitá hlavne u respondentov s ochorením diabetu mellitus, využívajú ju všetci respondenti. V priemere muži (2,00), ženy (2,60), dôvod nespokojnosti u žien bol v tom, že danú službu má poskytovať DPD bez nároku na úhradu.

Ďalej sme sa zaujímali o službu lekára, doprovod k lekárovi, doprovod na kultúrne podujatie kde sme nezistili významné rozdiely medzi mužmi a ženami. Doprovod k lekárovi veľmi

pozitívne hodnotili všetci respondenti, zaujímali sme sa o doprovod mimo zariadenia sociálnych služieb- rôzne vyšetrenia špecialistov, diagnostické a terapeutické vyšetrenia. Doprovod na kultúrne podujatia hodnotili viac negatívne ženy, kde druhostupňovým triedením znakov sa jednalo o klienti s dobou pobytu do jedného roka, čím môžeme jednoznačne predpokladať, že klientky nie sú stotožnené s ponukou (podľa druhu podujatia a miesta).

Otázka č. 5 Konkretizujte pracovníkov (ktorí nepracujú v DPS) a ich služby využívate?

V tejto otázke sme sa zaujímali na konkretizáciu pracovníkov, ktorí prichádzajú z vonka (nie sú zamestnancami DPS). Zaujímalo nás, či vedia pomenovať ľudí, ktorí prichádzajú z vonka. Bol pre nás zaujímavý názor, kde 20 (žien) respondentiek uviedlo, že nie sú spokojné s návštevami študentov. Sú to študenti z odboru: sestra, opatrovateľka, fyzioterapeut, sociálny pracovník. V druhostupňovom skúmaní sa jednalo o respondentky s dobou pobytu do jedného roka. V Poľskej republike sa začína veľmi aktívne pracovať zo zvieratami, o čom svedčia aj vyjadrenia respondentov v otázke D, kde vyjadrovali spokojnosť s canisterapiou.. Tento znak sme neskúmali ďalej, nebol predmetom nášho skúmania.

Otázka č.6 Na ktorých aktivitách sa zúčastňujete?

Podporovanie aktivít v DPS je dôležité z pohľadu pozitívnej adaptácie, vyžaduje si viacozmerný prístup, zodpovednosť a trvalú podporu všetkých pracovníkov. Vzhľadom na rastúci podiel starších ľudí v Európe a nárast chronických zdravotných ťažkostí je dôležité podporovať zdravé starnutie všetkých, najmä starších ľudí, podporovať ich vitalitu a dôstojnosť, zabezpečovať prístup k primeranej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti, dlhodobej starostlivosti a sociálnym službám.

Vo svojom oznámení „Európa 2020: **Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu,**“ z 3. marca 2010, komisia zdôraznila, ako je pre Úniu dôležité podporovať zdravé a aktívne starnutie populácie v záujme sociálnej súdržnosti a vyššej produktivity. Dňa 7. júna 2010 prijala Rada závery pod názvom: aktívne starnutie kde vyzvala v pokračovaní k príprave Európskeho roka aktívneho starnutia v roku 2012, počas ktorého bolo vhodné vyzdvihnúť výhody aktívneho starnutia a jeho prínosy medzigeneračnej solidarite. Dňa 11. novembra 2010 Európsky parlament prijal uznesenie s názvom: *demografické výzvy a solidarita medzi generáciami*, v ktorom vyzýva členské štáty, aby počas nasledujúcich rokov urobili z aktívneho starnutia jednu so svojich priorit. Rozhodnutie rady 2010/707/EU z 21.októbra 2010 v usmerneniach 7 a 8 vyzýva členské štáty na väčšie zapojenie sa do trhu práce prostredníctvom politik na podporu aktívneho starnutia, na zvýšenie miery zamestnanosti starších pracovníkov prostredníctvom podporovania

inovácie v organizácii práce a na podporu zamestnateľnosti týchto pracovníkov, zvyšovaním ich kvalifikácie a účasti na systémoch celoživotného vzdelávania. V súvislosti so stratégiou Európa 2020, komisia navrhla v rámci hlavnej iniciatívy Inovácia v Únii začať s realizáciou projektu *Partnerstvo pre inovácie*, zameraného na aktívne a zdravé starnutie (AHAIP). Cieľom projektu AHAIP je umožniť občanom, aby žili nezávislý život, do roku 2020 zvýšiť priemerný počet rokov prežitých v zdraví o dva roky.

Ciele európskeho roka nie je možné uspokojivo dosiahnuť na úrovni členských štátov v dôsledku potreby nadnárodnej výmeny informácií a šírenia osvedčených postupov v celej Únii. Únia prijala opatrenia v súlade so zásadou subsidiarity, podľa článku 5 Zmluvy o Európskej únii. **Rok 2012 bol vyhlásený za Európsky rok aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami**, kde cieľom bolo uľahčovať vytváranie kultúry aktívneho starnutia pre všetky vekové kategórie.

Zaujímali sme sa o konkrétne aktivity, ktoré sa realizujú v DPS, sú zamerané na aktivizáciu - k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje sociálnemu vylúčeniu a podporuje začlenenie v skupine (DPS) a v spoločnosti.

Tabuľka č. 6 **Aktivity v DPS**

Účasť na jednotlivých aktivitách a je hodnotenie bolo v priemere pozitívne, čo súvisí s mentálnou a mobilnou sebestačnosťou respondentov. K práci s drevom sa 20 (ženy) respondentov vyjadrili nespokojne, doplňujúcou otázkou sme zistili, že radšej pracujú s vlnou (pletanie, háčkovanie).

Otázka č. 7 **Zúčastňuje sa aktívne na spoločenských hrách?**

Spoločenské hry v konkrétnom zariadení sociálnych služieb závisia od ponuky, ale aj dopyte po konkrétnej hre. Našou otázkou sme zisťovali rozdiel v dopyte medzi mužmi a ženami, jednoznačne môžeme konštatovať, že mužské hry sú šach a poker, ženské hry kartové ako napr. Canasta..

Otázka č. 8 **Ako by ste ohodnotil/a prístup pracovníkov ktorí sa o Vás starajú v DPS?**V

tejto otázke sme sa zaujímali o hodnotenie respondentov na prístup konkrétnych pracovníkov, je rozdiel v tom, že pozitívne hodnotia pracovníkov pracujúcich v priamom kontakte, menej pozitívne pracovníkov s ktorými sa stretávajú sporadicky. Zaujímavé je tvrdenie, kde 20 (žien) je nespokojných s prácou ošetrovateliek. Daný znak sme skúmali druhostupňovým triedením, kde 10 respondentiek bolo v DPS do jedného roka.

Záver

V našom príspevku sme priniesli niektoré názory respondentov na sociálnu službu, doplnkové služby, aktivizáciu, na prostredie, na vybraných pracovníkov s ktorými sú v kontakte klienti

zariadenia. Je neskutočne dôležité zisťovať pravidelne názory klientov a rodinných príslušníkov na prácu pracovníkov DPS, čím sa predchádza syndrómu vyhorenia a dodržiava sa individuálny prístup.

Bibliografia

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).

Kontakt

Dr n.med. Ewa Kucharska

VADIMED – Kraków

e-mail: z.kucharski@vadimed.com.pl

Recenzia

PhDr., Mgr. Marianna Magerčiaková, PhD.

SOCIÁLNA POMOC A MOŽNOSTI JEJ VYUŽITIA POMOC SPOŁECZNA I PŁASZCZYZNY JEJ ODDZIAŁYWANIA

Ewa Kucharska- Robert Nęcek

Abstrakt

Sociálna pomoc sa realizuje formou sociálnej politiky, sociálnymi inštitúciami ktorých cieľom pomáhať ľuďom v ťažkých situáciách prekonať ich problém. Jedná sa o druh pomoci "pomoc k svojpomoci", ktorého cieľom je podporovať zásadu subsidiarity.

Kľúčové slová: podpora, pomoc, spoločnosti

Wstęp

Niewątpliwie do formacji ludzkich postaw należy pomoc społeczna. Choć jest realizowana instytucjonalną formą państwowej polityki, to jednak jej wyrazicielami są konkretni ludzie. Dlatego o wielkości instytucji mówią nie sztyldy, nawet najpiękniejsze, lecz osoby pod tymi sztyldami pracujące. Należy zatem podkreślić, że pomoc społeczna jest instytucją państwowej polityki społecznej. Jej celem staje się umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych i skomplikowanych sytuacji życiowych⁹³. Chodzi więc o taką pomoc, która jest w stanie stworzyć korzystne warunki rozwoju i umożliwić samodzielne zaspokajanie własnych potrzeb⁹⁴. Jest to niezmiernie istotne, gdyż „*presja dominującej kultury, która – jak zauważył Benedykt XVI – z uporem lansuje styl życia oparty na prawie silniejszego, na łatwym i pociągającym zysku, ostatecznie wywiera wpływ na nasz sposób myślenia, projekty i perspektywy naszej posługi, stwarzając zagrożenie, że zostaną pozbawione motywacji wiary i chrześcijańskiej nadziei, które je inspirowały*”⁹⁵. Dlatego wielość próśb o wsparcie i pomoc zepchniętych na margines społeczeństwa zobowiązuje do podejmowania rozwiązań „*odpowiadających logice skuteczności, widocznych efektów i reklamy*”⁹⁶.

Nieprzypadkowo więc papież podkreślił, że „*naród stanowi solidarną społeczność, w której wszyscy są wzajemnie za siebie odpowiedzialni, w której każdego podtrzymywała całość;*

⁹³ Por. E. KUCHARSKA. *Rola pracownika socjalnego w profilaktyce zdrowia społecznego*. W: *Zdrowie w pomocy społecznej*. Red. TENŻE. Kraków 2012 s. 72.

⁹⁴ Por. K. BIAŁOŻYT. *Pomoc społeczna*. W: *Pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*. Red. T. W. GIERAT, E. KUCHARSKA, A. GRUDZIŃSKI. Kraków 2012 s. 366.

⁹⁵ BENEDYKT XVI. *Trzeba wychować nowe pokolenia w duchu służby. Spotkanie z członkami organizacji zajmujących się duszpasterstwem społecznym (Fatima, 13.05.2010)*. „L'Osservatore Romano” 7:2010 s. 24.

⁹⁶ TAMŻE.

*dlatego każdy powinien traktować drugiego jak siebie, jako część całości, stanowiącej jego życiową przestrzeń*⁹⁷.

Pomoc społeczna przejawia się na trzech płaszczyznach – materialnej, edukacyjnej i duchowej. Zapotrzebowanie na pomoc finansową stwarzają klęski żywiołowe: huragany, powodzie, susze i trzęsienia ziemi. Atak żywiołów dotykający wielkich aglomeracji mieszkaniowych zwiększa prawdopodobieństwo, że liczba osób oczekujących wsparcia od instytucji pomocy społecznej wzrasta. W tym kontekście społeczna solidarność realizowana przez pomoc społeczną staje się podstawą decyzji państwa o obciążeniu podatkiem jego obywateli. Opodatkowanie służy wspomaganium tych, którzy sami sobie nie są w stanie pomóc. Dlatego urzeczywistnieniem zasady solidarności są różnego rodzaju publiczne zbiórki, kwesty i licytacje promowane przez podmioty medialne, polityczne i kościelne. Z drugiej jednak strony należy postawić pytanie, czy instytucjonalna pomoc w każdych warunkach jest konieczna i usprawiedliwiona? Czy poprzez fakt zbytnej pomocy nie ogranicza się osobie możliwości szybkiego odzyskania samodzielności? Mimo rodzących się pytań pomoc społeczna może stać się koniecznym impulsem na drodze uzyskania statusu samodzielnego podmiotu⁹⁸. Organizatorami publicznej pomocy społecznej są gminne i dzielnicowe ośrodki pomocy społecznej i Ośrodki Pomocy Rodzinie podlegające Miejskim Ośrodkom Pomocy Społecznej⁹⁹. Tym sposobem – dzięki pomocy społecznej – udziela się świadczeń materialnych i niematerialnych, których istotą są: reintegracja ze środowiskiem i ostateczne usamodzielnienie. Zakres i wysokość świadczeń uzależnione są od sytuacji klienta¹⁰⁰.

Płaszczyzna edukacyjna pomocy społecznej jest polega na prawnym przymusie zdobywania wiedzy i nieustannego kształcenia się. W placówkach oświatowych prowadzona edukacja uwrażliwia dzieci i młodzież na potrzeby ludzi marginalizowanych i potrzebujących. W szkołach rozwija się nie tylko umiejętności pisania i czytania, ale nade wszystko rozpoczyna się kształtowanie wrażliwości estetycznej i moralnej. Oprócz lekcji przedmiotów tradycyjnych można uczyć się religii lub etyki, uczestniczyć w zajęciach wychowania do życia w rodzinie i poznawać problematykę ekologiczną i prozdrowotną. Oznacza to, że w programach szkolnych istnieje konieczność działań wychowawczych i profilaktycznych wynikających z programów szkolnych¹⁰¹. Dodatkowo w szkołach prowadzona jest edukacja

⁹⁷ BENEDYKT XVI. *Jezus z Nazaretu. Od chrztu w Jordanie do Przemienienia*. T.I, s. 169.

⁹⁸ Por. B. HAJDUK, E. HAJDUK. *O pomocy skutecznej i nieskutecznej*. Zielona Góra 2008 s. 59-60.

⁹⁹ Por. E. KUCHARSKA. *Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku. Studium socjologiczno-etyczne*. Kraków 2012 s. 75.

¹⁰⁰ Por. K. BIAŁOŻYT. *Pomoc społeczna*, s. 366.

¹⁰¹ Por. B. KRAJEWSKA. *Instytucje wsparcia dziecka i rodziny. Zagadnienia podstawowe*. Kraków 2009 s. 18-20.

uwrażliwiająca młodzież na sprawy i problemy osób niepełnosprawnych i seniorów. Jej efektem jest skonkretyzowana pomoc polegająca na organizowaniu wigilii, świąt Wielkiej Nocy, a także pomocy w przygotowywaniu różnych wycieczek w sezonach zimowych i letnich. Niezwykle istotną formą wyrabiania wrażliwości na ludzką biedę są warsztaty edukacyjno-zajęciowe pomagające osobom w podeszłym wieku w ćwiczeniu pamięci i umysłu¹⁰².

W całokształcie pomocy społecznej przejawiającej się na płaszczyźnie edukacyjnej staje się zdobywanie biegłości i kompetencji w działaniu. Przypomnił o tym Benedykt XVI stwierdzając, że w działalności pomocowej wyjątkowo ważna jest zawodowa kompetencja, stanowiąca pierwszy próg wspomagania marginalizowanych¹⁰³. Mimo, że pomoc społeczna świadczona przez instytucje ma charakter instrumentalny i jest relacją asymetryczną, nie posiadającą żadnych zobowiązań powinnościowych, to jednak ludzkie oblicze instytucji nadają właśnie ludzie¹⁰⁴.

Zakończenie

Pomoc społeczna stanowi instytucję polityki społecznej państwa i ma na celu wzbudzenie u osób w trudnej sytuacji życiowej umiejętności jej przewycięzania. Jest to rodzaj pomocy dla samopomocy, który polega na promocji zasady pomocniczości.

Kontakt

Dr n. med Ewa Kucharska

CM Uniwersytetu Jagiellońskiego, dyrektor Centrum Medycznego "Vadimed".

Ks. Robert Nęcek

Rzecznik Prasowy Archidiecezji Krakowskiej i Konsultor ds. mediów Konferencji Episkopatu Polski.

e-mail: rzecznik@diecezja.pl

Recenzia

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

¹⁰² Por. E. KUCHARSKA. *Problematyka starzenia się i starości, a instytucjonalne formy opieki*, s. 81.

¹⁰³ Por. BENEDYKT XVI. *Zasoby miłości – ludzie, którzy dają nadzieję cierpiącym. Modlitwa Maryjna z papieżem (1.07.2012)*. „L'Osservatore Romano” 9-10:2012 s. 46.

¹⁰⁴ Por. B. HAJDUK, E. HAJDUK. *O pomocy skutecznej i nieskutecznej*, s. 61.

PROCESUÁLNE ŠTANDARDY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENÍ SUBSIDIUM

Lengyelová Tímea

Abstrakt

Kvalita predstavuje proces, ktorý má spĺňať očakávania klientov a vedie k ich celkovej spokojnosti. V príspevku poukazujeme na dôležitosť budovania manažmentu podľa koncepcie komplexného manažérstva kvality a vybraných systémových modelov, ktoré sú návodom pre jednoznačné správanie sa organizácie v oblasti kvality. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je vyjadrená v štandardoch. Štandardy, dávajú sestрам istotu, že svoju prácu vykonávajú „lege artis“. Súčasťou štandardu je ošetrovateľský audit, ktorý predstavuje systematické vyhodnotenie ošetrovateľskej praxe s cieľom zlepšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Zámerom príspevku je poukázať na to, že zavedenie systému manažérstva kvality v zariadeniach sociálnych služieb výrazne zvýši kvalitu starostlivosti, čím zabezpečí spokojnosť klientov a zvýši výkonnosť organizácie.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Štandard. Audit. Zariadenie sociálnych služieb. Systém manažérstva kvality.

ÚVOD

Kvalita je dnes vo všetkých oblastiach diskutovaným pojmom. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti je ťažko definovateľnou, pretože to závisí od charakteru starostlivosti, ako aj od cieľov, ktoré sa majú dosiahnuť. Starostlivosť ako humánna služba má zabezpečovať základné potreby klienta a má splniť jeho očakávania. Vysokú úroveň kvality služieb môžeme dosiahnuť implementovaním trvalého systému riadenia a kontroly kvality. V rôznych krajinách sa uplatňujú rôzne systémy manažmentu kvality. Základným cieľom manažmentu kvality sociálnych služieb je znižovanie nedostatkov v poskytovanej starostlivosti pri súčasnom zvyšovaní spokojnosti klientov a pri zachovaní ekonomickej efektívnosti organizácie. Manažment kvality zabezpečí požadované minimálne hladiny kvality stanovením štandardov pre primerane poskytnutú starostlivosť. Štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti vychádza zo stratégie riadenia kvality. Ošetrovateľský štandard je výstupom procesu, ktorý musí obsahovať postupnosť krokov. Neoddeliteľnou súčasťou štandardu je ošetrovateľský audit, ktorý umožňuje kontrolu poskytovanej starostlivosti.

ŠTANDARDY OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Štandardy sú nástrojom kvalitnej starostlivosti, ktoré vymedzujú minimálnu úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. V zariadení SUBSIDIUM sme robili prieskum, ktorého cieľom bolo vytvoriť lokálne procesuálne štandardy ošetrovateľskej starostlivosti. Pri tvorbe štandardov sme vychádzali z vyhlášky Ministerstva zdravotníctva č. 244/2011, ktorá určuje zdravotné výkony, ktoré v rámci ošetrovateľskej starostlivosti poskytujú sestry v zariadeniach sociálnych služieb. Sú to lokálne štandardy ošetrovateľských výkonov, ako: št.č.1 Príjem klienta do zariadenia sociálnych služieb, št.č. 2 Starostlivosť o klienta s tracheostomickou kanylou, št.č. 3 Bandáž dolných končatín, št.č. 4 Polohovanie imobilných klientov, št.č. 5 Kontrola glykémie glukomerom, št.č. 6 Ošetrovanie dekubitov a št.č.7A/B Hygiena rúk pri ošetrovaní klientov. Implementáciou nových štandardov do praxe sme chceli zvýšiť kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení SUBSIDIUM. S monitorovaním plnenia kritérií lokálnych štandardov v praxi sme zistili, že nové štandardy ošetrovateľských výkonov sú použiteľné v praxi a majú pozitívny vplyv na očakávaný výkon, či pracovný postup.

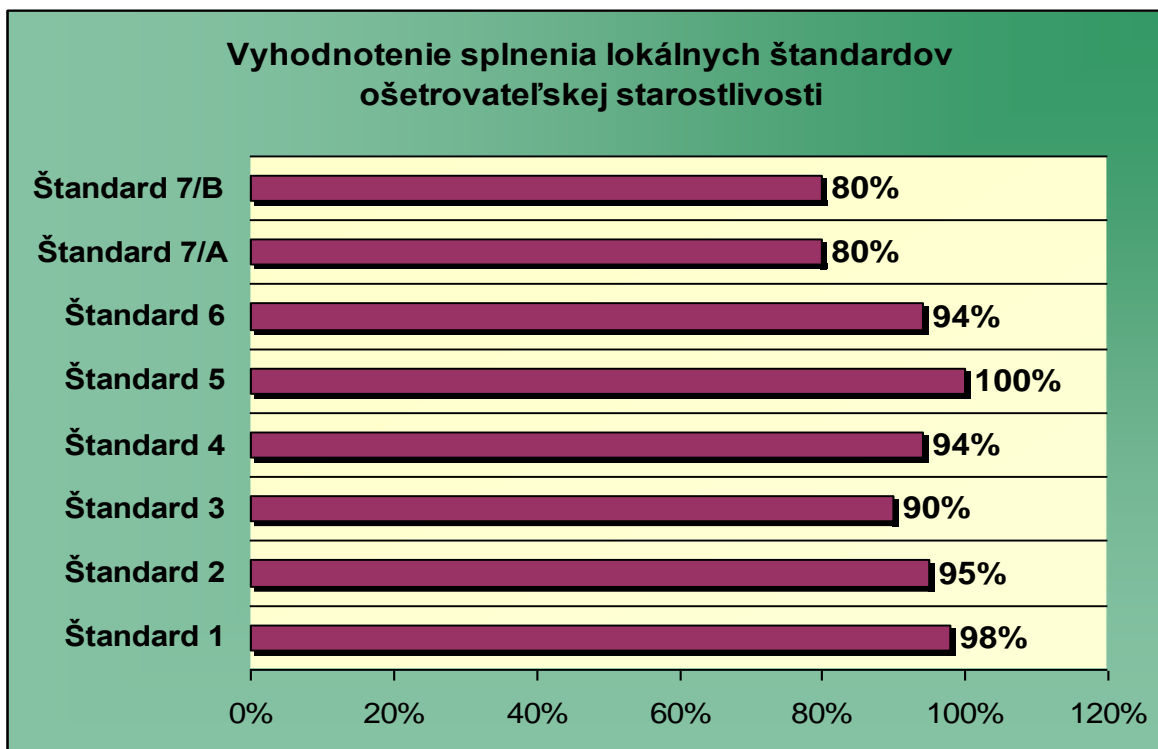
V druhej časti prieskumu sme realizovali interný audit v prirodzených podmienkach. Použili sme metódy pozorovania, kontroly prostredia, kontroly pomôcok, kontroly zdravotnej dokumentácie, priame kontroly uskutočneného výkonu, dali sme otázky pre sestry a pre klientov. V audite boli systematicky vyhodnotené plnenia daných štandardov a celková kvalita ošetrovateľskej starostlivosti podľa kontrolných kritérií, ktoré sú indikátorom kvality ošetrovateľskej starostlivosti a súvisia s výkonom.

Z výsledkov vyplýva pozitívne zistenie, že väčšina z kritérií štandardov boli splnené, nedostatky medzi kritériami štandardov a realizáciou ošetrovateľských výkonov boli minimálne.

VÝSLEDKY

Výsledkom prvej časti prieskumu bolo vytvorenie 7 nových lokálnych štandardov ošetrovateľských výkonov, ktoré majú zabezpečiť minimálnu úroveň ošetrovateľskej starostlivosti a vedú ku kontinuálnemu zvyšovaniu kvality v zariadení SUBSIDIUM.

V druhej časti prieskumu sme implementovali nové štandardy ošetrovateľských výkonov do praxe a monitorovali sme plnenie kritérií štruktúry, procesu a výsledku metódou interného auditu. Výsledky auditov sme vyjadrili v percentách.



Graf 9 Vyhodnotenie splnenia lokálnych štandardov ošetrovateľskej starostlivosti

Z výsledkov monitoringu procesu plnenia kritérií lokálnych štandardov ošetrovateľských výkonov vyplynulo, že štandard č. 5 sa splnil na 100%, štandard č. 1 sa splnil na 98%, štandard č. 2 sa splnil na 95%, štandardy č. 4 a č. 6 sa splnili na 94%, štandard č. 3 sa splnil na 90% a štandardy č. 7/A a č. 7/B sa splnili na 80%. Celkové splnenie kritérií lokálnych štandardov výkonu je 92%.

Súhrnne konštatujeme, že celkové splnenie lokálnych štandardov ošetrovateľskej starostlivosti bolo 92%. Z toho štandardy 1, 2, 3, 4, 5, 6 boli splnené úplne a štandard 7 bol splnený len čiastočne. Z týchto výsledkov môžeme vyvodit' možnosti pre ďalšie zvyšovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Predpokladáme, že výsledky interných auditov môžu významne prispieť k ďalšiemu rozvoju systému manažérstva kvality v organizácii.

ZÁVER

Podľa demografických ukazovateľov sa čoraz viac zvyšuje počet seniorov vyžadujúcich dlhodobú starostlivosť, ktorá sa na Slovensku väčšinou poskytuje v zariadeniach sociálnych služieb. Problémy súčasnosti a neustále sa zvyšujúce nároky nútia zariadenia sociálnych služieb k zavedeniu osvedčených manažérskych systémov do svojej štruktúry, ktoré vedú k neustálemu zvyšovaniu kvality poskytovaných služieb. Proces zavádzania a udržania

systémov manažérstva kvality zahŕňa aj vytváranie štandardných postupov. Seniori v týchto zariadeniach väčšinou trpia chronickými chorobami a preto si vyžadujú nie len sociálnu, ale aj zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť. Zabezpečenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti v praxi je kontinuálny proces. Pre zvyšovanie kvality je potrebné vytvoriť nástroje a systémy riadenia a monitorovania kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Nástrojmi zaistenia a merania kvality v ošetrovatelstve sú štandardy, ktoré zabezpečia optimálnu úroveň starostlivosti.

Hodnotenie kvality starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb je integrálnou súčasťou kvality života seniorov. To znamená, že cieľom ošetrovateľskej starostlivosti nie je len zlepšiť kvalitu starostlivosti, ale aj zabezpečiť čo najvyššiu úroveň kvality života. Kvalita života a kvalita starostlivosti by mala odrážať spoločnú víziu, poslanie a koncepciu starostlivosti v rámci organizácie.

Pri zabezpečení zvýšenej kvality ošetrovateľskej starostlivosti sú dôležité skúsenosti personálu a ich profesionálne vedomosti. Preto je dôležité pri zavádzaní systémov manažérstva kvality zainteresovať sestry do vypracovávania štandardov a do následnej kontroly pracovných výkonov. Je samozrejmé, že výsledky interných auditov ovplyvňujú politiku a ciele systému manažérstva kvality v organizácii.

Hlavným cieľom našej práce bolo vypracovať lokálne procesuálne štandardy a zistiť, ako ovplyvňujú ošetrovateľský proces v zariadení SUBSIDIUM. Na zistené nezhody medzi kritériami štandardov a realizáciou ošetrovateľských výkonov sme navrhli opatrenia. Z výsledkov vyplýva, že štandardy sú použiteľné v praxi a majú pozitívny vplyv na očakávaný výkon. Preto odporúčame, aby sestry naďalej participovali na tvorbe lokálnych štandardov a zároveň využívali štandardné ošetrovateľské postupy v praxi. Systém manažérstva kvality je efektívnym nástrojom v procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti s ktorým dáva organizácia klientom najavo, že sa sústreďuje na ich potreby a na kontinuálne zlepšovanie kvality poskytovaných služieb.

Bibliografia

KILÍKOVÁ, M. – JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008, 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KILÍKOVÁ, M. – NEMČOKOVÁ, A. 2006. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444. 2006, 9-10/2006, s. 22-23.

ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

TIBETSKÁ, Z. – ČERNÁ, E. 2012. Kvalita života seniorov v zariadeniach sociálnych služieb. In: *Štandardy kvality a ich vplyv na život prijímateľov sociálnych služieb*. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie. Svidník 2012. ISBN 978-80-8132-058-3. s. 231-238.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 244/2011 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 109/2009 Z. z., ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb.

Kontakt

Bc. Lengyelová Tímea

SUBSIDIUM – ŠZ, ZpS a DSS Rožňava

e-mail: timilengyelova@azet.sk

Recenzia

PhDr. Margita Kosturíková

**MANAŽMENT POSKYTOVANIA OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI
V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V BANSKOBYSTRICKOM KRAJI –
VÝSLEDKY PRIESKUMU**

Anna Macková

Cieľ

- Zistiť úroveň poskytovania zdravotnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb.
- Preskúmať podmienky poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v súvislosti s pracovným zaradením sestier a rozsahom poskytovaných výkonov.
- Overiť úroveň manažovania ošetrovateľskej starostlivosti.
- Zmapovať úroveň vzdelania a možnosti ďalšieho vzdelávania sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb.
- Získať názory riaditeľov zariadení sociálnych služieb na problematiku poskytovania zdravotnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Prieskum

- metóda prieskumu empirická - dotazník - 24 otázok typu zatvorených a otvorených
- realizácia prieskumu - jún, júl 2012
- návratnosť dotazníkov 92%
- oslovených 39 ZSS v zriaďovateľskej pôsobnosti BBSK v ktorých sa môže poskytovať ošetrovateľská starostlivosť
- základné charakteristické údaje - kapacita zariadenia, počet klientov podľa pohlavia, vekovej štruktúry, stupňa odkázanosti na sociálnu službu

Výsledky

Charakteristické údaje

Prieskumný súbor tvorilo 36 ZSS, z ktorých **najvyšší počet 36% má kapacitu 101 a viac klientov**. Druhou najväčšou skupinou je 31% zariadení s kapacitou do 40 klientov. 19% tvoria ZSS s kapacitou 41–60, 8% s kapacitou 81–100 a 6% zariadení má kapacitu 61–80 klientov.

Najväčšiu skupinu **25% klientov umiestnených v ZSS tvorili klienti vo vekovej hranici 81-**

90 rokov. 23% klientov bolo vo veku od 41 do 60 rokov, 21% klientov vo vekovej hranici od 71 do 80 rokov. Skupinu 13% tvorili klienti vo veku 61 až 70 rokov a skupinu 12% klienti vo vekovej hranici od 19 do 40 rokov. Najmenšou 5% skupinou boli klienti vo veku 90 a viac rokov a 1% klientov do 18 rokov. 11% ZSS tieto údaje neuviedlo.

V čase prieskumu bolo v ZSS umiestnených 41% mužov a 59% žien.

Z celkového počtu 2 057 klientov bolo **do V. a VI. stupňa odkázanosti zaradených 88% klientov, z toho do VI. stupňa až 77% klientov.** Do V. st. odkázanosti bolo zaradených 11% klientov.

Ošetrovateľská starostlivosť

75% ZSS poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť a má ju uvedenú aj v zriaďovacej listine, 17% zariadení poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, ale nemá ju uvedenú v zriaďovacej listine, 8% zariadení ošetrovateľskú starostlivosť neposkytuje.

K otázke využívania služieb ADOS v ZSS 8% zariadení uviedlo, že ošetrovateľská starostlivosť je v ZSS zabezpečovaná len touto externou formou, 36% zariadení využíva tieto služby len čiastočne pri niektorých výkonoch a v 53% zariadení je ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná len sestrami zariadenia. Ani jedno ZSS neposkytuje ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS zriadenej v rámci zariadenia.

Súčasťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je vedenie ošetrovateľskej dokumentácie. **61% ZSS vedie ošetrovateľskú dokumentáciu u všetkých klientov,** 31% ZSS len u vybraných klientov u ktorých si to vyžaduje zdravotný stav. 3% ZSS nevedie ošetrovateľskú dokumentáciu a ten istý počet 3% uviedli, že dokumentáciu vedie ADOS.

Ošetrovateľské štandardy ako jedno z kritérií kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti má vypracované 17% ZSS na všetky ošetrovateľské výkony, 17% iba na niektoré výkony a **64% zariadení ich nemá vypracované vôbec. V nadväznosti na monitoring dekubitov v kraji sa očakávalo, že ZSS budú mať vypracovaný aspoň štandard na prevenciu vzniku dekubitov.**

Ďalšie otázky boli zamerané na zdravotné výkony, ktoré sa v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS vykonávajú a ktoré z nich sa vykonávajú denne. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že **v ZSS sa vykonáva všetkých 45 výkonov, 80% z nich sa realizuje vo viac ako 50% zariadení.** Najväčšiu skupinu 97% tvoria výkony polohovanie pacienta, odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty a poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život. 94% výkonov tvorí aplikácia neinjekčnej liečby, 93% výživa bezvládneho klienta, výživa pacienta sondou, aplikácia liečiva intramuskulárne,

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

subkutánne, intrakutánne, ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov, ošetrovanie dekubitov s veľkosťou do 5 cm², preväz rany s veľkosťou do 5 cm² a konzultácia sestry o jednom pacientovi s ošetrovateľským lekárom. 89% tvoria výkony vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, kontinuálne sledovanie klinického stavu pacienta, odmeranie TT, TN, výter z rekta, odber spúta a kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta. Ošetrovateľská hygiena a preväz rany nad 5 cm² tvoria 86% výkonov. Pomerne veľkou skupinou sú výkony poučenie príbuzných, priebežné hodnotenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie, ošetrovanie dekubitu s veľkosťou nad 5 cm², odber krvi venepunkciou a kontrola glykémie glukomerom, ktoré tvoria 83%. Výkon psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života tvorí 82% a sledovanie diurézy 78%. 75% výkonov tvorí starostlivosť o chorého s permanentným katétrom a 72% verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u pacienta s nádorovým ochorením. Ošetrovateľská rehabilitácia a usmernenie spôsobu života pacienta s nádorovým ochorením tvoria 69%. 64% výkonov je aplikácia terapeutického celotelového zábalu alebo liečebného kúpeľa, a vyšetrenie moču. Ošetrovanie ústnej dutiny u onkologického pacienta alebo u pacienta s imunodeficientným stavom a výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiiach tvoria 61% výkonov. 56% tvorí nácvik podávania inzulínu, 53% umelé dýchanie a masáž srdca, vyhodnotenie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a záverečnej správy a 50% odsávanie pacienta. ***Len 20% výkonov sa realizuje v menej ako 50% ZSS.***

Pri výkonoch, ktoré sa v ZSS realizujú denne, je najpočetnejšou 97% skupinou aplikácia neinjekčnej liečby. Druhou najväčšou skupinou 94% je ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov. Ošetrovateľská hygiena a polohovanie pacienta tvorí tretiu 93% skupinu. Odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty tvorí 81%, výživa bezvládneho klienta a aplikácia liečiva intramuskulárne, subkutánne, intrakutánne 75%. 67% je kontinuálne sledovanie klinického stavu pacienta, 58% ošetrovateľská rehabilitácia, 53% preväz rany s veľkosťou do 5 cm² a konzultácia sestry s ošetrovateľským lekárom a 50% ošetrovanie dekubitu s veľkosťou do 5 cm². Ostatné výkony sa realizujú v menej ako 50% ZSS.

Analýzou zdravotných výkonov, ktoré vykonávajú sestry v ZSS možno konštatovať, že ak chceme poskytovať našim klientom kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, majú sestry v týchto zariadeniach nezastupiteľné miesto.

Funkcia ***manažéra pre ošetrovateľskú starostlivosť/hlavnej sestry nie je vytvorená v 67% ZSS***, s úväzkom 1,0 je zriadená v 14% zariadení a s nižším ako 1,0 úväzkom v 19% zariadení. Vykonávajú ju sestry s magisterským vzdelaním 50%, bakalárskym vzdelaním 33% a rovnaký

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

počet 8% sestry s VOV a SZŠ. V súvislosti s týmto výsledkom možno konštatovať, že absenciou funkcie manažérky pre ošetrovateľskú starostlivosť/hlavnej sestry nie je zabezpečená koordinácia ošetrovateľskej starostlivosti, alebo ju zabezpečuje iný neodborný pracovník. Požiadavku minimálne bakalárskeho vzdelania nespĺňa 8% manažérok.

Registrácia zdravotníckeho pracovníka je jednou z podmienok na výkon zdravotníckeho povolania. **28% zdravotníckych pracovníkov v ZSS nespĺňa podmienku registrácie, to v praxi znamená, že nemôžu vykonávať zdravotnícke povolanie,** nevzťahuje sa na nich povinnosť sústavného vzdelávania, zamestnávateľ porušuje právne predpisy.

Zdravotnícki pracovníci

Prieskum preukázal, že väčšina sestier v ZSS poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v obmedzenom úväzku. **Z počtu 316 zdravotníckych pracovníkov v ZSS je 68% sestier,** 22% sanitárov, rovnaký počet 4% fyzioterapeutov a zdravotníckych asistentov a 1% asistentov výživy.

Z celkového počtu 214 sestier je s úväzkom 1,0 zaradených 9% sestier. V kombinovanom úväzku zdravotnícky asistent a sestra je zaradených 38% sestier, z toho s 0,10 úväzkom sestry 4%, s 0,15 úväzkom 2%, s 0,20 úväzkom 9%, s 0,25 úväzkom 12%, s 0,50 úväzkom 10% a s 0,60 úväzkom 1% sestier. Do pozície zdravotníckeho asistenta s plným úväzkom je zaradených 27% sestier. V kombinovanom úväzku opatrovateľka a sestra je zaradených 13% sestier, z toho s 0,25 úväzkom 12% a s 0,50 úväzkom 1%. Opatrovateľku v plnom úväzku vykonáva 16% sestier. Do inej pozície je 5% sestier zaradených v kombinovanom úväzku ako vedúca sociálno-zdravotného úseku a hlavná sestra, vedúca úseku pre ošetrovateľskú starostlivosť a sestra na oddelení, hlavná sestra a zdravotnícky asistent, vedúca sociálno-zdravotného úseku a koordinátor ošetrovateľskej starostlivosti, koordinátor zdravotníckych pracovníkov a sestra, koordinátor strediska a opatrovateľka.

Z celkového počtu **19 sestier s úväzkom 1,0** je 53% denných sestier, 17% úsekových sestier, 14% hlavných sestier a 3% ambulantných sestier. **Žiadne ZSS nemá sestru s úväzkom 1,0 zaradenú do pozície** staničná sestra a **sestra pri lôžku.**

Z uvedených výsledkov vyplýva, že **povolanie sestry v plnom úväzku nevykonáva 91% sestier.** Tieto zistenia vedú k záveru, že **ak je v ZSS umiestnených 77% klientov so VI. stupňom odkázanosti a 61% zariadení vedie ošetrovateľskú dokumentáciu u všetkých klientov, nemôže byť poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a vedenie ošetrovateľskej dokumentácie realizované na požadovanej úrovni a v potrebnom rozsahu. Môže to tiež znamenať, že ZSS využívajú sestry na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v plnom**

rozsahu aj keď sú zaradené na nižšie pracovné pozície, alebo túto starostlivosť poskytujú neodborne opatrovatel'ky.

Vzdelanie, sústavné vzdelávanie

V ďalšej časti prieskumu ma zaujímali podmienky a možnosti vzdelávania sestier v ZSS. Podľa dosiahnutého vzdelania má 63% sestier ukončené úplné stredné odborné vzdelanie na SZŠ, 17% VOV, 12% bakalárske a 8% magisterské vzdelanie. Kvalifikačný predpoklad vzdelania - špecializáciu v odboroch ošetrovatel'stvo v komunite, v psychiatrii, v pediatrii a v odboroch vnútorného lekárstva spĺňa 66% sestier, prihlášku na štúdium si podalo 4% sestier, **špecializáciu nemá 30% sestier.**

Na špecializačné štúdium prispieva všetkým sestrám a v plnom rozsahu 3% ZSS, v obmedzenej výške a nie všetkým 14% zariadení a **81% ZSS neprispieva sestrám na špecializačné štúdium vôbec.**

64% ZSS umožňuje všetkým sestrám absolvovať špecializačné štúdium v rámci pracovného voľna s náhradou mzdy, 33% zariadení túto možnosť neposkytuje.

53% zariadení nerealizuje vzdelávacie aktivity pre zdravotníckych pracovníkov v rámci sústavného vzdelávania, v pravidelných intervaloch ich uskutočňuje 28% zariadení, 17% zariadení len občas.

V súvislosti s kombináciou úväzku a dosiahnutým vzdelaním sestier ma zaujímalo, koľko sestier s vyšším ako SZŠ vzdelaním je zaradených na nižšie pracovné pozície. Podľa odpovedí ZSS **je na nižšie pracovné pozície zaradených 57% sestier.**

Názory ZSS na poskytovanie zdravotnej ošetrovatel'skej starostlivosti

Jednou z dôležitých oblastí poskytovania zdravotnej ošetrovatel'skej starostlivosti v ZSS je aj spolupráca s ošetrojúcim lekárom, najmä v súvislosti s potrebami klientov s ťažkým zdravotným postihnutím. 47% ZSS hodnotí spoluprácu s ošetrojúcim lekárom za veľmi dobrú, 44% za dobrú a 6% za nedostatočnú.

Z prieskumu vyplynulo, **že ZSS majú záujem riešiť problematiku poskytovania ošetrovatel'skej starostlivosti v ich zariadeniach.** Až 72% ZSS uvítalo spoločné riešenie problematiky dekubitov v ZSS a ústavných zdravotníckych zariadeniach pod koordináciou samosprávneho kraja. **83% ZSS by uvítalo úhradu zdravotných výkonov zdravotnými poisťovňami,** bolo by to podľa nich spravodlivé a pomohlo by to zariadeniam finančne. 14% zariadení sa k otázke nevedelo vyjadriť.

88% zariadení prezentovalo názor, že ošetrovatel'ská starostlivosť by mala byť poskytovaná

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

sestrami zariadenia, to znamená, že sestra zariadenia poskytuje zdravotnú starostlivosť klientovi priamo v zariadení. 9% ZSS uviedlo, že ošetrovateľská starostlivosť v ZSS by mala byť zabezpečovaná sestrami zariadenia, v tom prípade sestra neposkytuje zdravotnú starostlivosť, len ju zabezpečuje privolaním lekára, LSPP, RZP, ADOS, alebo klienta odošle do nemocnice.

V prieskume som sa zaujímala aj o otázku problematiky *násilia páchaného na starších ľuďoch*, ktorá sa stáva čoraz diskutovanejšou témou odbornej verejnosti a ktorej obeťami sú najčastejšie starší ľudia odkázaní na pomoc iných. Tejto problematike sa venuje 39% ZSS, 8% len okrajovo a **47% zariadení sa tejto problematike nevenuje vôbec.**

Návrhy ZSS na prioritné riešenie - úsek ošetrovateľskej starostlivosti

Zvýšiť počet sestier, aby mohli poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť na kvalitnej úrovni podľa požiadaviek a potrieb klientov v zmysle zákona
Stanoviť, resp. zvýšiť normatív sestier v konkrétnych zariadeniach
Udržanie potrebného počtu sestier, aby mohla byť poskytovaná každodenná kvalitná ošetrovateľská starostlivosť
Plný úväzok pre sestry z dôvodu skvalitňovania poskytovania zdravotnej starostlivosti, nakoľko sa prijímajú klienti s odkázanosťou V. - VI.
Aby bola klientom ZSS poskytovaná zdravotná starostlivosť sestrami s plným úväzkom
Zvýšiť počet sestier na pôvodný
Vzhľadom na polymorbiditu klientov a široké spektrum ochorení somatických, psychiatrických, je treba riešiť ošetrovateľskú starostlivosť kvalifikovaným personálom
Docieľiť vyšší počet sestier, resp. zvýšiť úväzok sestier aspoň na 50 %
Vzhľadom na postupné pribúdanie veku klientov a následné zhoršovanie zdravotného stavu je potrebný dostatočný počet kvalifikovaného personálu z praxe
Postavenie sestier
Zaradenie, kompetencie, odmeňovanie sestier podľa dosiahnutého vzdelania
Finančná otázka, duplicitné vzdelávanie sestier
Zabezpečiť finančné prostriedky, aby boli sestry zaplatené a bolo ich dostatočné množstvo, a tým by sa skvalitnila ošetrovateľská starostlivosť
Konečne po rokoch by bolo potrebné legislatívne upraviť zaradenie sociálnych služieb medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a aby úhrady zdravotných výkonov poskytovaných sestrami ZSS boli hradené zdravotnými poisťovňami priamo sociálnemu zariadeniu
Legislatívne upraviť úhradu ošetrovateľských výkonov zo strany zdravotných poisťovní priamo ZSS
Financovanie prostredníctvom zdravotných poisťovní
Financovanie miezd sestier v porovnaní so mzdami ostatných zamestnancov a financovanie zdravotných výkonov
Zosúladiť zákon sestier s finančnými možnosťami zariadenia
Dostatok financií, zakúpiť pomôcky na skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Zabezpečiť bezbariérovosť a vybavenie oddelení pomôckami pre imobilných (polohovacie postele, hydraulické vozíky, zdvíhacie zariadenia)

Vybavenie zdravotníckymi pomôckami a sfunkčnenie signalizácie

Potreba pravidelných návštev ošetrojúceho lekára v zariadení

V našom zariadení je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti na dobrej úrovni

Záver

- vytvorenie koncepcie zdravotno-sociálnej starostlivosti – zákon o dlhodobej starostlivosti, vyriešenie systému financovania
- zmena legislatívy - úhrada zdravotných výkonov z verejného zdravotného poistenia → zabezpečenie finančných zdrojov na zvýšenie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ohodnotenie práce sestier → odstránenie degradácie povolania sestry v ZSS, zvýšenie spoločenského statusu, zrovnoprávnenie postavenia so sestrami v ZZ
- dlhodobo neriešené problémy v oblasti poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti, demografické ukazovatele - starnutie populácie → nízka garancia dostupnosti, kvality, bezpečnosti a spokojnosti p/k s úrovňou poskytovanej starostlivosti v ZSS
- absencia sestier a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS → ohrozenie života klientov, zhoršovanie závažnosti ich choroby, prechod do chronického štádia → diskriminácia klientov v ZSS pri zabezpečení rovnakého prístupu k zdravotnej starostlivosti → právo každého občana
- zdravotná ošetrovateľská starostlivosť → integrovaná súčasť komplexnej individuálnej starostlivosti o klienta v ZSS, vychádzajúc zo základnej filozofie sociálneho zákona

Kontakt

PhDr. Anna Macková, MPH

Banskobystrický samosprávny kraj

Námestie SNP 23, 974 01 Banská Bystrica

e-mail: anna.mackova@vucbb.sk

Recenzia

PhDr. Margita Kosturíková

KOMUNIKÁCIA AKO PREDPOKLAD EFEKTÍVNEJ EDUKÁCIE SENIORA

Mariana Magerčiaková, Gabriela Bellová

Abstrakt

Predlžovanie ľudského života, ako celoeurópsky a celosvetový fenomén starnutia populácie prináša rad nových problémov, ktoré sa týkajú všetkých oblastí spoločnosti. Starnutie je teda problémom celospoločenským. Aj sestry prichádzajú častejšie do kontaktu so seniormi pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Do popredia sa dostáva potreba edukácie tejto vekovej kategórie. Jej efektívnosť je určite možné zvyšovať správnym uplatňovaním komunikácie, resp. komunikačných zručností. Existuje totiž úzky vzťah medzi úrovňou komunikácie a efektívnosťou edukačného procesu. Príspevok je zameraný na prezentáciu výsledkov prieskumu, ktorého cieľom bolo zmapovať úroveň komunikácie sestier pri edukácii pacientov- seniorov.

Kľúčové slová: Komunikácia. Edukácia. Senior. Sestra.

Úvod

„Komunikácia s pacientom je dôležitým aspektom ošetrovateľských činností. Pod komunikáciou s pacientom rozumieme uplatňovanie nielen verbálnej komunikácie zameranej na získavanie a poskytovanie rôznych informácií, či aktívne počúvanie, ale aj uplatňovanie jednotlivých zložiek neverbálnej komunikácie“ (Morovicsová a kol., 2004, s. 90). Sestra musí ovládať špecifické aspekty komunikácie s pacientmi rôznych vekových kategórií. Zvláštnu skupinu tvoria seniori, s ktorými sestry prichádzajú do kontaktu pri výkone svojho povolania čoraz častejšie. Ako uvádza Kamanová (2013, s. 11) „populačný vývoj v 21. storočí je nepriaznivý, celosvetové demografické ukazovatele jasne naznačujú, že ľudstvo starne a ľudí v postproduktívnom veku neustále pribúda. Predlžovanie ľudského života, ako celoeurópsky a celosvetový fenomén starnutia populácie prináša rad nových problémov, ktoré sa týkajú všetkých oblastí spoločnosti. Starnutie je teda problémom celospoločenským, pričom zdravotná a sociálna dimenzia sú na prvom mieste v dôležitosti“.

Vzhľadom na uvedené skutočnosti prichádzajú častejšie do kontaktu so seniormi aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Do popredia sa dostáva potreba edukácie tejto vekovej kategórie. Hoci je edukácia dôležitá a nenahraditeľná predovšetkým pre udržanie sebestačnosti a nezávislosti človeka vo vyššom veku, pre sestru môže byť niekedy veľmi frustrujúca (Magerčiaková, 2010). Multidisciplinárny tím v starostlivosti o klienta je

nesmierne dôležitý, každý člen tímu tu má svoju významnú a nezastupiteľnú úlohu pre čo najoptimálnejšie podmienky starostlivosti o klienta a jeho rodinu (Štefáková, 2010). Jej efektívnosť je určite možné zvyšovať správnym uplatňovaním komunikácie, resp. komunikačných zručností.

Ako uvádzajú Kristová, Tomašková (2002, s. 79) „*pod termínom profesionálna komunikácia sestry rozumieme komplexnú a náročnú zručnosť, ktorá si vyžaduje zvládnutie vonkajších a vnútorných podmienok. Osvojenie takýchto spôsobilostí a zručností jej umožní sociálnu interakciu a komunikáciu nielen začať, ale i rozvíjať a ukončiť*“. Juřeníková (2010) uvádza, že existuje úzky vzťah medzi úrovňou komunikácie a efektívnosťou edukačného procesu. Kto sa chce podieľať na edukácii, musí mať nielen komunikačné vedomosti, ale aj zručnosti. Na komunikačnom procese sa podieľa hovorca (edukátor), ktorý odosiela určitú správu poslucháčovi. Poslucháč (edukant) musí správu určitým spôsobom dekódovať, prípadne primeraným spôsobom reagovať. Celý komunikačný proces prebieha v určitom situačnom kontexte- t. j. situácia, v ktorej komunikácia prebieha. V priebehu komunikácie sa môžu objaviť aj tzv. komunikačné šumy (možnosť skreslenia informácií).

Verbálnu aj neverbálnu komunikáciu uplatňuje sestra v edukácii nielen pri využívaní edukačných metód hovoreného slova, ale aj pri využívaní iných metód edukácie, a tiež v motivácii seniora k získavaniu vedomostí, zručností či zmene postojov. Efektívna komunikácia má svoje významné miesto vo všetkých fázach edukačného procesu- v posudzovaní, diagnostike, plánovaní, realizácii aj vyhodnotení. Nemcová (2010, s. 25) uvádza, že „edukačný proces je systematický, logický, následný a plánovaný proces, v ktorom prebiehajú vzájomne sa ovplyvňujúce činnosti- vzdelávanie a učenie“. Komunikáciu sestra využíva aj pri kooperácii s podpornými osobami edukanta počas ošetrovateľskej starostlivosti, ako aj edukácie, čo je zvlášť dôležité u seniorov.

Seniori predstavujú špecifickú skupinu pacientov, s ktorými sestra prichádza do kontaktu pri výkone svojho povolania a u ktorých realizuje aj edukáciu. „*Sestra, ktorá realizuje edukačný proces, musí mať teoretické i praktické vedomosti o edukácii a jej osobitostiach pri výchove a vzdelávaní seniorov, patria sem zásady edukačného procesu, zmeny v starobe ovplyvňujúce kognitívne funkcie a osvojovanie si nových informácií, podávanie informácií seniorom, faktory ovplyvňujúce edukáciu a kroky edukačného procesu*“ (Malíková, Magerčiaková, 2007, s. 286).

Cieľ prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zmapovať úroveň komunikácie sestier pri edukácii pacientov-seniorov.

Metodika a realizácia prieskumu

Na zber relevantných údajov sme použili empirickú metódu neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 22 položiek. Z celkového počtu položiek bolo 14 zatvorených, 4 otvorené a 4 kategorizačné. Rozdaných aj vrátených bolo 48 dotazníkov (návratnosť 100%). Pri vyplňaní dotazníkov sme respondentom do určitej miery pomáhali, a to vzhľadom na vek a zdravotný stav. Prieskum sme realizovali v mesiaci december 2012 v Zariadení pre seniorov a Domove sociálnych služieb Krupina a na oddelení dlhodobo chorých v Nemocnici Krupina.

Prieskumný súbor

Prieskumný súbor tvorilo 48 respondentov, ktorí boli umiestnení v Zariadení pre seniorov a Domove sociálnych služieb Krupina alebo na oddelení dlhodobo chorých v Nemocnici Krupina. Výber respondentov bol zámerný. Základné kritériá pre výber respondentov boli vek nad 65 rokov a skúsenosti s poučením zo strany sestier. Respondenti boli vo veku od 65 do 89 rokov. V súbore bolo 28 žien a 20 mužov.

Výsledky prieskumu

Položka: Ako hodnotíte úroveň poučenia zo strany sestier?

Tabuľka 1 Hodnotenie úrovne poučenia pacientov zo strany sestier

Možnosti odpovede	Počet (n)
Výborná	6
Dobrá	22
Uspokojivá	10
Zlá	4
Neviem	6
Spolu	48

6 respondentov hodnotí celkovú úroveň edukácie zo strany sestier ako výbornú, 22 respondentov ako dobrú. Ako uspokojivé hodnotí poučenie 10 respondentov, ako zlé 4 respondenti a 6 respondentov nevedelo úroveň poučenia posúdiť.

Položka: Pociťujete nejakú prekážku, ktorá bráni efektívnemu poučeniu?

Tabuľka 2 Pociťovanie bariéry edukácie

Možnosti odpovede	Počet (n)
Áno	14
Nie	24
Neviem	10
Spolu	48

Na uvedenú položku 14 respondentov odpovedalo kladne, naopak 24 respondentov volilo odpoveď „nie“. 10 respondentov nevie posúdiť, či pociťujú prekážku, ktorá bráni ich efektívnemu poučeniu. Ako prekážky poučenia respondenti uviedli nedostatočnú komunikáciu zo strany zdravotníckych pracovníkov a zmeny sluchu.

Položka: Ak je pri poučení využitý písomný leták, je dostatočne zrozumiteľný?

Tabuľka 3 Zrozumiteľnosť písomných edukačných materiálov

Možnosti odpovede	Počet (n)
Áno	10
Nie	14
Niekedy	16
Neviem	8
Spolu	48

Pri odpovedi na uvedenú položku sme zistili, že písomný materiál využitý pri poučení považuje za zrozumiteľný 10 respondentov, naopak 14 respondentov ho považuje za nezrozumiteľný. 16 respondentov uviedlo, že písomné letáky sú nezrozumiteľné niekedy a 8 respondentov nevie túto skutočnosť posúdiť.

Položka: Všimáte si, akým štýlom sestry pri poučení s Vami komunikuje?

Tabuľka 4 Všimanie si štýlu komunikácie sestry s pacientom pri poučení

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno, vždy	20
áno, iba pri dôverných informáciách	12
Nie	14
neviem posúdiť	2
Spolu	48

20 respondentov v odpovedi na uvedenú položku uviedlo, že si vždy všimajú, akým štýlom sestra pri poučení s nimi komunikuje, 12 respondentov si túto skutočnosť všíma iba pri dôverných informáciách. Naopak, 14 respondentov si štýl komunikácie sestry pri ich poučení nevšíma a 2 respondenti nevedia túto skutočnosť posúdiť.

Položka: Aký tón hlasu alebo hlasitosť reči sestra pri poučení používa?

Tabuľka 5 Intonácia a hlasitosť reči sestry pri edukácii pacienta

Možnosti odpovede	Počet (n)
primeraný, jasný tón	28
zvýšený tón	10
agresívny, vysoký tón	4
neviem posúdiť	6
Spolu	48

28 respondentov v uvedenej položke posúdilo tón hlasu, resp. hlasitosť sestry pri ich poučení ako primeraný a jasný, 10 respondentov ho označilo ako zvýšený, 4 respondenti ako agresívny alebo vysoký tón hlasu. 6 respondentov sa nevedelo k tejto skutočnosti vyjadriť.

Položka: Je množstvo informácií, ktoré Vám poskytne sestra pri poučení primerané tak, aby ste ho pochopili?

Tabuľka 6 Primeranosť informácií poskytnutých sestrou pri poučení pacienta

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno, vždy	6
častejšie áno	12
častejšie nie	22
vždy nie	8
Neviem	0
Spolu	48

Na uvedenú položku 6 respondentov odpovedalo, že vždy im sestra pri poučení poskytne primerané množstvo informácií. 12 respondentov uviedlo, že častejšie áno, naopak 22 respondentov častejšie nie a 8 respondentov vždy nie.

Položka: Používajú sestry pri poučení veľa odborných termínov, ktorým nerozumiete?

Tabuľka 7 Používanie odborných termínov pri poučení pacienta

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Možnosti odpovede	Počet (n)
Áno	16
áno, s vysvetlením cudzích slov	18
Nie	12
neviem posúdiť	2
Spolu	48

16 respondentov potvrdilo používanie odborných termínov sestrami pri ich poučení. 18 respondentov tiež potvrdilo používanie cudzích výrazov, ale s ich vysvetlením, naopak 12 respondentov popiera používanie odborných termínov v edukácii. 2 respondenti nevedia túto oblasť posúdiť.

Položka: Pochopíte sprostredkované informácie v poučení na prvýkrát bez nutnosti ich opakovania?

Tabuľka 8 Pochopenie sprostredkovaných informácií bez nutnosti opakovania

Možnosti odpovede	Počet (n)
Áno	8
Nie	16
Niekedy	6
je nutné opakovať aj niekoľkokrát	18
Spolu	48

8 respondentov uviedlo, že pochopia informácie sprostredkované v poučení bez nutnosti ich opakovania, naopak 16 respondentov tieto informácie na prvýkrát nepochopí. 6 respondentov pochopí informácie sprostredkované v edukácii na prvýkrát iba niekedy a u 18 respondentov je nevyhnutné tieto informácie opakovať aj niekoľkokrát.

Položka: Overí si sestra pri poučení, či ste plne pochopili informácie, ktoré Vám poskytla?

Tabuľka 9 Overenie si pochopenie informácií poskytnutých v poučení pacienta

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno, vždy	14
áno, iba pri dôležitých výkonoch	20
Nie	10
neviem posúdiť	4
Spolu	48

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Na základe odpovedí na uvedenú položku môžeme konštatovať, že podľa názoru 14 respondentov si sestra vždy pri ich poučení overí pochopenie poskytnutých informácií. 20 respondentov uviedlo, že toto overenie sestra realizuje iba pri dôležitých výkonoch a 10 respondentov uviedlo, že sestra si pochopenie informácií neoveruje. 4 respondenti nevedia túto skutočnosť posúdiť.

Položka: Akú polohu zaujme sestra najčastejšie pri komunikácii s Vami, keď Vás o niečom púča?

Tabuľka 10 Zaujatie polohy sestry pri komunikácii v rámci poučenia pacienta

Možnosti odpovede	Počet (n)
sedí pri mne na posteli	22
stojí vedľa mňa	12
stojí vo dverách	8
nesledujem to	6
Spolu	48

Na položenú otázku 22 respondentov odpovedalo, že sestra pri poučení sedí pri nich na posteli, 12 respondentov odpovedalo, že sestra stojí vedľa nich. Podľa názoru 8 respondentov sestra stojí vo dverách a 6 respondentov túto oblasť nesleduje.

Položka: Dodržiavate inštrukcie a rady, ktoré Vám sestry poskytujú pri poučení?

Tabuľka 11 Dodržiavanie inštrukcií sestry

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno, vždy	6
častejšie áno	8
častejšie nie	20
nie, nikdy	10
neviem	4
Spolu	48

6 respondentov v odpovedi na uvedenú položku uviedlo, že dodržiavajú inštrukcie zo strany sestry vždy, 8 respondentov volilo možnosť odpovede „častejšie áno“, 20 respondentov „častejšie nie“. 10 respondentov priznáva, že rady sestry nedodržiava nikdy a 4 respondenti nevedia túto oblasť posúdiť.

Diskusia

Jedným z dôležitých predpokladov efektívnej edukácie seniora je určite adekvátna komunikácia. Starší ľudia predstavujú špecifickú cieľovú skupinu edukácie. Vágnerová (in Nemcová, Hlinková a kol., 2010) uvádza, že seniori strácajú sociálne kontakty, majú problémy v komunikácii, obmedzuje ich nedoslýchavosť, zhoršené vybavovanie slov. Odmietajú zmeny aj v oblasti hodnôt a noriem správania.

Ako uvádza Magerčiaková (2010) so seniormi prichádzajú do kontaktu častejšie aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Do popredia sa teda dostáva potreba edukácie tejto vekovej kategórie. Hoci je edukácia dôležitá a nenahraditeľná predovšetkým pre udržanie sebestačnosti a nezávislosti človeka vo vyššom veku, pre sestru môže byť niekedy veľmi frustrujúca. Niekoľko negatívnych skúseností so seniormi môže viesť u sestry k vytvoreniu nebezpečného názoru, že výučba seniorov je zbytočná. Takýto postoj ovplyvní nesprávny prístup sestry k starším pacientom a ku ich výučbe (Škrľa, Škrlová, 2003). V našom prieskume sme zisťovali, ako respondenti hodnotia poučenie zo strany sestier. 6 respondentov hodnotí celkovú úroveň edukácie zo strany sestier ako výbornú, 22 respondentov ako dobrú. Ako uspokojivé hodnotí poučenie 10 respondentov, ako zlé 4 respondenti a 6 respondentov nevedelo úroveň poučenia posúdiť.

Juřeniková (2010) uvádza, že komunikácia v edukačnom procese plní niekoľko funkcií, a to sprostredkúva výmenu informácií, skúseností, motívov, postojov a emócií, umožňuje vzájomný kontakt a pôsobenie medzi účastníkmi edukácie, ovplyvňuje účastníkov edukačného procesu a je prostriedkom pre uskutočnenie edukácie. V našom prieskume nás zaujímalo, či si respondenti všimajú, akým štýlom sestra pri poučení s nimi komunikuje. 20 respondentov uviedlo, že si vždy všimajú, akým štýlom sestra pri poučení s nimi komunikuje, 12 respondentov si túto skutočnosť všimá iba pri dôverných informáciách. Naopak, 14 respondentov si štýl komunikácie sestry pri ich poučení nevšimá a 2 respondenti nevedia túto skutočnosť posúdiť. V tejto súvislosti sme sa pýtali aj na to, aký tón hlasu alebo hlasitosť sestra pri poučení využíva. 28 respondentov posúdilo tón hlasu, resp. hlasitosť sestry pri ich poučení ako primeraný a jasný, 10 respondentov ho označilo ako zvýšený, 4 respondenti ako agresívny alebo vysoký tón hlasu. 6 respondentov sa nevedelo k tejto skutočnosti vyjadriť. Juřeniková (2010) v súvislosti s hlasitosťou uvádza, že edukátori musia intenzitu hlasu vždy prispôbiť prostrediu, v ktorom je edukácia realizovaná, počtu edukantov a situácii. Každý edukant by mal dobre počuť- veľká hlasitosť ako aj tichý hlas unavuje.

Pri edukácii seniorov je dôležité aj množstvo informácií, ktoré im je poskytnuté. V našom prieskume 6 respondentov odpovedalo, že vždy im sestra pri poučení poskytne primerané množstvo informácií. 12 respondentov uviedlo, že častejšie áno, naopak 22 respondentov častejšie nie a 8 respondentov vždy nie. Je preto nevyhnutné zaoberať sa množstvom informácií, ktoré sú seniorovi pri poučení sprostredkované, resp. rozsahu vedomostí a zručností, ktoré si má senior osvojiť.

Kristová, Tomašková (2002) uvádzajú medzi prekážkami v komunikácii zo strany sestry aj používanie odbornej terminológie, ktorej pacient nerozumie. Aj v rámci nášho prieskumu potvrdilo 16 respondentov používanie odborných termínov sestrami pri ich poučení. 18 respondentov tiež potvrdilo používanie cudzích výrazov, ale s ich vysvetlením, naopak 12 respondentov popiera používanie odborných termínov v edukácii.

Dôležitou oblasťou edukácie je porozumenie sprostredkovaným informáciám. 8 respondentov uviedlo, že pochopia informácie sprostredkované v poučení bez nutnosti ich opakovania, naopak 16 respondentov tieto informácie na prvýkrát zvyčajne nepochopí. 6 respondentov pochopí informácie sprostredkované v edukácii na prvýkrát iba niekedy a u 18 respondentov je nevyhnutné tieto informácie opakovať aj niekoľkokrát. Na túto skutočnosť upozorňujú aj Magurová, Majerníková (2009, s. 68), ktoré uvádzajú, že „zložitejšie alebo zvlášť dôležité informácie niekoľkokrát zopakujeme, prípadne ich aj napíšeme na papier“. Samozrejme, že pochopenie informácií je nevyhnutné overiť. Magerčiaková (2007) zvlášť pri výučbe starších pacientov zdôrazňuje spätnú väzbu. Podľa vyjadrenia respondentov v rámci prieskumu 14 respondentov uvádza, že si sestra vždy pri ich poučení overí pochopenie poskytnutých informácií. 20 respondentov uviedlo, že toto overenie sestra realizuje iba pri dôležitých výkonoch a 10 respondentov uviedlo, že sestra si pochopenie informácií neoveruje.

Záver

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je nevyhnutne spojená s efektívnou edukačnou činnosťou zo strany sestier. Efektívna edukácia však nie je možná bez správneho uplatňovania komunikačných zručností. U seniorov je osobitne dôležité pri edukácii zohľadňovať zmeny typické pre tento vek, čo platí aj pre využívanie komunikácie. „Senior si v edukácii vyžaduje väčšiu časovú dotáciu, trpezlivý, tolerantný a individuálny prístup. Dôležité je integrovať do edukačného procesu rodinu, prípadne iné podporné osoby“ (Magurová, Majerníková, 2009). „V živote človeka však môžu nastať situácie, kedy je potrebná pomoc iného. Vtedy nastupujú sociálne služby, ktoré hrajú pre dôstojné dožitie dôležitú úlohu. Preto sú veľmi dôležití ľudia,

ktorí tieto služby poskytujú. Sú to práve oni od ktorých závisí to, ako človek ktorí je odkázaný na pomoc prežije neľahké obdobie staroby.“ (Ďaláková, Šrobárová, 2013 s.83)

Pre zlepšovanie komunikácie v edukačnej činnosti je nevyhnutné, aby sa sestry, ktoré participujú na ošetrovateľskej starostlivosti, a teda aj na edukačnej činnosti u seniorov, nevyhnutne zdokonaľovali v komunikačných zručnostiach s touto cieľovou skupinou. Príprava si v praxi vyžaduje aj vzťah k ľuďom, schopnosť komunikovať s ľuďmi, kultivovaný prejav a vystupovanie, správnosť úsudku a hlavne trpezlivosť. (Šrobárová, 2011 s.63)

Komunikácia v kontexte edukácie vplyva na jej úspešnosť, ktorá spočíva predovšetkým v dodržiavaní naučených zásad a postupov v správaní a konaní seniora alebo jeho podporných osôb. Dosiahnutie compliance zo strany pacienta, resp. edukanta má významný vplyv na kvalitu jeho života, čo je nezanedbateľné nielen u seniorov.

Bibliografia

- ĎALÁKOVÁ, S., ŠROBÁROVÁ, S.: Starostlivosť o seniorov prostredníctvom pobytovej a terénnej sociálnej práce. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2013. - 88 s. - ISBN 978-80-561-0013-4.
- JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 73 s., ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAMANOVA, I. 2013. *Človek vo vyššom veku v podmienkach Slovenskej republiky*. Kraków: Wydawnictwo SALWATOR, 2013, 208 s., ISBN 978-83-7580-347-1.
- KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. 2002. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2002, 165 s., ISBN 80-8063-107-7.
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve I*. 1. vyd. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva KU, 2007, 106 s., ISBN 978-80-8084-221-5.
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2010. Senior ako edukant v ošetrovateľstve. In: *Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovateľstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci* (zborník z konferencie). Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2010, s. 341- 349, ISBN 978-80-7318-978-5.
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009, 155 s., ISBN 978-80-8063-326-4.
- MALÍKOVÁ, K., MAGERČIAKOVÁ, M. 2007. Osobitosti edukačného procesu pri výchove a vzdelávaní seniorov. In: *Ošetrovateľstvo teória, výskum a vzdelávanie* (zborník z konferencie), Martin: JLF UK, 2007, s. 283- 294, ISBN 978-80-88866-43-5

MOROVICSOVÁ, E. a kol. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2004, 140 s., ISBN 802-23-1940-6.

NEMCOVÁ J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 260 s., ISBN 978-80-8063-321-9.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreatívno ošetrovatel'ský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s., ISBN 80-7172-841-1.

ŠTEFÁKOVÁ, L. *Multidisciplinárny tím v paliatívnej starostlivosti*. In: Zborník z 2. medz. ved. konferencie „Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci“. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2010, s. 116 – 126. ISBN 978-80-7318-978-5.

ŠROBÁROVÁ, S.: *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci* - [1. vyd.]. - Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2011. - 146 s. - ISBN 978-80-8084-715-9.

Kontakt

PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok

e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

Bc. Gabriela Bellová

DSS a ZPS Krupina

Recenzia

Doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

SOCIÁLNA POMOC O SENIOROV FORMOU DOMOVOV SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI

POMOC SPOŁECZNA WZGLĘDEM OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE DZIAŁALNOŚCI DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Józefa Matejek

Abstrakt

Systematickým pozorovaním v našej spoločnosti vidíme zvyšujúci sa počet starších ľudí. To si vyžaduje prijať konkrétne opatrenia na zachovanie celkovej kondície a zdravia, ale aj na rozvoj vhodných inštitúcií poskytujúcich pomoc starším ľuďom. Jeden z takýchto foriem je aj dom s opatrovateľskou službou, kde sa poskytuje starostlivosť dvadsaťštyri hodín denne. Poskytuje služby ako: bývanie, starostlivosť, pomoc a vzdelávanie, podporu.

Kľúčové slová: sociálna pomoc, podpora, staršie osoby.

Wstęp

Wyniki prowadzonych analiz demograficznych w Polsce, podobnie jak i w wielu innych krajach Europy wskazują na systematycznie postępujący proces starzenia się naszego społeczeństwa. Taka sytuacja niewątpliwie zmusza do podejmowania pewnych działań zarówno w sferze ekonomicznej oraz socjalnej, a problemy dotyczące starzenia się i starości coraz częściej pojawiają się zarówno w opracowaniach naukowych jak i dyskusjach w gronie ekspertów, stanowią także ważny czynnik określający kierunek polityki społecznej skierowanej do seniorów.

Starość jako faza życia człowieka

Starość jest naturalnym etapem w życiu człowieka który poprzedzony zostaje dynamicznym procesem starzenia się przebiegającym na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej i społecznej. Pierwsze oznaki starzenia się w aspekcie biologicznym związane są ze zmianami strukturalnymi organizmu i przejawiają się między innymi w pojawiających się zmarszczkach, siwych włosach, a także pogarszaniu się wzroku oraz słuchu. Na płaszczyźnie psychologicznej funkcjonowanie człowieka starszego analizowane jest poprzez jego sprawność umysłową, natomiast aspektu społecznego dopatrujemy się głównie w kontekście zmieniających się ról społecznych osób starszych. Seniorzy są grupą społeczną, która silnie odczuwa potrzebę akceptacji oraz aktywności społecznej dlatego zmiana związana z utratą

dotychczasowej pozycji zawodowej i miejscem w hierarchii społecznej jest niejednokrotnie trudnym etapem w ich życiu. Wszelkie zmiany zachodzące w organizmie człowieka, jego postawa do własnej starości oraz sytuacja życiowa osób starszych w znacznym stopniu wpływają na proces starzenia się. „Bez wątplenia starość jest etapem, który u znacznego grona osób wywołuje lęk czy też niepokój. Okres ten stawia człowieka w obliczu wielu trudnych sytuacji i problemów. Zagrożone mogą być wartości, które mają duże znaczenie dla istnienia jednostki. Nasilają się obawy związane z postępującymi procesami zniedołężnienia, chorobami. Poczucie zagrożenia dotyczy nie tylko samego życia fizycznego, ale także komfortu psychicznego”¹⁰⁵ - podkreśla N. Piłką.

W literaturze przedmiotu znajdziemy wiele definicji starości która charakteryzowana jest jako zmniejszenie aktywności w wielu obszarach działania, mniejsza sprawność fizyczna i manualna. A. Zych określa starość jako „proces biologicznych i psychicznych zmian w organizmie człowieka, postępujących w toku jego życia, a rozpoczynających się na długo przed nastaniem starości. Tempo i stopień starzenia się zależą od stylu życia, warunków społecznych, indywidualnych właściwości człowieka, jego zdrowia, charakteru, przygotowania fizycznego, psychicznego, nawyków, przyzwyczajajeń itp.”¹⁰⁶

Warto zauważyć że granica starości jest umowna, a okres starości nie dla wszystkich jest jednolity ponieważ różnicuje go stan zdrowia, sprawność psychofizyczna a także ważną rolę odgrywa w nim czynnik genetyczny warunkujący między innymi długość naszego życia. Wprowadzono zatem umowny próg starości określony na poziomie ukończonego 60 - 65 roku życia. Klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia przyjęła podział całego okresu starości na trzy okresy częściowe:

- wiek podeszły – pomiędzy 60 -75 rokiem życia;
- wiek starczy – od 75 do 90 lat;
- wiek sędziwy - po ukończeniu 90 lat.

Nie ulega jednak wątpliwości, że proces starzenia się jest etapem nieuchronnym w życiu człowieka a przedstawiona powyżej umowna klasyfikacja starości jest brana pod uwagę w kwestii stosunków prawnych i urzędowych. Wydłużający się okres życia człowieka niejednokrotnie rodzi również pytanie dotyczące jakości życia osób starszych oraz stworzenia jak najbardziej optymalnych warunków do godnego życia ludzi w podeszłym wieku.

Pomoc społeczna względem osób starszych

¹⁰⁵ N. Piłką. *Senior w przestrzeni społecznej*. Warszawa 2013, s. 57

¹⁰⁶ A. Zych *Człowiek wobec starości szkice z gerontologii społecznej*. Warszawa 1995, Interart, s. 96

Konieczność udzielania pomocy i wsparcia osobom które doświadczały trudnej sytuacji życiowej istniała od dawna – zmieniały się jednak formy, rodzaje i zasady jej udzielania. Zmiany zachodzące w kolejnych latach a także konieczność dostosowania ochrony socjalnej do unijnych rozwiązań spowodowały powstanie nowej ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku¹⁰⁷. Zmianie uległ system świadczeń, rozszerzono przepisy dotyczące pracy socjalnej, pomocy dla cudzoziemców w tym obywateli Unii Europejskiej, więcej miejsca poświęcono również świadczeniom o charakterze usługowym zwłaszcza wobec osób starszych, niepełnosprawnych, chorych oraz z rodzin patologicznych. Pomimo że ustawa była wielokrotnie nowelizowana wprowadzane zmiany nie miały dużego wpływu na krąg osób uprawnionych do świadczeń jak też na ich zakres. Artykuł 2 wymienionej ustawy wskazuje iż „pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości¹⁰⁸”.

Pomoc społeczna która kierowana jest do osób starszych przybiera formę zarówno pomocy środowiskowej jak również pomocy instytucjonalnej. Do pierwszej grupy możemy zaliczyć działania podejmowane przez najbliższe osoby z otoczenia – rodzinę oraz sąsiadów. Natomiast pomoc instytucjonalna dla osób w podeszłym wieku obejmuje różne formy do których należą: domy pomocy społecznej świadczące różnego typu usługi dla osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku zamieszkania, zakłady opiekuńczo-lecznicze, placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze, ośrodki wsparcia -dienne domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, a także Kluby Seniora, Stowarzyszenia, Fundacje skupiające seniorów i świadczące dla nich pomoc w różnych formach. Pomoc społeczna realizowana jest również poprzez działania ośrodków pomocy społecznej które funkcjonują na poziomie gminy i obejmują swoim działaniem osoby i rodziny które zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku doświadczają sytuacji trudnej upoważniającej do objęcia ich pomocą i wsparciem. Osobom starszym które wymagają wsparcia poza pomocą finansową na zakup lekarstw czy opału proponowana jest również pomoc w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania które mogą przybierać różnorodną formę np. pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych (zakupy, przygotowanie posiłku) opieka higieniczna, kontakty z otoczeniem. Ośrodek pomocy społecznej przyznając usługi opiekuńcze ustala ich zakres, czas i miejsce świadczenia.

¹⁰⁷ Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (Dz. U. 2004.Nr 64. poz. 593)

¹⁰⁸ Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku, art.2

Jedną z form świadczeń pomocy społecznej o charakterze niepieniężnym jest pobyt i usługi w domu pomocy społecznej. Kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu, według art. 17 ustawy jest także jednym z zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym. Pobyt w domu pomocy społecznej przysługuje na mocy artykułu 54 ustawy o pomocy społecznej:

1. „Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.
2. Osobę, o której mowa w ust. 1, kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, -chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w domu pomocy społecznej”¹⁰⁹.

Działalność domów pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej to placówki opieki całkowitej o charakterze opiekuńczym, wspomagającym i terapeutycznym, stanowiące formę instytucjonalnej pomocy społecznej względem osób które ze względu na wiek, stan zdrowia, sytuację życiową nie są zdolne do samodzielnego życia. Według A. Zycha dom pomocy społecznej to „tradycyjna forma instytucjonalna pomocy społecznej w postaci opieki całodobowej lub dziennej nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, których mimo zastosowania wszelkich form pomocy – nie można przystosować w pełni do samodzielnego życia w miejscu ich zamieszkania z uwagi na wiek, schorzenie, sytuację życiową oraz warunki rodzinne mieszkaniowe i materialne”¹¹⁰. Domy pomocy społecznej ze względu na to dla kogo są przeznaczone zostały podzielone w następujący sposób:

- domy dla osób w podeszłym wieku;
- domy dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- domy dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- domy dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- domy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- domy dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

¹⁰⁹ Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku, art. 54

¹¹⁰ A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 52

Strukturę organizacyjną oraz zakres zadań realizowanych w poszczególnych typach domów pomocy społecznej określa opracowany przez dyrektora domu regulamin organizacyjny, przyjęty przez zarząd jednostki samorządu terytorialnego, a w przypadku domu gminnego – przez wójta, burmistrza lub prezydenta. W sytuacji kiedy prowadzącym dom jest podmiot niepubliczny, wówczas regulamin organizacyjny ustala ten podmiot. Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku w art. 57 określa podmioty prowadzące tego typu placówki wyszczególniając iż po uzyskaniu zezwolenia wojewody mogą to być jednostki samorządu terytorialnego, Kościół Katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia a także inne osoby prawne i fizyczne. Domy pomocy społecznej funkcjonują w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, a także w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańców domu. W celu określenia indywidualnych potrzeb i opracowywania indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólnej realizacji tych planów z mieszkańcami w domu powoływane są zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Warto podkreślić że indywidualny plan wsparcia mieszkańca domu, opracowywany jest z jego udziałem, jeżeli tylko udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia oraz gotowość uczestnictwa w nim mieszkańca i powinien być przygotowany w terminie sześciu miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia koordynuje pracownik domu, określany „pracownikiem pierwszego kontaktu”, wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu. Pracownik pierwszego kontaktu pomaga mieszkańcom załatwiać różne sprawy, ułatwia kontakt ze środowiskiem, może być doradcą, zapobiega także poczuciu osamotnienia i wewnętrznej izolacji. Ogólnie mówiąc jego działania mają bezpośredni związek z podnoszeniem jakości opieki w placówce. Pracownicy pierwszego kontaktu działają w ramach powoływanych w placówce wspomnianych już zespołów terapeutyczno-opiekuńczych.

E. Zdebska charakteryzując zadania zespołu terapeutyczno – opiekuńczego zalicza do nich:

- „określenie indywidualnych potrzeb mieszkańca - diagnoza
- określenie zakresu usług realizowanych na rzecz mieszkańca
- opracowanie indywidualnego planu wsparcia mieszkańca
- realizacja indywidualnego planu wsparcia
- ocena realizacji indywidualnego planu wsparcia.

Cechą zespołu terapeutyczno – opiekuńczego jest troska i zaangażowanie o dobro mieszkańca, zagwarantowanie mu praw oraz przestrzeganie zasad etycznych”¹¹¹.

Pobyty w domu pomocy społecznej jest odpłatny, a koszt pobytu mieszkańca ustalany jest przez organ prowadzący dom. Mieszkaniec przekazuje na ten cel nie więcej niż 70 % własnego dochodu natomiast pozostałą kwotę w pierwszej kolejności zobowiązana jest dopłacić rodzina jeżeli pozwala na to ich sytuacja finansowa, a w przypadku braku środków z ich strony koszty te pokrywa gmina. Niezależnie od typu domu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej względem mieszkańców świadczone są następujące usługi:

1. „w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając: a) miejsce zamieszkania, b) wyżywienie, c) odzież i obuwie, d) utrzymanie czystości;
- 2) opiekuńcze, polegające na: a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, b) pielęgnacji, c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- 3) wspomagające, polegające na: a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu, e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, f) działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości, g) pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli mieszkaniec spełnia warunki do takiego usamodzielnienia, h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”, j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach, k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu”¹¹².

Zakres oddziaływań domów pomocy społecznej na rzecz ich mieszkańców w dużej mierze uzależniony jest od personelu placówki. W domach pomocy społecznej na poszczególnych stanowiskach zatrudniani są pracownicy których obowiązki i obecność bezpośrednio

¹¹¹ E. Zdebska., *Dom pomocy społecznej miejscem zamieszkania i miejscem pracy*, [w:] Banach M., Matejek J. (red.) *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, MTM - Levoča 2012, s. 257-258, ISBN 978-80-89187-55-3

¹¹² Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012 nr 0 poz. 964), § 5. 1.

związana jest z prawidłowym funkcjonowaniem placówki. Opiekunowie, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant to osoby stanowiące podstawową kadrę omawianej instytucji. R. Spyrka-Chlipała zwraca uwagę na wielopłaszczyznowość i interdyscyplinarność oddziaływań osób świadczących usługi opiekuńcze. „Pracownik socjalny jest zawodem, w którym należy wykazać się interdyscyplinarną wiedzą, umiejętnościami, a do tego wszelkie działania należy wykonywać zgodnie z prawem i poszanowaniem podstawowych wartości moralnych. W naturę tego zawodu wpisany jest rozwój, zmiana i permanentne uczenie się. Jest to bowiem zawód, którego przedmiot działania stanowi człowiek i jego problemy, zawód którego celem jest ciągle dążenie do dobrostanu i zadowolenia klienta”¹¹³. Nie sposób wyliczyć wszystkich zadań które podejmują pracując na poszczególnych stanowiskach względem osób starszych przebywających w domu pomocy społecznej ale wśród najważniejszych należy wymienić:

- dbanie o zaspokajanie potrzeb bytowych, higienicznych, kulturalnych i duchowych podopiecznych,
- dbanie o estetyczny i czysty wygląd mieszkańców,
- przyjmowanie nowych mieszkańców oraz pomoc w ich adaptacji w domu pomocy społecznej oraz kształtowanie prawidłowych stosunków międzyludzkich wśród mieszkańców i personelu domu,
- prowadzenie akt osobowych,
- załatwianie spraw emerytalno-rentowych,
- współpraca z sądem, kuratorami, opiekunami prawnymi, policją,
- opieka nad mieszkańcami w zakresie ich zdrowia i bezpieczeństwa,
- realizacja zaleceń lekarza w zakresie podawania leków, wykonywania iniekcji, opatrunków,
- indywidualne i grupowe zajęcia z mieszkańcami których celem jest fizyczne i psychiczne usprawnienie mieszkańców,
- przywracanie umiejętności do aktywnego życia i przeciwdziałanie osamotnieniu,
- stały nadzór i pomoc w wykonywanych czynnościach także pomoc mieszkańcom w zakresie samoobsługi, dbanie o wykonywanie różnych czynności w ciągu dnia: mycie, kąpanie, czesanie, ubieranie,

¹¹³ R. Spyrka-Chlipała, *Pracownik socjalny - zawód interdyscyplinarny*, w: „Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae”, 2012(3), s. 121, ISSN 1336-2232.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

- organizowanie zajęć aktywności ruchowej typu: spacery, zabawy, gimnastyka, wycieczki piesze a także dostosowywanie form i rodzaju zajęć do indywidualnych możliwości oraz zainteresowań mieszkańców,
- pomoc mieszkańcom w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego,
- pomoc w utrzymywaniu kontaktów z rodzinami i przyjaciółmi,
- towarzyszenie w spacerach, wycieczkach, praktykach religijnych oraz imprezach kulturalnych i towarzyskich: spotkania noworoczne, ogniska, zabawy, imieniny podopiecznych, itp.
- rozpoznawanie a także udział w zaspokajaniu potrzeb i życzeń mieszkańców domu z uwzględnieniem ich cech osobowości i zainteresowań,
- dbałość o przestrzeganie praw mieszkańców oraz informowanie o przysługujących im prawach,
- opieka nad pensjonariuszem umierającym.

Pracownicy domów pomocy społecznej starają się zaspokoić potrzeby mieszkańców w zakresie kontaktów z innymi osobami poprzez otwartość placówek na współpracę ze środowiskiem lokalnym, a stopień oraz natężenie zaspokojenia tej potrzeby zależy od samych mieszkańców. Personel stara się także wzmocnić kontakty z rodzinami mieszkańców poprzez podejmowanie różnych inicjatyw na terenie placówki w postaci np. organizowania spotkań okolicznościowych.

Wśród zajęć proponowanych mieszkańcom ważne miejsce zajmuje terapia zajęciowa prowadzona w różnych formach: zajęcia plastyczne, zajęcia muzyczne, taneczne, biblioterapia, zajęcia kulturalno-oświatowe. Podczas zajęć plastycznych terapeuci starają się dostosować techniki pracy do możliwości i indywidualnych potrzeb mieszkańców domu dbając jednocześnie o walory estetyczne tworzonych prac. W trakcie zajęć muzycznych-tanecznych mieszkańcy uczą się nowych piosenek, przypominają i utrwalają poznane już wcześniej a także tańczą do ulubionej muzyki. Celem zajęć kulturalno-oświatowych jest przede wszystkim zorganizowanie czasu wolnego mieszkańców poprzez udział w wycieczkach, spacerach, wyjściach do teatru, kina, prelekcjach i spotkaniach o charakterze kulturalno-edukacyjnym, organizowanych spotkaniach okolicznościowych zarówno na terenie domu jak również w innych placówkach. Do form terapii zaliczamy również hortiterapię, a jej uczestnicy poprzez to że mają możliwość bezpośredniego kontaktu z naturą - sadzą rośliny, podlewają je, z pomocą terapeuty tworzą rabaty kwiatowe oraz pielęgnują kwiaty doniczkowe- doskonalą swoje poczucie estetyki oraz umiejętność współpracy w grupie. W

pracy ze starszymi mieszkańcami domu pomocy społecznej nie można pomijać ich wcześniejszych przyzwyczajęń dlatego wszystkie rodzaje zajęć terapeutycznych mają przede wszystkim pobudzać uczestników do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz rozwijania zainteresowań, a także budowania i wzmacniania więzi między mieszkańcami domu. Mieszkańcy mają zapewniona także opiekę psychologa zarówno w formie indywidualnej jak i zbiorowej. Tematyczne zajęcia grupowe w formie treningu pamięci – treningu twórczości mają przede wszystkim na celu aktywizowanie i podtrzymywanie zdolności intelektualnych i funkcji poznawczych mieszkańców. Przedstawione różnorodne formy pracy socjalnej podejmowanej względem osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej stanowią szczególnie rodzaj aktywności ponieważ w jej centrum jest człowiek potrzebujący, niezaradny często zepchnięty na margines społeczny. Dlatego tak ważne miejsce w pomocy społecznej - pracy socjalnej podejmowanej z osobą starszą zajmuje stworzenie jak najbardziej optymalnych warunków do jej właściwego funkcjonowania oraz pomyślnego starzenia się. Szczególne należy zwrócić uwagę na:

- utrzymanie jak najdłuższej samodzielności życiowej seniorów,
- zachowanie aktywności osób w starszym wieku oraz ich integrację społeczną,
- zapobieganie osamotnieniu, izolacji i wykluczeniu społecznemu,
- zapewnienie pomocy w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego,
- zgodne z zainteresowaniami oraz możliwościami organizowanie czasu wolnego osobom starszym,
- a także pomoc w zrozumieniu zmian zachodzących w sferze biologicznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania oraz akceptacji procesu starzenia się i starości jako normalnego etapu życia człowieka (pozytywna postawa wobec własnej starości).

Działania podejmowane z osobą starszą oraz kierowane do niej powinny przebiegać z poszanowaniem jej godności, możliwością podejmowania przez nią decyzji, wyrażania własnej opinii a także prawem do samostanowienia.

Jak podkreśla również A. Grudziński „Za główny cel pracy socjalnej z osobą starszą wykonywaną przez pracowników socjalnych przede wszystkim w ośrodkach pomocy społecznej i placówkach dla seniorów należy uznać utrzymanie samodzielności życiowej,

zachowanie aktywności fizycznej, psychicznej i duchowej oraz zapobieganie poczuciu osamotnienia, izolacji społecznej, czy też marginalizacji osób w podeszłym wieku”¹¹⁴.

Zakończenie

W Polsce pomoc społeczna stanowi ważny element systemu zabezpieczenia społecznego a zapotrzebowanie na jej świadczenia stale rośnie. Biorąc pod uwagę proces starzenia się ludności a także osłabienie niektórych funkcji rodziny zwłaszcza wspierającej i opiekuńczej wobec najstarszych jej członków obserwujemy zwiększanie się zapotrzebowania na usługi instytucjonalne w tym względzie. Funkcjonowanie instytucji społecznych świadczących usługi na rzecz osób starszych a także ich różnorodna oferta w tym zakresie realizująca programy skierowane do najstarszego pokolenia jest także jednym z wyznaczników jakości życia we współczesnym społeczeństwie. System opieki nad osobami starszymi zmierza w stronę wzmocnienia usług opiekuńczych, pielęgniarских, rehabilitacyjnych w miejscu zamieszkania a także w działalności odpowiednich instytucji. Domy pomocy społecznej dla osób starszych odgrywają w ich życiu istotną rolę ponieważ zapewniają warunki mieszkaniowe, opiekę medyczną, podtrzymują aktywność mieszkańców poprzez możliwość korzystania z oferty kulturalnej, oświatowej, terapii zajęciowej oraz różnych form aktywnego spędzania czasu wolnego. Należy podkreślić że pomoc społeczna- praca socjalna na rzecz osób starszych powinna być realizowana w atmosferze akceptacji, życzliwości, tolerancji i szacunku.

Bibliografia

Grudziński A., *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce w wybranych instytucjach pomocy społecznej*. [w:] Banach M., Matejek J. (red.) *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, MTM - Levoča 2012, ISBN 978-80-89187-55-3

Pikuła N., *Senior w przestrzeni społecznej*. Wydawnictwo BORGIS, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62993-03-1

Spyrka-Chlipała R., *Pracownik socjalny - zawód interdyscyplinarny*, w: „Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae”, 2012(3), ISSN 1336-2232.

¹¹⁴ A. Grudziński, *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce w wybranych instytucjach pomocy społecznej*. [w:] Banach M., Matejek J. (red.) *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, MTM - Levoča 2012, s.275

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Zdebska E., *Dom pomocy społecznej miejscem zamieszkania i miejscem pracy*, [w:] Banach M., Matejek J. (red.) *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, MTM - Levoča 2012, ISBN 978-80-89187-55-3

Zych A.A., *Człowiek wobec starości szkice z gerontologii społecznej*. Interart, Warszawa 1995, ISBN 83-7060-435-8

Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001. ISBN 83-88149-44-X

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012 nr 0 poz. 964),

Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku z późniejszymi zmianami (Dz. U. 2004. Nr 64. poz. 593)

Kontakt

dr Józefa Matejek

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, PL

Recenzia

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D

ÚLOHA SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA V PROZDRAVOTNEJ ČINNOSTI U STARŠÍCH OSÔB

Norbert Pikula

Abstrakt

Úlohou sociálneho pracovníka je podporovať pozitívne pôsobenie v praxi so seniormi. Sociálne služby významne pomáhajú rodinám, preto je dôležité aby sa danej problematike venovala pozornosť na úrovni štátu. Autor v príspevku približuje práve túto problematiku v Poľskej republike.

Kľúčové slová: sociálny pracovník, starší ľudia, zdravie, sociálna pomoc, činnosť.

Úvod

Každý demokratický štát má celý rad štruktúr a rezortov, ktoré ovplyvňujú celkový obraz politiky danej krajiny. Spomedzi mnohých politických sektorov zohráva významnú úlohu sociálna politika, cieľom ktorej je zlepšenie kvality života občanov, a to tak z ekonomického, hospodárskeho, či sociálneho hľadiska a zdravotnej starostlivosti, ako aj z hľadiska zamestnanosti. Inštitúcia sociálnej politiky, ktorá má priamy vplyv na jednotlivca ja sociálna pomoc.

Sociálna pomoc

Hlavným právnym nástrojom vymedzujúcim sociálnu pomoc je Ústava Poľskej republiky z 2. apríla 1997. Zaručuje pomoc v oblasti uspokojenia základných životných potrieb jednotlivcov a rodín vytváraním vhodných existenčných podmienok¹¹⁵. Všeobecné ustanovenia Ústavy tvoria ďalší právny základ sociálnej pomoci. Najdôležitejším dokumentom v oblasti sociálnej pomoci je po základnom zákone zákon z 12. marca 2004 o sociálnej pomoci. Tento zákon definuje sociálnu pomoc ako „inštitúciu sociálnej politiky štátu, cieľom ktorej je umožniť jednotlivcom a rodinám prekonať ťažké životné situácie, ktoré nie sú schopní prekonať vlastnými silami, zdrojmi a možnosťami“¹¹⁶. Úlohou sociálnej pomoci je podporovať jednotlivcov pri osamostatnení v živote. Táto úloha bude naplnená v momente, ak osoba alebo rodina dokáže svojimi vlastnými schopnosťami naplniť základné životné potreby. Na

¹¹⁵ Por. čl. 67, Ústava Poľskej republiky z 2. apríla 1997.

¹¹⁶ Čl. 2, Zákon z 12. marca 2004 roku o sociálnej pomoci (Zbierka zákonov z 2004 č. 64, čiastka 593, v znení neskorších zmien).

vykonávanie konkrétnych úloh a dosahovanie cieľov inštitúcia sociálnej politiky používa mnohé opatrenia a nástroje.

Podľa zákona sociálna pomoc spočíva predovšetkým na:

- sociálnej práci;
- poskytovaní dávok;
- analýze spoločnosti za účelom vykonania sociálnej diagnostiky;
- identifikovaní potrieb jednotlivcov a sociálnych skupín;
- rozvoji sociálnej infraštruktúry¹¹⁷.

Mimoriadnu pozornosť si vyžaduje sociálna práca, ktorá v Poľsku - v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami a Spojenými štátmi - ešte nie je dostatočne rozvinutá. Nezabúdajme však, že Poľsko sa podieľa na rozvoji tejto oblasti. Za krajinu pôvodu myšlienky sociálnej práce na svete sú uznávané Spojené štáty. V Európe sú priekopníkmi v poskytovaní pomoci ľuďom v núdzi Veľká Británia a Nemecko. Bez ohľadu na prístup a školy, z ktorej vychádza smer sociálnej práce, jej podstatou je filantropia a charita založená na láske k inej osobe, najmä človeku v tiesni.

V publikáciách so sociálnou tematikou sa nachádza mnoho rôznych definícií pojmu „sociálna práca“. Mnohí praktici a teoretici v tomto odbore, medzi nimi Helena Radlińska¹¹⁸, striedavo používajú termíny „sociálna práca“ a „spoločenská práca“. V poľskom systéme sociálnej pomoci definuje sociálnu prácu článok 6 bod 12 platného zákona o sociálnej pomoci. Tento zákon definuje sociálnu prácu ako „odbornú činnosť, cieľom ktorej je pomáhať jednotlivcom a rodinám pri posilňovaní alebo opätovnom nadobúdaní schopnosti fungovať v spoločnosti plnením zodpovedajúcich spoločenských úloh a vytváraním priaznivých podmienok prispievajúcich k dosiahnutiu tohto cieľa“¹¹⁹. Táto definícia sa však vyhyba stanoveniu axiologických hodnôt, na ktorých by mala byť založená profesionálna sociálna práca. Preto Medzinárodná asociácia škôl sociálnej práce vytvorila medzinárodnú definíciu: „Sociálna práca podporuje sociálne zmeny, riešenie problémov v medziľudských vzťahoch a hľadanie sily a slobody v človeku, aby mohol dosiahnuť blahobyť. Ak sa pohybujeme v oblasti teórie ľudského správania a sociálnych systémov, sociálna práca pôsobí tam, kde dochádza k interakcii ľudí s prostredím. Základom sociálnej práce sú princípy ľudských práv a sociálnej

¹¹⁷ Por. čl. 15, tamtiež.

¹¹⁸ Helena Radlińska v roku 1925 zriadila prvé poľské Štúdium sociálno-osvetovej práce, ktoré vchovalo mnohých zamestnancov sociálnych služieb, medzi nimi tiež sociálnych pracovníkov.

¹¹⁹ Čl. 6, bod 12, zákona z 12. marca 2004 o sociálnej pomoci, op. cit.

spravodlivosti”¹²⁰. Sociálna práca je situovaná do oblasti spoločenských vied, preto je problém stotožniť ju s jednou presnou definíciou. Bez ohľadu na to, ako je definovaná, je mnohovýznamová, pretože pri použití rôznych metód ovplyvňuje individuálne problémy a ľudské potreby.

Podľa odbornej literatúry môžeme sociálnu prácu vnímať na profesionálnej a neprofesionálnej úrovni. Hlavným rozdielom medzi týmito rozmermi je profesionálne vzdelávanie sociálnych pracovníkov a „ich spoločenský mandát vykonávať odborné funkcie, čo súvisí so zodpovednosťou voči spoločnosti”¹²¹. Sociálny pracovník má v poľskej spoločnosti veľmi nízku spoločenskú prestíž, a často je vnímaný ako osoba, ktorá len udeľuje dávky v hmotnej núdzi. Okolie nie je v skutočnosti plne vedomé toho, že táto profesia súvisí s prijímaním rozhodnutí a opatrení, od ktorých môže závisieť nielen ekonomická situácia klienta sociálnej pomoci, ale aj zdravie a v extrémnych prípadoch aj ľudský život. Podľa zákona sa sociálnym pracovníkom môže stať osoba, ktorá získala odborný titul alebo diplom vysokej školy v oblasti sociálnej práce alebo absolvovala štúdium v odbore sociálnej práce¹²². Okrem teoretických poznatkov nadobudnutých v priebehu štúdia musí mať profesionálny sociálny pracovník praktické vedomosti v oblasti práva, psychológie, sociológie a lekárskeho zberu vied.

Práca v sociálnych službách, predovšetkým na pozícii sociálneho pracovníka súvisí so sústavným rozvojom a sebavzdelávaním. Sebavzdelávanie umožňuje spoľahlivé vykonávanie svojich povinností a prispôsobenie vedomostí a praxe prebiehajúcim zmenám, ku ktorým dochádza v spoločnosti.

Spolu s transformáciou, ktorá prebieha na celom svete sa menia aj očakávania kladené na sociálnych pracovníkov. V súčasnej dobe sa dôležitou otázkou - z hľadiska sociálnej politiky - stáva staroba, konkrétne „šedivejúca“ spoločnosť. Prebiehajúce demografické zmeny sa priamo dotýkajú nielen mnohých odvetví národného hospodárstva, ale zasahujú aj do sociálneho systému a zdravotníctva. Neustále sa zvyšujúci počet starších ľudí sa stáva dôležitou otázkou pre celú spoločnosť, pretože tento proces vedie k narušeniu medzigeneračných vzťahov. Barbara Szatur-Jaworska upozorňuje na skutočnosť, že situácia demografického starnutia Poliakov sa vyznačuje „neuspokojením dôležitých potrieb početne

¹²⁰ D. Wolska-Prylińska, *Projekt socjalny w kształceniu i działaniu społecznym*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2010, s. 22.

¹²¹ Z. Kawczyńska-Butrym, *Istota pracy socjalnej*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1998, s. 10.

¹²² Por. čl. 116, bod 1, zákona z 12. marca 2004 o sociálnej pomoci, op. cit.

významných spoločenských skupín (...), čo vedie k ich postihnutiu vo vzťahu k iným skupinám alebo spoločnosti”¹²³.

Vzhľadom k tomu, že seniori sú veľkou skupinou, mnohí z nich sa stávajú klientmi sociálnej pomoci. Využívanie štátneho systému podpory u osôb v pokročilom veku súvisí so znížením úrovne doterajšieho života, somatickými či duševnými chorobami, zdravotným postihnutím a osamelosťou. Vzhľadom k tomu, že dôchodkový vek je stotožňovaný so zhoršujúcim sa zdravotným stavom, dôležité je, aby sociálni pracovníci medzi seniormi propagovali zdravý životný štýl.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) je zdravie „stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen stav neprítomnosti choroby a slabosti”¹²⁴. Pri definícii zdravia SZO upozornila na skutočnosť, že ľudské zdravie nemá len biologický a psychologický rozmer, ale dôležitá je aj duchovná a sociálna rovina. Marc Lalonde¹²⁵ v roku 1974 uverejnil správu, v ktorej predstavil koncepciu štyroch zdravotných faktorov. Tieto zdravotné oblasti sú faktormi, ktoré majú priamy vplyv na stav ľudského zdravia. Autor medzi ne radí:

- zdravotný systém;
- genetiku;
- životný štýl;
- životné prostredie.

Lalonde v jeho koncepcii poukazuje na rôznorodosť faktorov, ktoré formujú ľudskú homeostázu. Podľa odbornej literatúry má najväčší vplyv na zdravie životný štýl a životné prostredie. Sekundárnou sa stáva problematika genetiky a zdravotnej starostlivosti. Psychosociálne zdravie je dôležitou súčasťou ľudskej pohody. Nielen fyzické dimenzie súvisiace s riadnym fungovaním organizmu podporujú pohodu. Duchovný aspekt, medziľudské vzťahy, interpersonálne kontakty, vnútorný zmysel pre prijatie a sebarealizáciu sú najdôležitejšími „zložkami“ ľudského zdravia.

Človek môže byť zdravý z biologického hľadiska. Ak však v prostredí, v ktorom sa zdržiava nie je tolerovaný, jeho kontakty a vzťahy s blízkymi nie sú najlepšie, je sužovaný samotou a pocitom prázdnoty, potom - podľa smerníc SZO - nie je úplne zdravý. Osobnosť, ktorá

¹²³ B. Szatur-Jaworska, *Společne kwestie ljudi starszych*, [in:] *Společne kwestie starości*, red. B. Rysz-Kowalczyk, Ośrodek Badań Społecznych, Warszawa 1991, s. 9.

¹²⁴ *Úvod*, [in:] Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1948.

¹²⁵ Marc Lalonde bol ministrom zdravotníctva a sociálnych vecí v Kanade a autorom správy *A New Perspective on the Health of Canadians*, v ktorej vymedzil vplyv jednotlivých faktorov na ľudské zdravie.

konštruktívne pristupuje k životu, ktorej vzťahy so spoločnosťou sú v poriadku, môže aj napriek chorobe alebo zdravotnému postihnutiu pociťovať životnú pohodu.

Sociálna práca podporuje pozitívne sociálne zmeny a vytvára pre ne priaznivé podmienky, je preto zrejmé, ako potrebné je podporovať seniorov v oblasti zlepšovania sociálnej pohody. S prechodom na dôchodok sa mení úloha, ktorú predtým staršie osoby vykonávali, výrazne sa znižuje sociálne postavenie; „(...) začiatok dvadsiateho prvého [storočia] otriasol postavením starších ľudí. Rýchly rozvoj vedy a techniky v značnej miere zdevalvoval ich možnosti schopností a odborné skúsenosti. Seniori prestali byť nositeľmi tradície, vedomostí a životnej múdrosti, začali strácať svoju autoritu”¹²⁶. Kult mladosti prevládajúci v spoločnosti prispieva k posilňovaniu negatívnych stereotypov o starobe, čo vedie k šíreniu gerontofóbie a v Poľsku čoraz bežnejšieho ageizmu.

Úlohou sociálneho pracovníka je teda podporovať pozitívne a všeobecne uznávané normy správania k najstarším obyvateľom. Keďže zamestnanec sociálnych služieb do značnej miery pomáha rodinám, osobitná pozornosť by mala byť venovaná postaveniu seniorov v najmenšej spoločenskej bunke. Nukleárny model rodiny prospieva oslabovaniu potrieb starších ľudí, čím prispieva k ich marginalizácii. Marginalizácia seniorov sa v mnohých prípadoch začína u ich najbližších, čo vytvára negatívne vzory, ktoré sa ľahko šíria v spoločnosti. Pomalé vylúčenie seniorov prebieha v troch hlavných oblastiach: sociálnej, ekonomickej a politickej. Tieto dimenzie sa vzájomne ovplyvňujú a upevňujú, čo vedie k izolácii najstaršej generácie. Osoby, ktoré prechádzajú do obdobia staroby cítia strach z nevyhnutnej poslednej fázy ľudskej existencie. Tieto obavy môžu mať vplyv na neschopnosť prispôsobiť sa zmysluplne prežiť jeseň svojho života, čo má za následok vznik depresí alebo iných psychických porúch.

Zvyšujúci sa počet populácie v pokročilom veku si od sociálnych pracovníkov vyžaduje záujem o oblasť gerontológie. Dôležité je šírenie pozitívnych postojov medzi najstaršou generáciou. Ak spoločnosť prejaví priaznivý postoj k nevyhnutnému štádiu ľudskej existencie, osoby, ktoré prekročia hranice staroby sa nebudú úplne sťahovať zo spoločenského života, čo následne prispeje k zachovaniu sociálneho zdravia.

Prv, než sociálny pracovník prijme akékoľvek opatrenia zamerané na podporu zdravého správania u najstaršej populácie musí si uvedomiť, že jeho podpora musí byť založená na rešpektovaní ľudskej dôstojnosti. Seniori, ktorí toho prežili už veľa, často nemajú silu bojovať o svoje práva, preto musia pracovníci sociálnych služieb zabezpečiť, aby sa hodnoty a normy

¹²⁶ J. Kędzior, *Wybrane aspekty starzenia się i starości w perspektywie gerontologii i geragogiki*, [in:] *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, red. J. Kędzior, A. Ładyżyński, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006, s. 172.

správania prejavili v praxi. Ľudská dôstojnosť je nadradenou hodnotou, na ktorej musí byť založená sociálna pomoc, nielen tá určená seniorom. Seniori, ktorí sa boja alebo sa zmierili s nedostatkom rešpektu zo strany okolia často s pocitom hanby žiadajú o pomoc. Sociálni pracovníci, ktorí chcú pomôcť svojmu klientovi v pokročilom veku sa nesmú riadiť stereotypmi a negatívnym sociálnym presvedčením vo vzťahu k starobe.

Seniori, ktorí sa stanú klientmi sociálnej pomoci sú väčšinou ľudia, ktorí žijú sami, nevedia využívať prebytok voľného času pri prechode na štátne dávky. Monotónnosť a jednotvárnosť života prispievajú k zhoršeniu psychosociálneho zdravotného stavu. Zdravie zo sociálneho hľadiska súvisí s aktivitou, nielen profesijnou, a medziľudskými vzťahmi. „Sociálne zdravie nám určuje naše správanie k ostatným. Tento typ zdravia nám tiež umožňuje zapojiť sa do spoločenského života a plné členstvo v spoločnosti. Ak sa nám nedarí nájsť vlastné miesto a komunikovať s ostatnými ľuďmi môžeme smelo povedať, že máme problém so sociálnym zdravím. Nejedná sa o pozitívny jav. Takéto osoby často nemajú priateľov, nehovoriac o stálych partneroch, s ktorými žijú”¹²⁷.

Zlý zdravotný stav v sociálnej oblasti má priamy vplyv na ľudskú psychiku. V momente, v ktorom človek nedosahuje sociálnu alebo duševnú pohodu, automaticky sa zhoršuje jeho zdravotný stav v biologickom rozmere. Začína sa reťazová reakcia, až v určitom okamihu pacient nie je schopný určiť, čo je príčinou jeho zlého zdravotného stavu. Sociálni pracovníci nemôžu mať vplyv na genetiku alebo zdravotnú starostlivosť, svojimi metódami však vplývajú na životný štýl, ktorý je najdôležitejším tvorivým faktorom sociálneho a fyzického blaha.

Preto sa stáva dôležité propagovanie prozdravotnej činnosti u starších osôb. Všeobecne povedané, takéto činnosti sú zamerané na formovanie postojov, ktoré prispievajú k zvýšeniu kvality zdravia. Správanie pozitívne ovplyvňujúce ľudský blahobyť a je spojené so životným štýlom. Životný štýl najstaršej generácie závisí od ekonomických zdrojov doterajšieho postoja voči svetu a sebe samému. Ak človek prežíva starobu konštruktívne, bude aj napriek obmedzeným finančným zdrojom vyvíjať rôzne druhy činnosti. Seniori, ktorí správne pristupujú k sklonku obdobia ľudskej existencie sa len zriedka stávajú klientmi sociálnej pomoci. Môže to vyplývať zo skutočnosti, že títo seniori sú spoločensky aktívni, aj keď žijú sami, majú veľký okruh priateľov a známych. Prebytok voľného času obratne využívajú na napĺňanie túžob, na ktoré predtým nemali čas.

¹²⁷ *Spoločenské zdravie*, [in:] <http://zdrowiee.info.pl/zdrowie-spoleczne.php> (prístup: 11.11.2011).

Sociálny pracovník, ktorý podporuje osoby v pokročilom veku pri prozdravotných činnostiach musí mať aktuálne informácie o možnostiach a ponuke voľnočasových aktivít pre seniorov. V tejto oblasti zohrávajú významnú úlohu univerzity tretieho veku, kluby seniorov alebo centrá podpory pre starších ľudí. Tieto inštitúcie zaujímavým spôsobom pre najstaršiu generáciu vykonávajú rôzne aktivity a organizujú príležitostné stretnutia. Táto činnosť umožňuje seniorom stretávanie s kolegami a nadväzovanie nových zaujímavých známostí. Úloha inštitúcií, ktoré svoju ponuku orientujú priamo na najstaršiu generáciu nie je spojená výhradne so socializáciou seniorov. Tieto inštitúcie sa stávajú inštitucionálnymi formami predchádzania marginalizácie ľudí v pokročilom veku. Okolie priaznivo prístupujúce k seniorom je dôležitým prvkom sociálneho zdravia seniorov.

Sociálny pracovník, ktorý pracuje so seniormi nemôže dovoliť, aby sa stali pasívnymi. Nedostatok akejkoľvek aktivity adekvátnej k veku a možnostiam posilňuje pocit izolácie a sociálneho vylúčenia. Zmierenie sa so samotou a vyhýbanie sa medziľudským kontaktom, nedostatok sociálnych vzťahov a väzieb negatívne vplýva na zdravie jedinca. Rovnako v kluboch seniorov, ako aj centrách podpory sú zamestnaní sociálni pracovníci, ktorí sa stávajú animátormi sociálnych činností starších. Aktivity v prospech miestnej komunity budujú pozitívny imidž staroby, vďaka čomu sa seniori integrujú s prostredím, v ktorom žijú. Prostredie je okrem životného štýlu najdôležitejším prvkom zdravia vnímaného v sociálnej dimenzii. Plná integrácia s prostredím prospieva psychosociálneho stavu jedinca, pretože zahŕňa pochopenie potrieb a možností nadväzovania nových známostí. Je treba dbať o to, aby seniori neudržiavali len kontakty so svojimi rovesníkmi - dôležitým je medzigeneračný dialóg. Starší ľudia sú napriek prevládajúcemu presvedčeniu otvorení a pozitívne orientovaní na mladých ľudí. Preto by mal sociálny pracovník podporovať a iniciovať opatrenia, ktoré podporujú široko ponímanú medzigeneračnú integráciu. Generácie sa musia usilovať hľadať to, čo ich spája a nie rozdeľuje. Vek nesmie byť faktorom negatívne ovplyvňujúcim medziľudské vzťahy.

Prozdravotná činnosť to nie sú len medziľudské vzťahy, ale tiež potreba pocitu prijatia a spoločenskej užitočnosti. Zmena úloh, ktoré doposiaľ plnili osoby „prechádzajúce“ do obdobia staroby výrazne znižuje ich pocit užitočnosti. V hromadných oznamovacích prostriedkoch sa skôr zdôrazňuje problematika vysokých nákladov na ľudí v dôchodkovom veku, ako na predchádzajúce zásluhy týchto ľudí pre spoločenský rozvoj. Pejoratívne presvedčenia, ktoré nezriedka pretrvávajú u mladej generácie seniorov často odrádzajú od vyvíjania aktivít v prospech spoločnosti. V tomto prípade by mal sociálny pracovník staršie osoby motivovať. Môže im navrhnúť prácu na základe dobrovoľníctva, ktorá sa v poslednej

dobe stáva v Poľsku veľmi populárnou. „Dobrovoľníctvo je jednou z príležitostí učiť sa a prehľbovať už známe vedomosti. Činnosť v združeniach, v sociálnej práci, dobrovoľníckej práci je spôsob života pre starších ľudí (...). Uvoľňuje u starších ľudí túžbu žiť, silu budovania a tvorenia svojej vlastnej staroby”¹²⁸.

Sociálny pracovník má veľa možností pri práci so staršími ľuďmi povzbudiť ich, aby vykonávali aj tie najmenšie kroky, ktoré zlepšia ich spoločenské zdravie. Najstaršia generácia si je vedomá skutočnosti, že niektoré somatické a psychologické zmeny sú úplne bežným sprievodným javom procesu starnutia. Tejto transformácii sa nedá vyhnúť, je však možné zmierniť jej postup vďaka konštruktívnemu prístupu k otázke svojej vlastnej staroby, správnej výživy a vyhýbaniu sa pasivite.

Úloha sociálneho pracovníka v prozdravotnej činnosti u starších osôb súvisí predovšetkým s motivovaním, informovaním, emocionálnou podporou a budovaním priaznivého prostredia pre seniora. Osoby v pokročilom veku často nevyužívajú bohatú ponuku zariadení na socializáciu seniorov, pretože sa nevedia vyrovnáť s formalitami súvisiacimi s prihlásením sa do takéhoto zariadenia. Významné miesto tu patrí sociálnemu pracovníkovi, ktorý by mal záujemcovi pomôcť v riešení týchto problémov. Ak je sociálny pracovník už pri prvom stretnutí otvorený, starostlivo načúva a rešpektuje seniora, s najväčšou pravdepodobnosťou bude schopný motivovať klienta, aby sa spoločensky aktivizoval. Pracovník sociálnych služieb musí byť schopný vysvetliť, že prechod na starobný dôchodok, strata roly a doterajšej pozície je koniec určitého štádia v živote človeka. Je však potrebné uvedomiť si, že koncom jedného obdobia sa začína ďalšie, preto je potrebné vynaložiť všetko úsilie, aby jeseň života hýrila optimistickými farbami. Najťažšou v sociálnej práci je taká činnosť, ktorá bude klienta motivovať, „bude sa mu chcieť“, preto musí byť prístup sociálneho pracovníka založený na presvedčení, že v každom človeku existuje potenciál, ktorý stačí len šikovne uvoľniť. Úloha sociálneho pracovníka pri prozdravotnej činnosti u seniorov môže byť definovaná ako asistencia prebiehajúca paralelne s kreovaním. Asistencia nespočíva na zbavovanie starších ľudí povinností, ale motivovaní, informovaní a pomáhaní pri ťažkostiach, ktoré človek nedokáže zvládnuť sám. Naopak kreovanie sa týka vytvárania prostredí priaznivých najstaršej generácii, kde autorita seniorov nebude ignorovaná.

¹²⁸ M. Dziągielewska, *Wolontariat ludzi starszych. Na przykładzie wolontariuszy w regionie łódzkim*, [in:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 268

Záver

Ľudské zdravie sa skladá z niekoľkých komponentov. Fyzický rozmer pohody úzko súvisí s duševným a sociálnym zdravím. Rôzne zdravotné úrovne sa navzájom prelínajú a ovplyvňujú. Nikto nie je schopný zasahovať do ľudskej biológie tak, aby sa úplne vystríhal pred chorobami. Dôležité je však tvorenie prozdravotného správania. Tieto aktivity sú pomerne časté u detí a mládeže, čím bližšie ku sklonku života, tým menej pozornosti sa však venuje prevencii verejného zdravia. S rastúcim počtom starých ľudí sa staroba a starnutie stávajú sociálnym problémom, ktorý zostáva v oblasti záujmu sociálnej práce. Sociálni pracovníci sa napriek všeobecnému presvedčeniu nezaoberajú iba výplatou dávok, ale dbajú tiež o sociálny rozvoj seniorov a tým ovplyvňujú formovanie pozitívnych postojov voči starobe.

Bibliografia

- Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).
- Wolska-Prylińska, D., *Projekt socjalny w kształceniu i działaniu społecznym*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2010.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Istota pracy socjalnej*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1998.
- Szatur-Jaworska B., *Społeczne kwestie ludzi starszych*, [w:] *Społeczne kwestie starości*, red. B.Rysz--Kowalczyk, Ośrodek Badań Społecznych, Warszawa 1991.
- Kucharska E., *Prawidłowe starzenie jako czynnik pogodnej starości*, [w:] *Starość może być atrakcyjna*, red. N. Pikuła, Wyd. Scriptum, Kraków 2012.
- Kędzior J., *Wybrane aspekty starzenia się i starości w perspektywie gerontologii i geragogiki*, [w:] *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, red. J. Kędzior, A. Ładyżyński, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006.
- Dzięgielewska M., *Wolontariat ludzi starszych. Na przykładzie wolontariuszy w regionie łódzkim*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.

Kontakt

prof. UP dr hab. Norbert Pikuła
UP, Kraków
e-mail: npikus@poczta.onet.pl;

Recenzia

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE SO SENIORMI

SPECYFIKA KOMUNIKACJI Z OSOBAMI STARSZYMI

Renata Spyrka-Chlipala

Abstrakt

Práca so seniormi si vyžaduje veľa zručnosti. Jednou z nich je schopnosť vstupovať do vzťahov a komunikácie so seniormi. Vek prináša so sebou veľa zmien, ktoré ovplyvňujú vzťahy. Zmeny pôsobia na fungovanie seniorov v komunite, preto komunita musí byť pripravená na špecifiká komunikácie s nimi.

Kľúčové slová: senior, interpersonálna komunikácia, dialóg.

Wstęp

Starość i wiek senioralny jest naturalnym i rozwojowym etapem życia i dojrzewania człowieka. Postępujące zmiany biologiczno-fizjologiczne nie zmieniają faktu, że seniorzy posiadają naturalne potrzeby społeczne, duchowe czy religijne. Człowiek pozostaje taką samą jednostką w wymiarze społecznym bez względu na kategorię wieku, zdrowia czy stan posiadania. Potrzeby społeczne wynikają z koegzystencji człowieka z innymi osobami i konieczności wchodzenia z nimi w relacje i interakcje. Jedną z podstawowych potrzeb społecznych człowieka jest potrzeba kontaktu i komunikacji z innymi. Relacje międzyludzkie oraz ich jakość są bardzo istotnym elementem społecznego funkcjonowania jednostki i sytuacja taka nie zmienia się na skutek procesu starzenia i wszelkich zmian mu towarzyszących. Bardzo istotnym w relacjach międzyludzkich, a w szczególności relacji człowieka będącego w ostatniej fazie swojego życia z otoczeniem, w którym przyjdzie mu spędzić ten czas, jest słowo i pozawerbalny aspekt postawy człowieka, którą wyraża na zewnątrz.

Dialog jako podstawa komunikacji

Fundamentalna potrzeba szacunku i uszanowania godności w pracy z seniorem często zostaje naruszona na płaszczyźnie komunikacji werbalnej bądź pozawerbalnej. „W okresie starości potrzeba ta pozostaje często niezaspokojona, co jest związane z istniejącym w świadomości społecznej przekonaniem, że wszystkich ludzi starszych – podobnie jak dzieci – cechuje mniejsza sprawność umysłowa i fizyczna. Przekonanie to pociąga za sobą specyficzny sposób komunikowania się z osobami starszymi, polegający na głośniejszej niż zwykle mowie, przesadnej intonacji, używaniu prostego słownictwa, budowania krótkich zdań i stosowania

wielokrotnych powtórzeń. Taki wzorzec kontaktu słownego, odbierany przez seniorów jest protekcyjny i upokarzający, w konsekwencji może uruchomić postawę uporu lub przekory, utrudniając przyjęcie współodpowiedzialności za własne zdrowie i zakłócać współpracę z zespołem terapeutycznym. Sposób porozumiewania się z osobą starszą powinien być dostosowany do jej indywidualnych możliwości, takich jak poziom funkcjonowania intelektualnego, sprawności poszczególnych zmysłów i stan psychiczny¹²⁹. Właściwa komunikacja z osobami starszymi, prawidłowy dialog i poprawny sposób komunikowania, stanowi punkt wyjścia do podejmowania wszelkich zamierzeń terapeutycznych i pełni kluczową rolę w powodzeniu całej terapii. Ten punkt widzenia jest szczególnie istotny w przypadku osób starszych z powodu ich wrażliwości oraz potrzeby uszanowania ich godności osobowej. Istotnym zatem dla podejmowania działań terapeutycznych zwłaszcza z osobami starszymi, jest właściwa postawa oraz wycucie i empatia w nawiązywaniu, budowaniu i podtrzymywaniu relacji. Wymiar aksjologiczny jest zatem istotą i podstawą wszelkiej działalności pracownika socjalnego. „Do grupy wartości, jakie pojawiają się w obszarze pracy socjalnej, należy zaliczyć między innymi uznanie wrodzonej wartości człowieka i należnego mu z tej racji szacunku, poszanowania jego godności osobistej, uznanie społecznej natury i jego prawa do równych szans w zaspokajaniu swoich potrzeb i przekonanie o ludzkich możliwościach zmiany i rozwoju”¹³⁰. C. Rogers uważa, że terapeuta nie wychodząc poza własne doświadczenie jest w stanie poznać podopiecznego jedynie przez empatyczny wgląd. Empatyczne intuicje można uznać za prawdziwe tylko wtedy, gdy zostaną potwierdzone przez zachowanie podopiecznego. Dopóki takich zachowań nie ma, nie ma też relacji. Od postawy terapeuty zależy osiągnięcie wzajemności równoznaczne w swoim wyrazie z wyrażeniem zgody na to aby człowiek zaistniał w relacji jako rzeczywista osoba, nie mająca potrzeby ukrywania się za maską czy pozorami¹³¹. Autentyczność stanowi determinant dobrej komunikacji co daje uczestnikom tego procesu poczucie swobody i nieskrępowania. „Doświadczenie potoczne wskazuje, że sama chęć dialogu jest cenna, łączy się bowiem z przekazaniem pozytywnych emocji i okazaniem zainteresowania. Może to stanowić wsparcie dla wspomaganego, poprawić jego samopoczucie, budzić nadzieję zanim jeszcze nastąpi pomoc właściwa dla jego sytuacji. Jest to swoisty rodzaj relacji międzyludzkiej. Przeżycie

¹²⁹ M. Matecka, *Potrzeby psychiczne i społeczne wynikające z wieku, stanu zdrowia i leczenia*, w: *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarzka, K. Wieczorowska-Tobis, E. Szałkiewicz, Wyd. PZWL, Warszawa 2011, s. 229, ISBN 978-83-200-3816-3.

¹³⁰ J. Matejek, E. Zdebska, *Etyczne podstawy funkcjonowania przyszłych pracowników socjalnych w zawodzie*, w: *Nowe przestrzenie działania w pracy socjalnej w wymiarze etyczno-prakseologicznym*, red., M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios, L. Adamowska, Wyd. Impuls, Kraków 2010, s. 38, ISBN 978-83-7587-443-3.

¹³¹ M. Kościelniak, *Zrozumieć Rogersa: studium koncepcji pedagogicznych Carla Rogersa*, Wyd. Impuls, Kraków 2004, s. 162, ISBN 83-7308-308-1.

dialogu nie dokonuje się w próżni. Łączy się z uczestnictwem w relacji międzyludzkiej, której nadaje ono rangę pomocy. Pomoc nie jest tożsama z występującymi w takiej relacji faktami, lecz ich znaczeniem które nadaje im uczestniczący w tej relacji człowiek¹³². To terapeuta musi mieć świadomość swoich intencji i odpowiedzialności jaką ponosi w relacji z podopiecznym. Sytuacja taka dotyczy również, jeśli nie w szczególny sposób, kontaktów i relacji terapeutycznej z osobami starszymi. „W pracy z człowiekiem starym należy zauważyć fakt, że koncentracja na jego starości nie może dominować. Należy się zastanowić nad tym kim on jest, jakie są jego preferencje i jak to wszystko wpływa na potrzeby w zakresie opieki. Teoria selektywności, optymalizacji i kompensacji, koncentruje się na pewnych siłach, które można uznać za ułatwiające pozytywne starzenie się. Ważnym elementem teorii SOC jest pogląd, że nawet w podeszłym wieku ludzie posiadają pewien stopień wewnętrznej plastyczności definiowanej jako niewykorzystane zasoby interpersonalne bądź moce rezerwowe, które mogą zostać wykorzystane w konfrontacji z nową sytuacją wymagającej od starszego człowieka zmiany przystosowawczej¹³³”.

Umiejętności interpersonalne w kontakcie z seniorami

Osoba wchodząca w relację z człowiekiem w ostatniej dekadzie życia oprócz walorów osobowościowych, powinna zgłębić wiedzę z zakresu komunikacji, zarówno komunikacji werbalnej i niewerbalnej, z uwzględnieniem potrzeb i sytuacji społecznej tej grupy społecznej. Podstawowa wiedza z zakresu komunikacji oraz znajomość problemów i różnorodności sytuacji życiowej i zdrowotnej seniorów stanowi warunek niezbędny i umożliwiający poprawny proces komunikacji oraz terapii. „Coraz częściej w ramach szkolenia zawodowego dla osób pełniących różnego rodzaju służby społeczne organizowane są zajęcia mające na celu zwiększenie wartości komunikacyjnych, zapoznania się z normami i zwyczajami dotyczącymi przebiegu porozumiewania się. Zasady te są wskazówką jak zachować się w określonej sytuacji. Nieuwzględnienie tych zasad wynikające z ich nieznanności lub lekceważenia wywołać może dezorientację, niepokój, lęk lub wycofanie. Empatia oparta na wrodzonej i automatycznie działającej tendencji do koncentracji uwagi na drugim człowieku oraz do spostrzegania i naśladowania jego ekspresji, daje możliwość bezpośredniego wglądu w przeżycia drugiej osoby. Ich empatyczne współdziałanie jest szczególnie użyteczne jako alternatywny sposób wymiany wiadomości, np. w komunikacji

¹³² P. Szczukiewicz, *O pomaganiu i psychoterapeutach : kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005, s. 15, ISBN 83-2272-406-3.

¹³³ R. Hill, *Pozytywne starzenie się: młodzi duchem w jesieni życia*, Wyd. MT Biznes, Warszawa 2010, s. 80, ISBN 978-83-62195-54-1.

specyficznych przeżyć, które trudno jest ująć w słowa, lub z osobami niezdolnymi do operowania symbolami z powodu zaburzeń natury psychicznej”¹³⁴. W przypadku zatem osób, które budują relacje i komunikują się z osobami starszymi, istotna jest wiedza z zakresu podstawowych zasad komunikacji, a także różnorodnych utrudnień komunikacyjnych wynikających min. ze stanu zdrowia, samopoczucia czy traumatycznych przeżyć seniorów. W przypadku osób starszych występujące otępienie, demencja, choroba Alzheimera, depresja czy stany lękowe, znacząco wpływają na jakość i sposób komunikacji i wyrażania uczuć. Trudności te dotyczyć mogą zarówno problemów natury fizjologicznej związanych z samą artykulacją i czynnością mówienia (różnorodne urazy po przebytych chorobach, np. udar) jak również pogarszająca się i wybiórcza pamięć skutkująca również niemożliwością właściwego wyrażania się na poziomie semantycznym. „Biegłość w komunikowaniu się z osoba starszą u podstaw której znajduje się znajomość teorii, wykorzystanie własnego intelektu, intuicji, uczuć, wrażliwość, empatia oraz chęć niesienia pomocy, pomaga zrozumieć wyjątkowy i niepowtarzalny świat podopiecznego. Pomaga również w nieinwazyjny i pełen szacunku dla drugiego człowieka a jednocześnie świadomy sposób, wkraczać w królestwo jego wnętrza. Wzbogaca o dar, jakim jest możliwość aktywnego niesienia pomocy i poprawy jakości jego życia”¹³⁵. Od terapeuty wymaga się stworzenia dobrej przestrzeni, w której człowiek starszy poczuje się swobodnie, niezależnie od ograniczeń wiekowych, stanu zdrowia czy innych przypadłości związanych z wiekiem. Stworzenie bowiem właściwych warunków do komunikacji, dbanie o jej właściwą jakość poprzez stworzenie odpowiednich warunków osobowych jak również sytuacyjnych, jest samo w sobie swoistym rodzajem terapii. „W procesie komunikacji jesteśmy zarówno nadawcami – osobami mówiącymi, jak i słuchaczami. Dbając o efekt słuchania należy wykazać między innymi cierpliwość, obiektywizm, wnikliwość, dokładność, wrażliwość. Komunikacja interpersonalna z psychologicznego punktu widzenia jest procesem, dzięki któremu jednostka przekazuje i otrzymuje informacje podczas kontaktów z innymi. Mową, mimiką, pantomimą i intonacją głosu przekazujemy sobie określone informacje”¹³⁶ Sama bowiem „właściwa obecność” drugiego człowieka, daje poczucie bezpieczeństwa, poszanowania godności i prywatności oraz daje szanse powodzenia wszelkim działaniom opiekuńczym czy terapeutycznym. „Poza rolę terapeutyczną personel pełni rolę towarzyską w czasie spotkań. Dobrze gdy ma

¹³⁴ E. Trzebińska, *Komunikacja interpersonalna*, w: *Encyklopedia Pedagogiczna*, Wyd. Fundacja Innowacja, Warszawa 1993, s. 280.

¹³⁵ H. Knapp, *Komunikacja w terapii*, Wyd. PWN, Warszawa 2009, s.11, ISBN 978-83-01-15771-5.

¹³⁶ E. Kucharska, *Komunikacja interpersonalna*, w: *Pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, red. T.W. Gierat, E. Kucharska, A. Grudziński, Wyd. scriptum, Kraków 2012, s. 356, ISBN 978-83-60163-78-8.

świadość tego faktu. Ta druga rola narzuca konieczność stworzenia atmosfery przyjaźni, ogólnej życzliwości oraz szacunku i wspólnego decydowania o sprawach organizacyjnych. Podejmowanie decyzji ludziom starszym nie przychodzi łatwo, czasem warto zacząć od dyskusji w małych grupach, a następnie wyniki przenieść przez odważniejszych na szersze forum. Terapeuta nie powinien nadmiernie ochraniać starszych pacjentów, ale posługiwać się umiejętnością spokojnego i rzeczowego podjęcia z nim dialogu. Dobry terapeuta nie może czuć się niepewny z tego powodu, że jest młodszy, musi mieć wystarczające poczucie pewności żeby dać sobie radę z wrogością starszego pacjenta i jego wysiłkami aby uczynić młodego człowieka winnym swojej starości. Aby móc skutecznie oddziaływać na starszych terapeuta powinien określić swój stosunek do problemu starości własnej, w którą wkracza lub kiedyś wkroczy¹³⁷.

Specyfika komunikacji z osobami starszymi

Pracownik socjalny, terapeuta lub inna osoba pracująca z osobą starszą musi wziąć pod uwagę nastawienie, wartości i widzenie świata przez seniora, musi zdawać sobie sprawę, do kogo mówi lub pisze oraz to jak może być odebrany jego przekaz, łącznie ze skutkami, jakie wywoła. Choć nie jest to łatwe, musi próbować na tyle „wczuć się” w świat odbiorcy, by przewidzieć, w jaki sposób senior może interpretować jego przekaz i jakie to może pociągnąć za sobą konsekwencje. Inni mogą przecież inaczej widzieć i rozumieć świat i problemy, a ich uprzedzenia i osobiste doświadczenia mogą spowodować, że nie będą chcieli słuchać argumentów od innych i nie będą chcieli nawiązywać komunikacji i relacji interpersonalnej. Na początku każdej relacji interpersonalnej jest słowo, jako pewna „wartość” otwierająca drogę relacji. „Dialog nie jest zwieńczeniem profesjonalnych działań lecz przeciwnie, punktem wyjścia do tego aby odkryć splot szerszych uwarunkowań obecności w świecie seniorów. To założenie wiąże się z koniecznością wielowymiarowego postrzegania osoby starszej i jej problemów oraz szukania rozwiązań we wszystkich sferach życia. Innymi słowy pożądana jest praktyka zogniskowana na dostrzeganiu czegoś więcej niż choroby, kalectwa, niedołęstwa i diagnozy medycznej¹³⁸. Dialog jest wartością fundamentalną nie tylko dobrej terapii, ale także w codziennym życiu. Należy podkreślić, że to co kształtuje społeczną perspektywę w pracy z osobami starszymi to właśnie świat wartości. Można opisać go

¹³⁷ H. Wardaszko-Łyskowska, *Terapia grupowa w psychiatrii*, Wyd. PZWL, Warszawa 1980, s. 267, ISBN 83-200-0278-8.

¹³⁸ H. Kaszyński, *Profilaktyka w obszarze zdrowia psychicznego*, w: *Moja wędrówka: refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, red. I. Białek i inni, Wyd. Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 26 ISBN 978-83-62600-00-7.

odwołując się do etycznej zasady naczelnej dla której podstawą jest filozofia Immanuela Kanta i jego imperatyw kategoryczny zgodnie z którym człowiek bez względu na okoliczności zawsze ma być celem naszych starań, a nigdy środkiem do jego osiągnięcia. Ta świadomość musi skutkować w komunikacji z seniorami odpowiednim doborem słów, gestów oraz przyjmowaniem odpowiedniej postawy. „Największym błędem w sztuce rozmowy jest mierzenie możliwości psychicznych starca według własnej analizy aktu komunikacji ze stanowiska człowieka w pełni sił intelektualnych i werbalnych. Nie istnieje bowiem żadna gwarancja na to, że niedołączny starzec buduje wypowiedzi już prawie bezsensowne, nie odbiera w pewnych momentach treści komunikatów lub ich fragmentów adekwatnie i że jest to dla niego źródłem wyzwolenia psychicznych rezerw kompensacyjnych, które posiada także stary ustrój człowieka. Stary człowiek buduje swoją wypowiedź często okazjonalnie. Zaburzenia jasności myślenia i pamięci uniemożliwiają mu sensowne zbudowanie dłuższych wypowiedzi. Stąd nierzadko inspiracją do mówienia stają się różne elementy rzeczywistości istniejącej w polu widzenia starca. Produkowany tekst zawiera w sumie słowa i frazy o różnym stopniu adekwatności, refleksje z przeszłości, potrzeby chwili. Nieadekwatność sytuacyjna produkowanego tekstu często prowadzi do zaciemnienia obrazu sprawności językowej człowieka narzucając globalną niekorzystną interpretację wypowiedzi. Nawet jeśli sam komunikat jak i treść potwierdzenia jego odbioru mogą być w połączeniu z życiem jak i ze sobą zupełnie bez sensu, to jednak potwierdzenie próby odbioru jakiegokolwiek porozumienia się jest dla psychicznego komfortu osoby starszej niezbędne¹³⁹.

Czynniki utrudniające komunikację z seniorami

Opieka nad seniorami stawia przed opiekunami czy terapeutami szereg wyzwań, które wynikają ze specyfiki tego okresu życia ludzkiego. Odpowiedzialny opiekun czy pracownik socjalny powinien zdawać sobie sprawę z barier i trudności w relacjach z seniorami oraz czynić wszystko by te bariery przekraczać oraz nie tworzyć nowych. Również osoby starsze stoją w sytuacji adaptacji do nowej sytuacji życiowej, która istotnie wpływa na ich społeczne funkcjonowanie. Człowiek stając w obliczu starości, powinien być świadomy, że ma do spełnienia wiele istotnych zadań, aby zmierzyć się z tym ostatnim okresem życia. Do zadań tych należy zaliczyć między innymi tak ważną kwestię jaką jest przystosowanie do spadku sił fizycznych oraz do inwolucyjnych zmian biologicznych. Wiek podeszły wymaga od każdego

¹³⁹ W. Tłokiński, *Mowa: przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów*, Wyd. PWN, Warszawa 1986, s. 104, ISBN 83-01-06592-3.

pogodzenia się z nieuchronnością starzenia się. Niezmiernie ważne jest utrzymanie zainteresowania światem, utrzymanie stosunków towarzyskich z rówieśnikami poprzez włączenie się do grupy rówieśników. Przystosowanie się do nowych ról społecznych, podjęcie nowych zajęć wymaga otwartości, ale i odwagi powiązanej z altruizmem¹⁴⁰. Istnieje zatem niejako „wzajemne zobowiązanie” do przygotowania się i adaptacji w warunkach współpracy seniora i pracownika socjalnego. Opieka nad seniorami jest ciekawa właśnie dlatego, że historia każdego człowieka jest inna. Każda przypadkowo dobrana grupa starszych osób połączy ludzi o różnym stopniu sprawności psychicznej i fizycznej. Komunikacja z większością starszych ludzi nie jest trudna, mimo to warto poznać bariery stojące na drodze dobrego porozumiewania się z nimi:

- Demencja – nie ma sensu zadawanie szczegółowych pytań, ale w każdej sytuacji kilka prostych pytań w czasie teraźniejszym. Pozwoli to uniknąć frustracji, zakłopotania a czasem nawet niepotrzebnego ryzyka.
- Głuchota – około 25% ludzi po 75 r.ż. ma problemy ze słuchem, któremu łatwo zaradzić podnosząc głos w trakcie mówienia. Wielu starszych ludzi czuje zakłopotanie z powodu swojej wady i usiłuje czytać z ust, więc należy do nich mówić głośno i wyraźnie z twarzą zwróconą w ich stronę. Jeśli się krzyczy spółgłoski się gubią a samogłoski zostają zniekształcone.
- Dyzarteria – podopieczny potrafi bezbłędnie zrozumieć co się do niego mówi oraz formułować słowa i dźwięki, ale ma trudności z artykułowaniem ich najczęściej na poziomie krtani, jamy ustnej lub warg. W rozmowie z takim człowiekiem należy zachować cierpliwość, okazać zrozumienie i współczucie a nie zakłopotanie i zażenowanie. Wytrwałość zostanie nagrodzona jako że stopniowo można się przyzwyczaić do tego jak człowiek mówi i jego wypowiedzi stają się coraz bardziej zrozumiałe.
- Dysfazja – zaburzenie mowy spowodowane przez uszkodzenie lewej półkuli mózgu. Wielu ludzi z tym zaburzeniem uśmiecha się i potakuje głową chcąc w ten sposób nawiązać rozmowę bez słów. Z wdzięcznością przyjmują uprzejme powitanie. Bardzo łatwo sprawdzić czy podopieczny rozumie co się do niego mówi prosząc o wykonanie prostego polecenia.
- Pacjent nie dający się lubić – w kontakcie z takim podopiecznym, który wydaje się niechętny, nieatrakcyjny należy po pierwsze ustalić własne emocje, po drugie trzeba

¹⁴⁰ Por. E. Kucharska, *Prawidłowe starzenie się jako czynnik pogodnej starości*, w: *Starość może być atrakcyjna*, red. N. Piłkuła, Wyd. scriptum, Kraków 2012, s. 127, ISBN 978-83-60163-92-4.

rozpoznać co takiego jest w tej osobie że wydaje się nieprzyjemna i po trzecie zidentyfikowana przyczynę potraktować w kategoriach klinicznych.

Dzięki tym wiadomościom spojrzeć można na rozmówcę jak na osobę a nie na osobę, która była i jest stara”¹⁴¹.

Pracownik socjalny czy opiekun osoby starszej oprócz umiejętności i kompetencji osobowościowych musi posiadać wiedzę z zakresu medycyny, geriatry czy gerontologii. Musi wykazać się determinacją, cierpliwością i empatią w stosunku do swojego podopiecznego. W samym procesie komunikacji musi kierować się chęcią porozumienia, otwartością a także musi umieć dać czas podopiecznemu i sobie, by proces komunikacji przebiegał bez zakłóceń. W akcie komunikacji pracownik socjalny powinien spowodować u podopiecznego poczucie współpracy, bezpieczeństwa i akceptacji min. poprzez: „aktywne słuchanie, empatię, emanowanie spokojem i opanowaniem, wsparcie emocjonalne w trudnych chwilach, stwarzanie sytuacji ułatwiającej swobodne wyrażanie siebie, poszanowanie granic wyznaczonych przez pacjenta, werbalizację, poświadczenie, wypowiedzi otwierające, odzwierciedlanie uczuć, dowartościowanie, klaryfikację, parafrazowanie, wyjaśnianie, konfrontację z rzeczywistością, podsumowanie, jasne i konkretne stosowanie komunikatów, dobieranie języka i stylu wypowiedzi zrozumiałych dla starszej osoby, dbanie o dwustronność komunikowania, zwracanie uwagi na komunikaty werbalne i niewerbalne, unikanie formułowania ocen, wsparcie społeczne. Znajomość procesów zachodzących w człowieku starym i postaw poszczególnych osób wobec starości może pomóc w zrozumieniu tego, dlaczego ludziom starym trudno jest zmienić zachowanie. A to zrozumienie jest konieczne dla motywacji podopiecznego do aktywności lub zmiany swojego zachowania, na te których do tej pory unikał. Tego nie da się dokonać bez umiejętności skutecznego komunikowania się”¹⁴².

Podsumowanie

Doświadczenie pokazuje, że wszelkie działania pozbawione sztywności, udawanej pokory, zasadniczości, a także pewna kreatywność w myśleniu daje szansę na pogłębiony wgląd w sytuację oraz uwalnia ekspresję i możliwość wyrażania emocji i komunikowania. Refleksyjność, która w obserwowaniu siebie w interakcji może stymulować do ogólnej

¹⁴¹ P. Myerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem*, Wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 205-216, ISBN 83-87957-33-X.

¹⁴² E. Wilczek-Rużyczka, M. Malinowska-Cieślak, *Skuteczne komunikowanie interpersonalne*, w: *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych*, red. K. Szczubińska, E. Wilczek-Rużyczka, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2010, s. 77, ISBN 978-83-922120-72.

wiedzy na temat zachowań człowieka w układach interpersonalnych. Ważne jest aby terapeuta znał nie tylko zasoby i ograniczenia osoby z którą współpracuje, ale także swoje zasoby i ograniczenia bo tylko wtedy może dostosować wyzwania i wsparcie do potrzeb i możliwości osoby starszej. Tylko wtedy może być dla niej osobą wysoko mediującą, osobą, która jest wrażliwa na potrzeby drugiej osoby, usiłuje zrozumieć intencje partnera interakcji i jest świadoma swoich intencji, ma twórczy umysł, rozwiniętą wrażliwość i jest dobrym obserwatorem. Aby program terapeuty stał się programem osoby starszej ważne jest aby nie była to tylko łatwa atrakcyjność i kuszenie zewnętrznymi atrakcjami. Osoby starsze jeżeli chcą powinny być angażowane w działania podtrzymujące ich zdolność myślenia refleksyjnego, dialogicznego i dialektycznego”¹⁴³.

Można by się zatem pokusić o stwierdzenie, że czynnikiem warunkującym odpowiednią komunikację interpersonalną, również z seniorem, jest swoista filozofia bycia z drugim człowiekiem zarówno w rozmowie jak i w ciszy. Tylko bowiem postawa nakierowana na otwartość i afirmację drugiego, pozwala go poznać, zaakceptować i obdarzyć pomocą. Komunikacja z seniorem jest płaszczyzną, która daje możliwość rozwoju, satysfakcji i samorealizacji. Wymaga jednak od pracownika socjalnego wielu umiejętności i predyspozycji osobowościowych, które warunkują skuteczność i powodzenie samego procesu komunikacji i procesu terapeutycznego. Pracownik socjalny musi wykazać się wiedzą, wyczuciem i doświadczeniem aby, szanując i akceptując seniora, zrozumieć jego sytuację życiową, która często jest naznaczona chorobą, problemami oraz postępującym procesem starzenia się w różnych aspektach – biologicznym, społecznym, duchowym czy psychicznym.

Bibliografia

Hill R. D., *Pozytywne starzenie się: młodzi duchem w jesieni życia*, Wyd. MT Biznes, Warszawa 2010, ISBN 978-83-62195-54-1.

Kaszyński H., *Profilaktyka w obszarze zdrowia psychicznego*, w: *Moja wędrówka: refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, red. I. Białek i inni, Wyd. Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytety Jagiellońskiego, Kraków 2010, ISBN 978-83-62600-00-7.

Knapp H., *Komunikacja w terapii*, Wyd. PWN, Warszawa 2009, ISBN 978-83-01-15771-5.

¹⁴³ S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski, red., *Starzenie się z godnością*, Wyd. KUL, Lublin 2011, s. 413, ISBN 83-7702-325-3.

Kościelniak M., *Zrozumieć Rogersa: studium koncepcji pedagogicznych Carla Rogersa*, Wyd. Impuls, Kraków 2004, ISBN 83-7308-308-1.

Kucharska E., *Komunikacja interpersonalna*, w: *Pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, red. T.W. Gierat, E. Kucharska, A. Grudziński, Wyd. scriptum, Kraków 2012, ISBN 978-83-60163-78-8.

Kucharska E., *Prawidłowe starzenie się jako czynnik pogodnej starości*, w: *Starość może być atrakcyjna*, red. N. Pikuła, Wyd. scriptum, Kraków 2012, ISBN 978-83-60163-92-4.

Matecka M., *Potrzeby psychiczne i społeczne wynikające z wieku, stanu zdrowia i leczenia*, w: *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarska, K. Wieczorowska-Tobis, E. Szwąlkiewicz, Wyd. PZWŁ, Warszawa 2011, ISBN 978-83-200-3816-3.

Matejek J., Zdebska E., *Etyczne podstawy funkcjonowania przyszłych pracowników socjalnych w zawodzie*, w: *Nowe przestrzenie działania w pracy socjalnej w wymiarze etyczno-prakseologicznym*, red., M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios, L. Adamowska, Wyd. Impuls, Kraków 2010, ISBN 978-83-7587-443-3.

Myerscough P., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem*, Wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, ISBN 83-87957-33-X.

Studen S., Stanowska M., Janowski K., red., *Starzenie się z godnością*, Wyd. KUL, Lublin 2011, ISBN 83-7702-325-3.

Szczukiewicz P., *O pomaganiu i psychoterapeutach : kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005, ISBN 83-2272-406-3.

Tłokiński W., *Mowa: przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów*, Wyd. PWN, Warszawa 1986, ISBN 83-01-06592-3.

Trzebińska E., *Komunikacja interpersonalna*, w: *Encyklopedia Pedagogiczna*, Wyd. Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.

Wardaszko-Łyskowska H., *Terapia grupowa w psychiatrii*, Wyd. PZWŁ, Warszawa 1980, ISBN 83-200-0278-8.

Wilczek-Rużyczka E., Malinowska-Cieślik M., *Skuteczne komunikowanie interpersonalne*, w: *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych*, red. K. Szczerbińska, E. Wilczek-Rużyczka, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2010, ISBN 978-83-922120-72.

Kontakt

mgr Renata Sypka-Chlipała

Akademia Ignatianum w Krakowie

e-mail: renatasypka@poczta.onet.pl

Recenzia

doc.PhDr. Irena Kamanová, PhD.

EDUKÁCIA SENIOROV V OBLASTI PREVENČIE ZÁVISLOSTI OD ALKOHOLU

Michaela Šavrnochová

Abstrakt

Syndróm závislosti od alkoholu je ťažko rozpoznateľný u ľudí vyššieho veku, pretože sa môže skrývať za multiborbiditu. Vzhľadom k starnutiu slovenskej populácie je však daná problematika stále viac aktuálnejšia a dôležitejšia. Súčasnú postavenie starších a starých ľudí v spoločnosti kladie na nich zvýšené nároky a neľahká životná situácia ich často vedie k nadmernému užívaniu alkoholu. V príspevku sa autorka okrem špecifických rysov alkoholovej závislosti u seniorov venuje aj včasnej intervencii a edukácii zo strany odborníkov.

Kľúčové slová: Senior. Alkohol. Syndróm závislosti od alkoholu. Sociálna práca. Edukácia.

1 Špecifiká syndrómu závislosti od alkoholu u seniorov

Pri identifikovaní závislosti od alkoholu u starších ľudí treba brať do úvahy podľa Osgooda (2007) viaceré znaky a symptómy:

- skryté pitie,
- pitie vo väčšej miere s menej viditeľnými účinkami,
- výpadky pamäte,
- neochota hovoriť o pití,
- ospravedlňovanie pitia,
- ukrývanie alkoholu,
- agresívne alebo hrubé správanie,
- zanedbávanie vzhľadu a hygieny,
- opakované pády,
- prejavy depresie,
- nevhodné stravovanie,
- strata záujmu o spoločenské aktivity,
- ospalosť počas dňa,
- reči o spáchaní samovraždy alebo pokus o samovraždu.

Závislosť od alkoholu spúšťa kaskádu sociálnych a zdravotných komplikácií, ktoré v niektorých prípadoch môžu viesť k tragickým následkom nielen pre chorého, ale aj pre jeho blízkych. Je preto dôležité edukovať a pracovať nielen so samotným klientom, no i s jeho

celou rodinou. Podľa Štefákovej (2008) je v úvode práce potrebné si čo najskôr zmapovať situáciu rodiny, ujasniť si, o aký typ rodiny sa jedná... Je nutnosťou pochopiť a plne rešpektovať zvláštnosti a zvyklosti danej rodiny vyvierajúce z jej kultúrnych, náboženských a etických odlišností.

Priemerný vek ľudí sa v posledných rokoch predlžuje, čo je považované za medicínsky a spoločenský úspech. Seniori však takí nadšení nie sú, pretože vyšší vek im prináša zdravotné, sociálne, emocionálne a finančné problémy. Mnohí z nich sa tieto problémy snažia riešiť zvýšeným konzumom alkoholu. Najčastejšími príčinami nadmerného užívania alkoholu sú vo všeobecnosti:

- primárna porucha osobnosti (osoby impulzívne s agresívnymi tendenciami),
- sociogénne vplyvy (pravidelná príležitosť k pitiu, rozvoj závislosti u jedincov z rodín s výskytom alkoholovej závislosti, stereotyp pitia v určitých situáciách),
- neurotický vývin pitia (u osôb so zníženou adaptabilitou),
- reaktívne pitie (ako dôsledok traumy),
- rozvoj pitia na báze primárnej depresie (pocit lepšej nálady),
- sekundárny alkoholizmus (vyskytujúci sa pri psychózach).

V kontexte témy nášho príspevku sa nám naskytuje otázka, či syndróm závislosti od alkoholu vzniká už v mladšom veku a pokračuje až do staroby, alebo vzniká až v senu? Podľa Nešpora (2005) sa môžeme stretnúť s obidvomi prípadmi. V druhom prípade rozvoj závislosti môže nadviazať na záťažovú životnú udalosť, akou je napr. odchod do dôchodku, ochorenie, smrť partnera, problémy v rodine a pod. Osgood (2007) konštatuje, že existujú rôzne typy alkoholovo závislých jedincov v staršom veku. Chronickí užívatelia, ktorí s pitím začali skoro, občasní užívatelia, ktorí počas života prežívali periodické záchvaty a tretiu skupinu tvoria závislí jedinci, ktorí alkohol začali zneužívať až neskôr predovšetkým kvôli stresom, súvisiacim najmä s vekom. K tomuto tvrdeniu sa pripájajú aj Hegyi a Krajčík (2010), podľa ktorých môžeme starších ľudí s problematickým pitím rozdeliť do dvoch skupín. V prvej sú tí, ktorí začínajú s pitím v mladšom veku a pokračujú až do staroby. V druhej sú seniori, ktorí v neskoršom veku začali piť. V takomto prípade sú seniori vysokorizikoví pre možnosť samovraždy, vznik depresie, izoláciu, príp. porúch správania. Odborná literatúra uvádza, že až 8-10% populácie nad 65 rokov spĺňa kritéria pre škodlivé užívanie alkoholu, i keď „o počtoch osôb závislých od alkoholu vo vyššom veku nie sú spoľahlivé jednoznačné údaje. Väčšina osôb, u ktorých sa vyvinula závislosť od alkoholu v mladšom veku, sa veku nad 65 rokov nedožije najmä pre somatické komplikácie alkoholizmu, čo štatisticky veľmi zníži počet závislých od alkoholu v tejto vekovej skupine“ (Kovářová, Dóci, 2002, s. 80).

Závislosť od alkoholu u seniorov je však vo všeobecnosti menej častá ako v mladšej populácii, avšak nesmieme zabúdať na to, že táto problematika u seniorov sa často podhodnocuje a maskuje multimorbiditou. Konzumácia alkoholu u starších ľudí má pozvoľný, kontinuálny priebeh, chýbajú excesy so stratou kontroly. Pokusy o abstinenciu sú zriedkavejšie.

Problémy spojené s alkoholom u seniorov je ťažké identifikovať, pretože môžu byť považované za bežné zdravotné ťažkosti. Väčšina týchto pacientov však podhodnocuje konzum alkoholu. Seniori - muži sú náchylnejší k požívaniu alkoholu ako ženy a sú dva až šesťnásobne náchylnejší byť problémovými pijanmi ako ženy. Prejavy škodlivého užívania alkoholu v starobe sú odlišné ako u mladších osôb. Alkoholická intoxikácia sa môže objaviť už pri nízkych dávkach, pretože seniori majú zvýšenú biologickú citlivosť. Odvykací stav (tremor, halucinácie) sa objavuje vo väčšej miere kvôli často prítomným somatickým ochoreniam. Tento fakt komplikuje liečbu a býva spojený s úmrtnosťou. Nadmerný konzum alkoholu poškodzuje takmer každý orgán a výrazne poškodzuje telesné a duševné zdravie seniorov. Veľmi často komplikuje priebeh iných ochorení (Shahpesandy, 2006). Alkohol zvyšuje krvný tlak a teda aj riziko cievnych mozgových príhod. Keďže seniori sú dlhodobo liečení liekmi, tie môžu vstupovať do interakcie s alkoholom a spôsobiť zdravotné komplikácie (Nešpor, 2005).

Odborníci v oblasti liečby alkoholovej závislosti realizovali v roku 2005 výskum, ktorého cieľom bolo sledovať charakteristiky a zvláštnosti prejavov syndrómu závislosti od alkoholu u starých a mladých jedincov. Výskumu sa zúčastnilo 56 žien a mužov (priemerný vek 70,2 rokov) a 59 žien a mužov (priemerný vek 43 rokov). Na základe stanovených diagnostických kritérií (pozitívna rodinná anamnéza, začiatok konzumácie alkoholu, množstvo vypitého alkoholu a preferované nápoje, multimorbidita a psychiatrická multimorbidita) autori výskumu vyšpecifikovali dve skupiny pacientov - seniorov so syndrómom závislosti od alkoholu:

- prvú skupinu tvoria tí, u ktorých sa diagnostikovala závislosť už v mladosti a druhú skupinu tvoria jedinci, ktorí začali piť po 55. roku života. K prvej skupine patrilo viac mužov a menej žien, pri druhej skupine to bolo naopak. Väčšie percento starších žien žije osamelo a bez partnera, čo podporuje tvrdenia, že syndróm závislosti od alkoholu je dôsledkom sociálnej izolácie a osamelosti v senu. V skúmanej vzorke trpelo depresiou viac ako 50% žien. Miera rozvodovosti bola dvojnásobne vyššia u mladých pacientov, čo súvisí s väčšou mierou akceptácie rozvodu u mladších vekových skupín.

- seniori s neskorým nástupom syndrómu závislosti od alkoholu sú charakterizovaní menším výskytom rodinnej záťaže, menej závažnou závislosťou, nízkym výskytom problémov spojených s konzumáciou alkoholu. Seniori majú pri tejto diagnóze väčší počet telesných a psychiatrických komplikácií ako mladí. Starší pacienti preferujú konzumáciu destilátov a málo kedy kombinujú iné typy nápojov. Odhady výskytu syndrómu závislosti sa vyskytujú od 1 do 6% v komunitách, od 7 do 22% seniorov hospitalizovaných zo zdravotných dôvodov a od 28 do 44% u seniorov prijatých na psychiatrické oddelenia. Dôsledkom syndrómu závislosti od alkoholu u seniorov sú somatické a psychiatrické komplikácie, s tým súvisiace častejšie hospitalizácie a samozrejme i vyššie náklady (Shahpesandy, 2005).

2 Intervencia sociálneho pracovníka

Sústredenie pozornosti praktickej sociálnej práce na seniorov má svoje opodstatnenie, pretože sa zvyšuje priemerný vek. Ide aj o podporu a rozvoj aktivít, ktoré môžu pomôcť seniorom dôstojne prežiť starobu, ktorá je plná zmien. Vyzerá to tak, akoby odchodom do dôchodku a postupnou stratou fyzických síl strácali títo ľudia rešpekt a úctu zo strany ostatných občanov. Tento postoj je nespravodlivý a diskriminujúci, preto sú potrebné zmeny týkajúce sa zdravia, oddychu a vzdelávania seniorov a hlavne zlepšovanie kvality života a ich postavenia v prostredí, kde žijú. Pod pojmom „kvalita života“ sa môže skrývať jednoduchá spokojnosť so životom. Individuálna kvalita života vychádza zo subjektívnej spokojnosti, resp. nespokojnosti s vlastným životom na základe vlastných predstáv, nádeji, očakávania a presvedčenia. Podľa Kamanovej (2007) je kvalita života meraná predovšetkým indikátormi životného prostredia, ukazovateľmi zdravia a choroby, bývaním, medzil'udskými vzťahmi, trávením voľného času, bezpečnosťou a sociálnymi istotami. Dôležitým kritériom kvality života je teda zdravotný stav seniora. Z hľadiska veku je práve populácia seniorov najviac zraniteľnou skupinou, pričom osobitnou prekážkou, ktorá priamo podporuje zhoršovanie zdravotného stavu a skracuje roky strávené v zdraví, je závislosť od alkoholu. Aktivizácia seniorov má svojou štruktúrou a náplňou tak terapeutický ako aj sociálny charakter.

Oblasti dôležité pre kvalitu života seniorov udáva Hrozenská (2008):

- subjektívna spokojnosť (celková kvalita života určená jednotlivými seniormi),
- faktory fyzického prostredia (štandardné bývanie, prístup k službám a trávenie voľného času),
- socio-ekonomické faktory (príjem, majetok, stravovanie, celkový štandard),
- kultúrne faktory (vek, pohlavie, vierovyznanie a sociálna vrstva),

- faktory zdravotného stavu (fyzická pohoda, funkčné schopnosti a mentálne zdravie),
- faktory osobnosti (psychická pohoda, spokojnosť so životom a šťastie),
- faktory osobnej nezávislosti (schopnosť rozhodovania, pohybové ovládanie).

Termín kvality života býva často zamieňaný s pojmami spôsob života, životný štýl a životná úroveň. Podľa Balogovej (2005) je:

- *spôsob života* založený na vzťahu pracovnej, profesionálnej, spotrebiteľskej, politickej kultúrnej, rodinnej činnosti vo voľnom čase, je vyjadrením prepojenia objektívnych a subjektívnych aspektov života spoločnosti,
- *životný štýl* vyjadruje mieru, spôsob noriem a zvyklostí v spôsobe života, ale aj podiel fyzických a duchovných dispozícií, návykov, charakteru, temperamentu, osobných potrieb a záujmov,
- *životná úroveň* výrazne ovplyvňuje životný štýl. Realizuje sa prostredníctvom trhu, ktorý je zameraný na uspokojovanie potrieb ľudí.

Seniorská sociálna práca ponúka riešenie v troch sférach:

- *v reformnej*, kde sa predstava sociálneho fungovania spája so spoločenskou rovnosťou v rôznych sférach spoločenského života (toto je v prípade seniorov splnené požiadavkou celoživotného vzdelávania),
- *v terapeuticknej*, kde za hlavný faktor je považované duševné zdravie a subjektívna pohoda, dôraz sa kladie na komunikáciu a interakciu,
- *poradenskej*, kedy sociálne fungovanie je závislé od schopnosti zvládať problémy a súčasne od prístupu k informáciám a službám a teda podstatou je sociálne učenie (Žumarová, Balogová, 2010). „*Aby bola intervencia úspešná, je potrebná motivácia klienta ku kooperácii pri riešení problému*“ (Šrobárová, 2011, s. 15).

Sociálne poradenstvo sa vo všeobecnosti zameriava na odstránenie, zmiernenie negatívnych spôsobov správania človeka a jeho začlenenie do rodiny, skupiny, komunity. Poradenstvo pre seniorov predstavuje špecifickú formu sociálnej komunikácie, vzťahu človeka k človeku, ktorú charakterizuje poskytovanie rád, potrebných informácií, skúseností, podpory a pomoci v rôznych životných situáciách. Poradenská činnosť by mala pomáhať pri riešení problémov seniorov vo všetkých oblastiach života a tým im uľahčovať život. „*Môže zlepšiť orientáciu človeka v nových životných situáciách a obmedzeniach, ktoré prináša starnutie, čím umožňuje vyhnúť sa patologickým prejavom starnutia. V individuálnych životných prejavoch to znamená „oddialiť starnutie“, získať nadhľad a schopnosť samostatne sa rozhodovať ako riešiť výzvy života v starobe*“ (Čornaničová, 2007, s. 19). Z poradenských metód sa najviac využívajú:

- tréningy s klientom, zamerané na odstránenie nevhodných návykov, zmeny vzorcov správania,
- modelovanie určitých situácií, ktoré sa klient učí zvládať,
- práca s rodinou, nakoľko problémy klientov často pochádzajú z poruchového fungovania rodiny,
- skupinové a komunitné poradenstvo, ktoré pracuje so skupinovou dynamikou, využíva poznatky ľudí s podobnými problémami.

Cieľom efektívnej prevencie deštruktívneho správania a podpory zdravia je vyvinúť kultúrne citlivé a veku zodpovedajúce stratégie, ktoré znížia rizikové faktory a zvýšia ochranné faktory, ktoré ovplyvňujú osobný a interpersonálny život. Úlohou prevencie je sprístupniť rôzne alternatívy zdravého spôsobu uspokojovania potrieb (Dvorská, 2008).

3 Edukácia seniora

Vzdelávanie seniorov závisí od kognitívnych funkcií, motivácie, umenia učiť sa, od zdravotného stavu a doterajšej úrovne vedomostí. Vnútorne podmienky vzdelávania seniorov ovplyvňuje starnutie, biologické, sociálne a psychické zmeny, ktoré sprevádzajú starobu. Preto je dôležité pri organizovaní edukačných programov poznať vekové a individuálne zvláštnosti účastníkov podujatia. Človek je schopný byť objektom i subjektom vzdelávania v každom veku, aj keď v svojej špecifickej podobe. Pri liečbe pacientov závislých od alkoholu vo vyššom veku je užitočný tréning pamäti, ale aj psychoterapia. Pre dlhodobejšiu stabilizáciu stavu je potrebné pomôcť seniorovi vytvoriť sieť sociálnych vzťahov. Výsledkom liečby závislosti u osôb vo vyššom veku môže byť nový životný štýl, ktorý nebude príliš hektický, ale ani prázdny. Čornaničová (2007) chápe edukáciu seniorov ako určitý spôsob facilitácie kvality života v senu, ktorej cieľom je optimálne a zmysluplné využitie voľného času v starobe, výchova k aktívnej starobe. Pozitívne ovplyvňuje ich postoj k starobe, čím sa stáva činiteľom rozvoja seniora a pomáha predchádzať patologickým prejavom starnutia. Faktor, ktorý podmieňuje vznik edukácie seniorov, je starnutie spoločnosti, čím sa vytvára početná generačná skupina. Medzi seniormi existujú rozdiely v psychických, kognitívnych schopnostiach, návykoch, v záujmoch a potrebách. Tieto rozdiely sa vekom ešte zvyšujú. Medzi významné charakteristiky seniorov patria záujmy a záľuby, motivácia realizovať svoje potreby a záujmy, dosiahnuté vzdelanie, sociálne prostredie, spoločenská angažovanosť, zdravotný stav, zvládanie prechodu do dôchodku, hľadanie nových úloh a zmyslu života a vyrovnávanie sa s krízami a obmedzeniami staroby.

Podľa Hrozenskej (2009) sa stále viac pozornosti v súčasnosti venuje vzdelávaniu starších ľudí a tento trend má stúpajúcu tendenciu. Dôležitý je však koordinovaný a systematický prístup. Najznámejšie typy inštitúcií a programov u nás predstavujú univerzity tretieho veku, kluby dôchodcov, môžeme tu zaradiť aj edukačné aktivity verejných knižníc, programy zamerané na telesnú a pohybovú výchovu seniorov, tréningy pamäti, edukačno-aktivizačné a edukačno-rehabilitačné programy zdravotníckych a sociálnych zariadení pre starších ľudí. Edukačné aktivity poskytujú seniorom možnosť voľby, ako si usporiadať vlastný život, byť psychicky vyrovnanejší a spokojnejší. *„Z toho vyplývajú aj dôsledky pre seba výchovu starších ľudí: človek môže pomocou vlastných aktívnych zásahov do štýlu správania, postojov a názorov ovplyvňovať aj svoju poznávaciu a citovú stránku“* (Hrozenská, 2009, s. 54).

Závislí po liečbe prikladajú zdraviu väčšiu dôležitosť. Či už je to kvôli oslabenému imunitnému systému, alebo kvôli tomu, že sa dostali do stavov, kedy si uvedomili ohrozenie svojho zdravia, poprípade im závislosť spôsobila zdravotné problémy, ktoré sú už nezvratné. Aj vo vyššom veku je človek schopný si osvojiť nové vedomosti. Spolky a iné spoločenské aktivity sú prejavom spoločenskej integrácie jednotlivca i spoločenskej skupiny. Z hľadiska funkcie edukácie seniorov ich môžeme rozdeliť do dvoch skupín:

1. *Podľa primárnej orientácie* na rozvoj niektorej z osobnostných stránok seniora:
 - vzdelávacie zamerané na získavanie poznatkov, informácií, zručností,
 - kultúrno-kultivačné zamerané na rozvíjanie osobnosti človeka prostredníctvom umenia, kultúry, pohybovej aktivity,
 - sociálno-psychologické zamerané na uchovanie primeranej kvality života v oblasti sociálnych vzťahov a psychického rozvoja.
2. *Podľa špecifického zamerania* to môžu byť rôzne funkcie:
 - preventívna (patria tu edukačné aktivity, ktoré ovplyvňujú priebeh starnutia a kvalitu života v starobe),
 - anticipačná (plnia ju edukačné aktivity zamerané na pozitívne vyladenie človeka),
 - rehabilitačná (táto funkcia je spojená s udržiavaním fyzických a duševných síl),
 - adaptačná (zabezpečuje rovnováhu medzi prostredím a organizmom človeka),
 - posilňovacia (stimulačná - prispieva k podpore ich aktivity),
 - komunikačná (prostredníctvom nej ostávajú seniori v kontakte so svojim okolím),
 - kompenzačná (edukačné aktivity nahrádzajú úbytok sociálnych kontaktov a stratu profesijnej roly),
 - aktivizačná (prispieva k začleneniu do spoločnosti),
 - relaxačná (prispieva k vnútornej harmónii jedinca),

- medzigeneračné porozumenie (zamerané na prevenciu napätia medzi generáciami) (Čornaničová, 2007).

Cieľom edukácie je poskytnúť seniorovi dostatočné vedomosti o syndróme závislosti od alkoholu a získať ho pre aktívnu spoluprácu na liečbe. Pokiaľ chceme znížiť výskyt užívania alkoholických nápojov u seniorov, je potrebná aj edukácia praktických lekárov tak, aby vedeli poskytnúť krátku intervenciu pri každej návšteve ambulancie. Pomoc je najúčinnnejšia, ak sa nadviaže dôveryhodný vzťah. Informácie je potrebné poskytovať tak, aby sa maximalizovala ich účinnosť. Dôležité je pracovať na vyriešení skrytých faktorov, ktoré v minulosti prispeli k vzniku a udržovaniu závislosti. Prínosom môže byť dvojaký účinok: pomôžu prekonať závislosť človeku a zlepšia kvalitu vzťahu s ním (Culley, Bond, 2008).

Nešpor (2005) uvádza dva návody pre prax:

1. Nájsť si nové uplatnenie, kde budú môcť seniori využívať schopnosti a skúsenosti, čím budú mať pocit užitočnosti a dôjde k vytváraniu siete sociálnych vzťahov.
2. U osamelých pacientov vyššieho veku, ktorí nemajú dostatočnú sieť sociálnych vzťahov môžu byť nahradené dočasne alebo dlhodobo formou skupinovej terapie.

Odborníci poukazujú na to, že jedným z najlepších základov na zachovanie zdravia je dostatočná pohybová aktivita. Schopnosť pohybu je dôležitým fenoménom pri posudzovaní duševného, telesného a chorobného stavu (Hegyi, Krajčík, 2010). Šport môžeme chápať aj ako vyššiu hodnotu, ktorá ovplyvňuje sebarealizáciu a životný štýl človeka. Humanizuje jednotlivca, pretože mu upevňuje zdravie, uspokojenie a zároveň pomáha predlžovať aktívny život. Skutočnosťou však je, že väčšina závislých nie je, alebo nebola veľmi telesne aktívna. Dobre naplánovaný program športovej činnosti je najlepšia forma na odpútanie od lákadiel alkoholu. U seniorov to môžu byť aj činnosti ako záhradkárstvo, poľovníctvo, rybárstvo.

Záver

Sme toho názoru, že problematika alkoholovej závislosti u seniorov je širokospektrálna a dá sa na ňu pozeráť z rôznych hľadísk. Problémy spojené s nadmerným užívaním alkoholu u ľudí vyššieho veku sú častejšie, ako sa vo všeobecnosti predpokladá, ale keďže veľmi často prebiehajú skryté, najmä u osamelo žijúcich jedincov, a samotné jeho prejavy bývajú podobné symptómom iných ochorení, treba aktívne pátrať po týchto problémoch. Primárna zdravotná starostlivosť spočíva najmä v krátkej intervencii praktických lekárov o zvykoch vo vzťahu k pitiu alkoholu pri návšteve pacienta. S cieľom znížiť nadmerné užívanie alkoholu u seniorov je potrebné edukovať nielen praktických lekárov, samotných pacientov – seniorov, ale súčasne aj ďalších odborníkov pomáhajúcich profesií.

Bibliografia

- BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori*. Prešov: Akcent Print, 2005. 157 s. ISBN 80-969274-1-8.
- CULLEY, S. – BOND, T. 2008. *Integratívni prístup v poradenstve a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008. 222 s. ISBN 978-80-7367-452-6.
- ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 163 s. ISBN 978-80-223-2287-4.
- DVORSKÁ, S.: *Sociálno-patologické javy u školskej mládeže a ich prevencia*. In Prevencia a eliminácia sociálno-patologických javov v školskom prostredí (zborník príspevkov). Ružomberok : Katolícka univerzita, 2008. ISBN 978-80-8084-398-4, s. 5-7.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2009. *Praktická príručka pre sociálnych pracovníkov pracujúcich so staršími ľuďmi*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2009. 103 s. ISBN 978-80-8094-474-2.
- KAMANOVÁ, I. 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvalita života seniorov*. Ružomberok : PF KU. 2007. 87 s. ISBN 978-80-8084-275-8.
- KOVÁŘOVÁ, M. - DÓCI, I. 2002. *Charakteristika konzumentov alkoholu nad 65 rokov v kontexte Zdravé starnutie*. In Geriatría. ISSN 1335-1850, 2002, roč. VIII, č. 2, s. 78 - 82.
- NEŠPOR, K. 2005. *Alkohol u seniorů*. In Alkoholizmus a drogové závislosti. ISSN 0862-0350, 2005, roč. 40, č. 1, s. 43 - 46.
- OSGOOD, N. a kol. 2007. *Alkoholizmus u starších ľudí*. Poprad: Život bez závislosti, 2007. 17 s. ISBN 978-80-969637-4-4.
- SHAHPE SANDY, H. a kol. 2005. *Alkoholizmus v starobe*. In Alkoholizmus a drogové závislosti. ISSN 0862-0350, 2005, roč. 40, č. 3, s. 149 - 163.
- SHAHPE SANDY, H. a kol. 2006. *Alkoholizmus v starobe – následky a komplikácie*. In Alkoholizmus a drogové závislosti. ISSN 0862-0350, 2006, roč. 41, č. 4, s. 215 - 230.
- ŠROBÁROVÁ, S. 2011. *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci / Šrobárová, Šavrnochová*. Ružomberok : Verbum, 2011. s. 146, ISBN 978-80-8084-715-9.
- ŠTEFÁKOVÁ, L. 2008. *Rodina s nevyliciteľne chorým členom z pohľadu sociálneho pracovníka*. In: Polska, Słowacja, Świat. Rodzina – Wybrane problemy współczesności. Kraków, 2008, s. 167 – 176. ISBN 978-83-7571-016-8.

ŽUMÁROVÁ, M. - BALOGOVÁ, B. 2010. *Medzigeneračné mosty*. 2. vyd. Svidník: Tlačiareň svidnícka pre MENTA MEDIA, 2010. 143 s. ISBN 978-80-89392-23-0.

Kontakt

PhDr. Michaela Šavrnochová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce
e-mail: michaela.savrnichova@ku.sk

Recenzia

Doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

SOCIÁLNO-ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O AUTISTICKÉHO KLIENTA

Soňa Šrobárová

Abstrakt

Autizmus je pervazívna vývinová porucha osobnosti, ktorá sa prejavuje triádou poškodení v oblasti komunikácie, sociálnej interakcie a predstavivosti. Je to ochorenie, ktoré prináša so sebou množstvo problémov. Autizmus je celoživotné ochorenie, ktoré postihuje jedinca a ovplyvňuje fungovanie celej rodiny. Autisti žijú vo svojom vnútornom svete, vo svojich predstavách, so svojou vlastnou komunikáciou, so svojimi špecifickými potrebami a so svojou vlastnou a jedinečnou identitou. Preto je ťažké ich pochopiť a nájsť si k nim cestu. Cestou sociálno-zdravotnej starostlivosti o autistického klienta chceme podporiť kvalitu života týchto klientov.

Kľúčové slová: Autizmus, sociálno-zdravotná starostlivosť, spolupráca

Úvod

Autizmus je typ pervazívneho vývinového ochorenia, pre ktoré je charakteristická prítomnosť abnormálneho alebo narušeného vývinu, ktoré sa prejavuje pred dosiahnutím tretieho roku veku klienta. „Hillová a Frithová definuje autizmus ako vývinové ochorenie charakterizované narušenou sociálnou interakciou, komunikáciou a imagináciou“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s.17). Autizmus pochádza z gréckeho slova autós, čo znamená byť sám a je to pervazívna vývinová porucha, ktorá postihuje spôsob, akým dieťa komunikuje a nadväzuje vzťahy s ostatnými ľuďmi.

Úlohou zdravotnej starostlivosti je hlavne diagnostika ochorenia. Podľa Tomanovej (2000, s. 263) „jednou z problémových oblastí autizmu je jeho diagnostika. V súčasnosti odborníci diagnostikujú autizmus najskôr vo veku 2-3 rokov života dieťaťa. Na diagnostike by sa mal podieľať tím odborníkov pozostávajúci zo psychológa, psychiatra, pediatra, neurológa, špeciálneho pedagóga. Najdôležitejšími diagnostickými nástrojmi sú systematické pozorovanie (napr. počas voľnej hry pri vyšetrení u psychológa) a anamnestické údaje, ktoré sa získavajú najčastejšie od rodičov. Profil vývinu dieťaťa sa sleduje podľa vývinových škál (používa sa napr. Gesellova Škála neuropsychického vývinu dieťaťa), ktorými sa zisťuje, či jeho vývin zodpovedá norme. Posudzuje sa úroveň vývinu v jednotlivých oblastiach motorických zručností (motorika jemná a hrubá), úroveň sociálneho správania a interakcií,

úroveň vývinu reči a porozumenie reči, kognitívne schopnosti a tiež celkové správanie a emočné ladenie dieťaťa“

Skoršia diagnostika autizmu, najmä diagnostika v prvom roku života dieťaťa, sa javí ako veľmi dôležitá. Čím skôr sa začne so špecializovanou terapiou, špecializovaným výchovno-vzdelávacím prístupom k dieťaťu s autizmom, tým väčšia je pravdepodobnosť zlepšenia negatívnych symptómov postihnutia, rozvoja samostatnosti a možností postihnutého začleniť sa do spoločnosti. Výsledky skorej terapeutickej intervencie sú veľmi povzbudivé. Pozitívny vplyv skorej identifikácie a intervencie sa preukázal napríklad v redukcii autistickej symptomatológie, v zlepšení akademických a intelektuálnych funkcií a v zlepšení vzťahov s rovesníkmi (Tomanová, 2000).

Etiológia

Etiológia poruchy nie je známa (Vágnerová, 1999). Za možné kauzálne faktory možno považovať:

1. Medicínske poruchy - napr. chromozomálne poruchy, tuberkulózu sklerózu, poškodenie plodu infekciou, metabolické poruchy. Neexistuje spojitosť medzi týmito ochoreniami a autizmom, ale predpokladá sa, že ochorenia môžu poškodiť tie mozgové funkcie, ktoré sú dôležité pre normálny vývin sociálnych vzťahov, komunikácie a predstavivosti.
2. Dedičnosť - súrodenci detí s autizmom majú zvýšené riziko výskytu autizmu. Asi 1 z 20 súrodencov trpia autizmom. Štúdie dvojčiat dokázali, že výskyt autizmu je vyšší u jednovaječných než u dvojvaječných dvojčiat.
3. Rané poškodenie mozgu - viac detí s autizmom utrpelo v čase tehotenstva, pôrodu, či tesne pred pôrodom poškodenie mozgu.

Podľa MKCH je spojenie autizmu a MR akceptované, pretože je prítomné až v 75% prípadov. V etiopatogenéze sa predpokladá dedičná dispozícia spojená s poškodením mozgu.

Diagnostika

Diagnostika detského autizmu si vyžaduje nástup príznakov pred dovŕšením tretieho roku života. Abnormality u autistov, ktoré potvrdzujú neurobiologický podklad ochorenia, môžeme nájsť pomocou vyšetrovacích metód, a to: EEG vyšetrenie, štrukturálne zobrazovacie metódy – na CT a MRI mozgu môžu byť zaznamenané abnormality mozgovej kôry, ale funkčné zobrazovacie mechanizmy sú v diagnostike autizmu len v začiatkoch.

Pri klinickom vyšetrení sa opierame aj o pozorovanie dieťaťa, anamnézu, čas nástupu príznakov (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000).

Sociálna starostlivosť

V sociálnom správaní postihnutých autizmom chýba reciprocita, snaha o pozornosť. Dieťa s autizmom nikdy neprinesie ukázať obrázok, ktorý nakreslilo, nepodelí sa o svoje radosti či starosti.

Postihnutý nevyhľadáva vzťahy s ľuďmi, čo sa prejavuje ako nedostatok pozornosti k ľuďom. Správa sa k ľuďom ako k predmetom. Neiniciuje kontakt a na snahu vrstovníkov nadviazať kontakt obvykle nereaguje. Chýba pocit vzájomnosti. Ak postihnutý vyhľadáva samotu a izoluje sa od ostatných, nemusí to vždy znamenať, že sa chce vyhnúť sociálnym kontaktom, môže to byť neschopnosť nadviazať a udržať si určitý vzťah. Vo vzájomnom styku niekedy chýba očný kontakt. V niektorých prípadoch nemusí ísť o úmyselné vyhýbanie sa očnému kontaktu, postihnutý autizmom len nepoužíva očný kontakt ku komunikácii.

Koncepcia formuluje šesť konkrétnych zámerov, ktoré tvoria zásadný rámec výkonu účinnej pomoci. „Cieľom „konceptie“ je zabezpečiť podmienky pre systémový prístup v starostlivosti o občanov s autizmom v SR, ktorý by mal zohľadňovať:

- celú sieť rodinných rovesníckych a občianskych vzťahov,
- meniace sa potreby klienta v priebehu života,
- aktuálne potreby klientely v danom regióne pri vypracovávaní koncepcie sociálnych služieb na úrovni miestnej štátnej správy a samosprávy,
- medziodborovú a medzirezortnú spoluprácu všetkých zainteresovaných subjektov“ (Fedorová, Sabová, Kúdelová, Tekelová, Šedibová, 2000, 45s.).

V tejto súvislosti môžeme hovoriť aj o určitom socioterapeutickom pôsobení na klienta, ktorého centrálnym nástrojom je predovšetkým pozitívny potenciál vyššie uvedených faktorov na kvalitu života občanov s autizmom. Socioterapia podľa Šavrnchovej (2011, s. 137) „zahŕňa všetky prístupy a opatrenia, v ktorých sa využíva liečebný potenciál ľudskej spoločnosti“ a jej výsledkom je predovšetkým zlepšenie sociálneho začlenenia, sociálneho fungovania a prežívania kvality života klientov s autizmom.

Cieľom“ sociálneho pracovníka je zabezpečiť kvalitné životné podmienky pre klienta, aby bol schopný prekonať sociálne prekážky“ (Bursová, 2011, s.173). Medzi otvorené otázky patrí napr. zamestnávanie občanov s autizmom, organizačno-inštitucionálne-financné zabezpečenie kontinuity špecializovaných služieb, komplexná starostlivosť o rodinu a iné. Dôsledky, ktoré vyplývajú z autizmu ako zo základnej diagnózy si vyžadujú zabezpečenie špeciálnych podmienok. S tým súvisí aj sprehľadnenie prostredia potrebám autistu, individuálny edukačný program a komunikácia.

Sociálny pracovník pôsobí najmä v starostlivosti o autistických klientov na psychiatrickom oddelení. Psychiatria ako jeden zo základných odborov medicíny sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou, doliečovaním ako aj výskumom duševných porúch. Úzko spolupracuje aj s inými medicínskymi odbormi. Hlavnou náplňou psychiatrie je poskytovanie komplexnej liečebnej a preventívnej starostlivosti o chorých všetkých vekových kategórií, ktorí trpia duševnými poruchami a vo významnej miere nie je možné poskytnúť potrebnú odbornú starostlivosť ambulantne klientom s autizmom.

Sociálna sestra zabezpečuje komplexnú sociálnu starostlivosť klientom. Sociálna sestra je členom multidisciplinárneho tímu, ktorý sa stará o klienta v rámci holistického prístupu. Multidisciplinárny tím v starostlivosti o klienta je nesmierne dôležitý, každý člen tímu tu má svoju významnú a nezastupiteľnú úlohu pre čo najoptimálnejšie podmienky starostlivosti o klienta a jeho rodinu (Štefáková, 2010). Dopĺňame ako uvádza Antolová, že pri práci s každým dieťaťom musí byť prvoradý jeho najlepší záujem ako je definovaný aj v Dohovore o právach dieťaťa, „zohľadňovať komplexnú situáciu, celkový rozvoj dieťaťa po bio-psycho-sociálnej stránke“ (Antolová, 2010, s.277).

Cieľ prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zmapovať starostlivosť a jej špecifiká o autistických jedincov pomáhajúcich profesií v DSS. V tomto príspevku zverejňujem časť tohto výskumu a teda zdravotnícky personál.

Metodika a realizácia prieskumu

Na zber relevantných údajov sme použili empirickú metódu neštandardizovaný dotazník, ktorý obsahoval 11 položiek. Z celkového počtu položiek bolo 8 zatvorených a 3 otvorené. Rozdaných aj vrátených bolo 42 dotazníkov (návratnosť 100%). Prieskum bol realizovaný v mesiaci december 2012 v Domovoch sociálnych služieb na Slovensku.

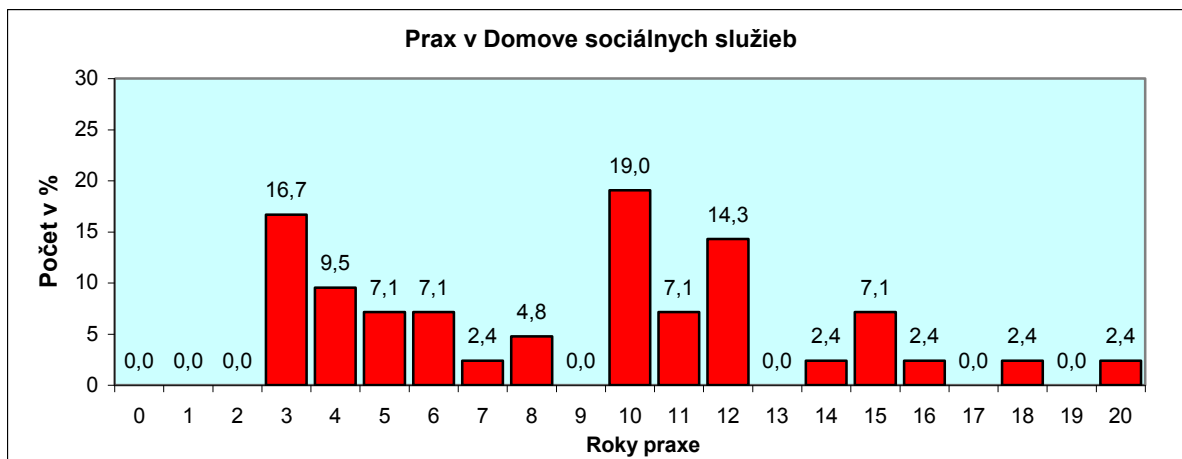
Prieskumný súbor

Prieskumný súbor tvorilo 42 respondentov – zdravotné sestry a ošetrovatelia.

Súbor tvorilo 100 % žien.

Výsledky prieskumu

Prax respondentov s klientom s autizmom - všetky pomáhajúce profesie.



Podľa grafu možno vidieť, že prax s autistickým klientom v DSS prevláda 10 ročná prax u 19,0 % respondentov, 3 ročnú prax má 16,7 respondentov, 12 ročnú prax má 14,3% respondentov 9,5% respondentov má 4 roky praxe s klientmi s autizmom, 4 ročnú prax má 9,5% respondentov, 5,6 a 15 rokov praxe má 7,1% respondentov a 14,18,20 ročnú prax má 2,4% respondentov.

Otázka: Vyžaduje si klient s autistickou poruchou väčšiu starostlivosť z Vašej strany?

Tabuľka 1 Hodnotenie starostlivosti o klienta s autizmom z pohľadu respondentov:

Možnosti odpovede	Počet (n)
Nie	10
Áno	12
Iba pri niektorých úkonoch	12
Niekedy	8
Neviem	0
Spolu	42

12 respondentov uviedlo, že starostlivosť o klienta s autizmom si vyžaduje zvýšenú starostlivosť a rovnako hodnotilo aj pri niektorých úkonoch. 10 respondentov uviedlo, že si nevyžaduje zvýšené nasadenie pri starostlivosti a 8 respondentov uviedlo, že niekedy.

Otázka: Je pre Vás náročné pracovať s klientom s autizmom vzhľadom na jeho špecifické potreby?

Tabuľka 2 Náročnosť práce respondentov s klientom s autizmom

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno	24
nie	20
neviem	0
Spolu	42

Na uvedenú položku 22 respondentov odpovedalo kladne a naopak 20 respondentov volilo odpoveď „nie“. Na doplňujúcu a teda otvorenú odpoveď pri tejto otázke respondenti zväčša uviedli ako náročnosť práce s touto klientelou je presný režim a komunikácia.

Otázka: Privítali by ste väčšie množstvo teoretických a praktických poznatkov o autizme pri starostlivosti o týchto klientov?

Tabuľka 3 Potreba vzdelávania respondentov

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno	40
nie	2
niekedy	0
neviem	0
Spolu	42

Pri odpovedi na uvedenú položku sme zistili, že väčšina respondentov teda 40 by privítala školenie alebo akúkoľvek formu vzdelania pri práci s autistickým jedincom. 2 respondenti odpovedali, že vzdelávať sa v tejto oblasti nepotrebujú.

Otázka: Používate pri práci s autistickým klientom inú formu komunikácie ako s bežným klientom?

Tabuľka 4 Forma komunikácie s klientom s autizmom

Možnosti odpovede	Počet (n)
áno, vždy	22
áno, ale iba pri špeciálnych úkonoch	18
nie	2
nikdy	0
Spolu	42

22 respondentov v odpovedi na uvedenú položku uviedlo, že vždy používajú inú formu komunikácie s klientom s autizmom, 18 uviedlo že iba pri špeciálnych úkonoch a 2 respondenti uviedli, že nepoužívajú iný spôsob komunikácie ako pri iných klientoch.

Otázka: Je podľa Vás Vaše zariadenie priestorovo a aj organizačne schopné primerane sa postarať o zabezpečenie špeciálnych potrieb pre autistického klienta?

Tabuľka 5 Organizačné a priestorové možnosti pre klienta s autizmom

Možnosti odpovede	Počet (n)
Určite áno	21
Nie	18
Neviem posúdiť	3
Spolu	42

21 respondentov v uvedenej položke uviedlo, že organizačne aj priestorovo spĺňa a teda uspokojuje potreby klienta, 18 respondentov si myslí, že ich zariadenie nespĺňa požiadavky a 3 nevedia posúdiť.

Diskusia

Starostlivosť o klienta s autizmom si vyžaduje nielen kvalifikačnú a praktickú pripravenosť personálu, ale aj pripravené prostredie do ktorého klient prichádza na jeho špecifiká a triádu poškodení pri autistickom spektre. Na základe výsledkov prieskumu možno konštatovať, že odborný personál je pripravený na starostlivosť o túto špecifickú skupinu klientov. Na základe výpovedí respondentov možno zhrnúť výsledky nasledovne. Starostlivosť o klientov s autistickým spektrom si vyžaduje podľa odpovedí nielen kvalifikačnú pripravenosť odborného personálu, tiež špecifické prostredie a vybavenosť zariadení v ktorých sa klienti nachádzajú. Je dôležité opomenúť, že v práci na sociálno-zdravotnom úseku sa klientov s poruchou autizmu stretávajú veľmi sporadicky, je väčšinou pridružený s inými ochoreniami hlavne mentálneho charakteru. K formám, ktoré pri svojej práci využíva sociálna sestra, patria individuálna (prípadová) sociálna práca, sociálna práca s rodinou, terénna sociálna práca a iné. Sociálna sestra môže často pracovať ako „case manager“ (riešiteľ prípadov). Case management sa osvedčil najmä v USA, Kanade a v niektorých európskych krajinách ako účinný nástroj proti vyčleneniu a hospitalizácii chronicky duševne chorých, bezdomovcov postihnutých duševným ochorením, závislých od alkoholu a drog a tiež u autistov.

Záver

Dlhodobý stav v starostlivosti o autistov na Slovensku zhrnul Daniel Vražda v článku denníka SME pod názvom „Odborníkov na autizmus je u nás stále málo“. Nedostatok vyškoleného odborného personálu a z toho vyplývajúce neskoré diagnostikovanie, nedotiahnutá legislatíva a aj nedostatok financií, to sú základné problémy subjektov, ktoré sa venujú práci s ľuďmi postihnutými autizmom.

V príspevku definovaný a opísaný edukačno-terapeutický program existuje v praxi už viac než 30 rokov. Na Slovensku existuje v praxi len pár rokov a odborná a rovnako aj laická

verejnosť ešte nemá dostatočné množstvo skúseností s jeho fungovaním v praxi. Okrem snahy všetkých členov multidisciplinárneho tímu, ktorého integrálnou súčasťou sú aj sociálna sestra a sociálny pracovník, sú to rodinní príslušníci, ktorí sa často snažia o zvýšenie vplyvu na riešenie problému. V rámci napĺňania sociálnej funkcie rodiny sa najčastejšie prostredníctvom dobrovoľníckej činnosti sa snažia v rámci zachovania statusu resp. sociálneho rozvoja rodiny o zvýšenie kvality života a lepšie spoločenské uplatnenie jej (autizmom) postihnutého člena, vytvárajú priestor pre ovplyvnenie podmienok výkonu poskytovanej služby. Je to dôležité, lebo o miere vplyvu pri tomto procese v oblasti poskytovania sociálnych služieb rozhoduje prevládajúci spôsob ich vnímania v danej spoločnosti resp. komunite (Špániková, 2012, 87).

Bibliografia

ANTOLOVÁ, V.: Odborné predpoklady sociálnych pracovníkov pre vykonávanie sociálnoprávnej ochrany pre maloletých bez sprievodu. In: InteRRA, České Budejovice. Praha: Hnutí R, 2010. ISBN 978-80-86798-05-9

BURSOVÁ, J. Sociálna práca s ťažko zdravotne postihnutým klientom. " Svet, život a problémy ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím". Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie . Košice : Vienaľa, 2011, s. 173-180, ISBN 978-80-8126-034-6

DVORSKÁ, S.: Špecifiká sociálnej práce s autistickým dieťaťom. 1. vyd. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo KU v Ružomberku, 2010. 177 s. ISBN 978-80-8084-572-8.

HRDLIČKA M., KOMÁREK V. Dětský autismus. Praha : Portál, 2004, 206 s. ISBN 80-7178-813-9.

FEDOROVÁ, D., SABOVÁ, K., KÚDELOVÁ, K., TEKELOVÁ, M., ŠEDIBOVÁ, A., a kol. Profilovanie pomoci autistom a ich rodinám, príprava odborného personálu. MPSVaR v spolupráci so spoločnosťou na pomoc osobám s autizmom : Bratislava : Zborník, 2000, 103 s. ISBN 80-968442-5-3

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha : Portál, 2000, 496 s. ISBN 80-3574-304-5.

ŠAVRNOCHOVÁ, M.: Sociálny pracovník v procese doliečovania abstínujúcich alkoholikov. In Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci. (Zborník príspevkov) Ružomberok : VERBUM, 2011. s. 135-144. ISBN 978-80-8084-873-6.

ŠPÁNIKOVÁ, M. Dobrovoľníctvo v postpenitenciárnej starostlivosti. In: Dobrovoľníctvo ako rozmer sociálnej služby.(zborník príspevkov) Ružomberok : VERBUM, 2012. s. 82 – 92. ISBN 978-80-8084-870-5.

ŠTEFÁKOVÁ, L. Multidisciplinárny tím v paliatívnej starostlivosti. In: Zborník z 2. medz. ved. konferencie „Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci“. Zlín:Univerzita Tomáše Bati, 2010, s.116 – 126. ISBN 978-80-7318-978-5.

TOMANOVÁ, J. Raná diagnostika autizmu : Deficit v sociálnych vzťahoch. In.: Psychológia a patopsychológia dieťaťa. roč. 35, č. 3, 2000. ISSN 0555-5574.

TRAIN,A.: Nejčastejší poruchy chování dětí. Praha : Portál. 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2

Kontakt

PhDr. Soňa Šrobárová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, PF, Katedra sociálnej práce

e-mail: sona.srobarova@gmail.com

Recenzia

Doc.PhDr. Irena Kamanová, PhD.

KOMUNIKÁCIA S UMIERAJÚCIM KLIENTOM

Lenka Štefáková - Martina Špániková

Abstrakt

Príspevok približuje nutnosť a dôležitosť komunikácie s umierajúcim klientom a jeho rodinou. Popisuje, ako by mala vyzeráť humánna komunikácia o informovaní pacienta o jeho zdravotnom stave, aké informácie môže poskytnúť sestra chorému a jeho blízkym v rámci svojich kompetencií, a taktiež aké problémy v komunikácii môžu spôsobiť bariéry na strane pacienta, ako aj bariéry na strane sociálneho pracovníka.

Kľúčové slová: informovanie klienta, humánna komunikácia, umierajúci klient

Úvod

Obdobie zomierania je pre chorého ako aj pre členov jeho rodiny nesmierne ťažké. Zomierajúci potrebuje počuť milé slovo, cítiť lásku, záujem, jemné pohladenie. Počas tohto obdobia mu pomáhajú členovia rodiny, lekári, sestry a ďalší členovia tzv. multidisciplinárneho tímu. Musia však prekonať svoj strach z umierania a vedieť, kedy, čo a ako majú zomierajúcemu povedať, aby mu pomohli v tejto ťažkej chvíli.

Ak sú posledné dni, hodiny života vedené správne, môžu prispieť k osobnostnému rastu, ak sú vedené zle, sú sprevádzané utrpením, stresom pre rodinu, ktorý pretrváva dlho po smrti pacienta a obavami blízkych z vlastného umierania. Častým problémom pre zdravotníkov na všetkých úrovniach je otvorená komunikácia s pacientom a jeho blízkymi. O to zložitejší je problém komunikácie s pacientom v pokročilom štádiu ochorenia, kedy mu nemôžeme sľubovať vyliečenie. Aj komunikácia o nepriaznivých správach je dôležitá, lebo väčšina ľudí chce vedieť, čo sa s nimi deje. Posilňuje to vzťah medzi lekárom a pacientom, podporuje ich spoluprácu a umožňuje pacientovi a rodine plánovať realistické ciele (Jakubíková, 2004).

Paliatívna starostlivosť

V paliatívnej starostlivosti je potrebné vnímať pacienta spolu s rodinou. Je to tímová práca a úlohou lekára je vyhodnocovať všetky dimenzie utrpenia a poskytnúť pacientovi komplexnú úľavu. Prejsť od rezignácie typu „nedá sa už nič urobiť“ k téze „dá sa toho urobiť ešte veľa“. Čím je prognóza pacientovho života kratšia, tým viac záleží na kvalite každého zostávajúceho dňa. Je potrebné umožniť pacientovi žiť tak aktívne, ako je to len možné, až do jeho smrti. Diskusia pomáha pri vyrovnávaní sa s prognózou a je súčasťou osobnej prípravy na

umieranie. Šrobárová (2011, s.22) charakterizuje diskusiu ako „otvorený rozhovor, v ktorom okrem uplatňovania verbálnych zručností nechýba ani ďalší konštitutívny aspekt efektívnej komunikácie – načúvanie klientovi“.

Diskusia, resp. rozhovor s pacientom sa má vyznačovať osobným záujmom o pacienta, našim autentickým správaním sa (neštylizovať sa), otvorenosťou, zrozumiteľnosťou, informovanosťou. Byť otvorený, úprimný, empatický, ľudsky autentický k pacientovi a jeho príbuzným a umožniť im, aby sa správali rovnako. Je to to najlepšie, čo môžeme v tejto situácii zo svojho profesionálneho a etického hľadiska poskytovať (Heftyová, 1997).

Zo všetkých zdravotníckych pracovníkov najviac času trávi s chorým sestra. Paradoxom však je, že práve časový deficit v jej práci je najčastejšou príčinou nedostatočnej informovanosti chorého. Komunikatívne zdatná sestra poskytuje chorému nielen informácie, ktoré si vyžiada, ale vhodne cielenými otázkami ho povzbudzuje k získavaniu ďalších. Sestra môže poskytnúť informácie chorému a jeho blízkym len v rámci svojich kompetencií – o jeho príprave na vyšetrenia, odbery, zákroky, o ich trvaní, priebehu, o starostlivosti po operácii, o spôsobe spolupráce, o diétnom a pohybovom režime a podobne. Sestra nesmie chorému, ani jeho blízkym poskytovať informácie o jeho zdravotnom stave, konkrétnej diagnóze, liečebných postupoch a prognóze ochorenia – toto patrí výlučne do kompetencií lekára (Kristová, 2003).

Ak má chorý informácie pochopiť, sestra mu ich musí podať jasne, zreteľne logicky ucelene, pravdivo, jednoznačne, konkrétne, jednoducho, bez použitia odborných termínov a v primeranom množstve. Mala by vybrať aj vhodný čas. Bolo by zbytočné napríklad informovať chorého o priebehu rekonvalescencie, keď čaká na operáciu (Kristová, 2003).

Ako by mala vyzerat' humánna komunikácia o informovaní pacienta o jeho zdravotnom stave?

Pokúsime sa to zhrnúť v jednotlivých následných krokoch.

- * Musíme si naplánovať, čo chceme pacientovi povedať, zosumarizovať si výsledky vyšetrení. K rozhovoru je potrebné vytvoriť príjemnú atmosféru, zabezpečiť si dostatok času, odstrániť rušivé momenty.

- * Otázkami zistíme, čo pacient vie o svojom zdravotnom stave, o chorobe, a zistíme jeho pripravenosť prijať zlú správu. Ak nie je pripravený, rozhovor odložíme na neskôr.

- * Spýtame sa pacienta, či chce rozprávať o chorobe a nakoľko podrobné informácie sa chce dozvedieť. Pacient má právo odmietnuť informácie, alebo poveriť niekoho iného, koho máme o jeho zdravotnom stave informovať. Rodina má často tendenciu chrániť pacienta a obrátiť sa na lekára s výzvou „nehovorte mu...“. Pacient má však právo na úplné,

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

pravdivé a súcitné podanie informácií o jeho zdravotnom stave a v takejto situácii je vhodné komunikovať spolu s pacientom aj rodinou.

* Pri podávaní informácií by sme sa mali vyhýbať monológom, uprednostniť dialóg. Pre zrozumiteľnosť je potrebné sa vyhýbať slangovým slovám a odborným termínom. V rozhovore by sme mali robiť časté pauzy, pýtať sa pacienta, či porozumel. Využívame i neverbálnu komunikáciu. Nikdy neminimalizujeme závažnosť situácie. Fráza „ľutujem“ môže u pacientov a jeho rodiny vyvolávať dojem zlyhania lekára.

* Pri informovaní o zlých správach by sme mali byť pripravení na širokú škálu emócií a na silné emócie, ktoré sa prejavujú rôznymi afektívnymi reakciami, ako napr. slzy, hnev, smútok, úzkosť, a kognitívnymi reakciami, ako napr. odmietanie, vina, beznádej, strata, hanba. Je potrebné nechať pacientovi priestor na reakciu, počúvať ho ticho a pozorne, požiadať o opísanie pocitov, ubezpečiť ho, že jeho reakcie sú normálne, a využiť neverbálnu komunikáciu, ako podať pohár a podobne.

* Posledný krok rozhovoru má byť spojený s plánovaním možností ako liečiť prítomné symptómy, rozdiskutovaním sociálnej, duchovnej a emocionálnej pomoci, ubezpečením pacienta o našej podpore a sprevádzaním v jeho chorobe (Jakubíková, 2004).

A čo by mohlo byť prekážkou pri komunikácii s pacientom?

* Príliš rýchle ubezpečovanie chorého – hrozí nebezpečenstvo, že ho uzavrieme do jeho samoty.

* Moralizovanie – bránime mu tak vyjadriť to, čo cíti, (napríklad: „No tak, nedramatizujte to, vzchopte sa!“).

* Odsudzovanie – môžeme ho zraniť.

* Radenie, vymýšľanie riešení na jeho problémy – riskujeme, že budeme úplne „vedľa“, že sa pomýlime.

* Príliš rýchle ukludňovanie – nespoznáme, že sa chorý potrebuje vyplakať, jeho smútok môže byť pozitívny.

* Vyhýbanie sa – (napríklad: „Nehovorte o tom!“), vytvárame si od chorého odstup, miesto toho, aby on sám rozhodol o tom, ako mu môžeme pomôcť.

* Vypyujeme sa – (napríklad: „Čo vám je? Mali ste návštevu?“), tento postoj je z našej strany často poznamenaný strachom z emócií. Stále nehovoriť a chvíľu kľudne mlčať znamená nechať chorému priestor pre to, aby mohol pokračovať v rozhovore (Pichaud, 1998). Len zodpovedne informovaný chorý je schopný sa lepšie adaptovať na samotné ochorenie i nemocničné prostredie a aktívne spolupracovať so zdravotníckym tímom.

Marková (2010) medzi kompetencie sociálneho pracovníka pri práci so zomierajúcim klientom zaraďuje:

1. Rozvíjanie účinnej komunikácie

Patrí sem verbálna aj neverbálna (gestá, mimika, dotyky) komunikácia. Je potrebné vedieť nadviazať kontakt s pacientom a jeho rodinou, vedieť aktívne počúvať. Nikdy nemá ísť o výsluch, najlepšie je pacienta nechať vyrozprávať sa. Najlepšie je klásť otvorené otázky a poskytnúť spätnú väzbu, ktorou dávame klientovi najavo, že ho naozaj počúvame a rozumieme mu. Súhlas, pritakávanie, uistenie má v komunikácii taktiež význam, dávame tým klientovi najavo, že ho počúvame a vnímame. Rovnako dôležité je aj vytvorenie atmosféry dôvery.

2. Orientovať sa, plánovať postup

Je potrebné zistiť potreby klienta. K čomu je potrebná komunikácia nielen s pacientom a jeho rodinou, ale aj s členmi tímu.

3. Podporovať a pomáhať v znášaní neľahkej situácie

Ide tu predovšetkým o zachovanie a podporovanie dôstojnosti človeka, brať vážne a neprehliadať žiadnu z pacientových obáv, vedieť stanoviť realistické ciele a vedieť poskytnúť emočnú podporu.

4. Zasahovať a poskytovať služby

Ide tu o osvojovanie si nielen teoretických a praktických znalostí, ktoré je potrebné aplikovať, nielen pri práci s pacientom a jeho rodinou, ale aj v spolupráci s celým multidisciplinárnym tímom.

5. Prispievať k práci multidisciplinárneho tímu

Patrí sem oboznámenie sa a pochopenie cieľa, pravidiel a filozofie organizácie, ako aj schopnosť efektívne komunikovať s kolegami.

V rodinách s výskytom akéhokoľvek chronického ochorenia nie sú ničím výnimočné deficity práve v oblasti komunikácie. Častá je absencia priamej komunikácie na vzťahovej úrovni, nejednoznačný a nepriamy štýl komunikácie, vyhýbanie sa rozhovoru o chorobe, racionalizácia spočívajúca v iracionálnych interpretáciách, projekcia v zmysle obviňovania iných ľudí za situáciu, ktorú rodinu prežíva a reaktívna formácia v zmysle snahy rodiny riešiť problém tým že sa jej jednotliví členovia správajú presne opačne, ako sa v skutočnosti cítia. Sociálny pracovník pri komunikácii s rodinou chorého by mal brať do úvahy aj výskyt vyššie uvedených obranných mechanizmov, ktorých prítomnosť vnímame často ako dôsledok rozvoja spoluzávislosti, kedy sa u niektorých členov rodiny podľa Šavrnochovej (2011, s. 41) „vytráca nielen ich osobná identita, ale znižuje sa ich vlastné sebahodnotenie, skresľuje sa

realita“ a pre mnohé rodiny je charakteristické (v istej fáze ochorenia) úplné popretie problému.

Veľmi významná je metóda rozhovoru. Pri rozhovore so zomierajúcim klientom a jeho rodinou je potrebné dodržať nasledujúce pravidlá, a to:

- vhodné miesto, kde nebudú nikým a ničím rušení,
- dôležité je nielen hovoriť, ale aj počúvať,
- je dobré vedieť čítať medzi riadkami,
- odporúčajú sa kratšie nenútené rozhovory pred dlhými monológmi,
- zaujať polohu na rovnakej úrovni ako je klient, najmä u ležiacich pacientov je lepšie si k posteli prisunúť stoličku, aby nemal pocit nadradenosti,
- zvážiť spôsob oslovenia alebo sa s klientom vopred dohodnúť. Oslovenie vlastným menom môže znížiť povzbudzujúco,
- je potrebné ozrejmiť klientovi čo všetko môže pre neho sociálny pracovník urobiť a čo už nie je v jeho silách (Kasanová, 2009b).

„Ozrejmujúci rozhovor s chorým a jeho blízkymi je preto dôležitým krokom na ceste k hlbšiemu porozumeniu v zostávajúcom čase“ (Student a kol., 2006, s. 65). Preto je v komunikácii potrebné dodržať nasledujúce kroky, a to:

- aktívne počúvať- empatické počúvanie s porozumením, nerozptyľovať sa,
- pracovať s otázkami- otázky by mali byť jasné, zrozumiteľné,
- doceniť prvý kontakt, ale aj ukončenie rozhovoru- podporiť klienta,
- doceniť prostredie- odstrániť rušivé elementy,
- poznať podmienky za ktorých dochádza k zlyhaniu komunikácie (Nemčeková a kol, 2008).

Medzi potrebné vlastnosti pre efektívnu komunikáciu s nevyliciteľne chorým a zomierajúcim patria:

- empatia, ktorá mu umožní vžiť sa do pocitov chorého,
- pravdivosť, je potrebné, aby bol úprimný a otvorený,
- konkrétnosť znamená, že má byť pri rozhovore konkrétny nie váhavý. Nemá sa vzdávať od témy,
- rešpektovanie, musí rešpektovať každého ako jedinečnú bytosť, bez akýchkoľvek predsudkov,
- starostlivosť- chorý musí cítiť, že sociálny pracovník má o neho záujem, záleží mu na ňom.

Tieto vlastnosti dopĺňajú aj Ďaláková, Šrobárová (2013, s.6), ktoré vyzdvihujú ako nesmierne dôležitý citlivý a vnímavý prístup sociálneho pracovníka, ktorý pomáha riešiť situáciu klienta.

Problémy v komunikácii

Problémy v komunikácii môžu spôsobiť bariéry na strane pacienta (neochota komunikovať, pacient v bezvedomí, multikultúrne problémy, neadekvátne požiadavky), ako aj bariéry na strane sociálneho pracovníka (nedostatok vedomostí a komunikačných zručností, ignorovanie potrieb a citových prejavov pacienta, poskytovanie falošnej nádeje, neschopnosť rozpoznať problém, vzdať sa od klienta, atď.) (O'Connor a kol., 2005). To si vyžaduje nielen od spoločnosti, ale aj od zariadenia poskytujúceho paliatívnu starostlivosť vytvárať podmienky pre potrebné vzdelávanie u samotného sociálneho pracovníka, zapojeného do procesu paliatívnej starostlivosti. Tie mu umožnia získať a rozvíjať základné typy spôsobilostí, medzi ktoré podľa Hovorku, Komárka a Chrapana (2011, s. 141 – 142) patria schopnosť (zručnosť, um), vedomosť (uznaná schopnosť, profesionalita v odbore činnosti) a vysoká (expertná) odbornosť. Je možné oprieť sa aj o tvrdenie Špánika (2009, s. 206), že schopnosť pretvárať údaje na informácie a neskôr na využiteľné znalosti môže podstatne zmeniť nielen charakter práce jednotlivca, ale aj celej organizácie.

Záver

Skvalitňovanie paliatívnej starostlivosti a v rámci nej aj komunikácie s pacientom, by malo byť jednou z hlavných priorít modernizácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ako uvádza Štefáková, Antolová (2008) „Každý lekár, sestra a iný pracovník môže prispieť ku zvýšeniu kvality zlepšením postoja k chorým v každej fáze života, ale k zomierajúcim a k starým zvlášť. Príručky, literatúra, konzultácie a iné sú významným zdrojom poznatkov o efektívnej liečbe bolesti a iných príznakov, ako aj zlepšenia prístupu k riešeniu emocionálnych a duchovných potrieb zomierajúcich. Sľubnou cestou môže byť užšia spolupráca s nemocnicou v udržaní kontinuity paliatívnej starostlivosti.“

Bibliografia

ĎALÁKOVÁ, S., ŠROBÁROVÁ, S. 2013. *Starostlivosť o seniorov prostredníctvom pobytovej a terénnej sociálnej práce*. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2013. 88 s. ISBN 978-80-561-0013-4.

HEFTYOVÁ, E. 1997. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorých a umierajúcich. In: Bratislavské lekárske listy, roč. 98, 1997, č. 5, s. 288.

- HOVORKA, D., KOMÁREK, K., CHRAPAN, J. 2011. *Ako písať a komunikovať. Vademecum začínajúcich vedeckých a pedagogických pracovníkov*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2011. 249 s. ISBN 978-80-8063-370-7.
- JAKUBÍKOVÁ, H. 2004. Komunikácia s pacientmi v paliatívnej starostlivosti. In: *Zdravotnícke noviny*, roč. 9, 2004, č. 42, s. 11.
- KRISTOVÁ, J. 2003. Informovanosť chorého – báza spolupráce sestry a pacienta. In: *Sestra*, roč. 2, 2003, č. 1, s. 16–17.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliatívnej péči*. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2008. *Etika v ošetrovatelstve*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. 142 s. ISBN 978-80-8068-812-7.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliatívna péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998, 156 s., ISBN 80-7178184-3.
- ŠAVRNOCHOVÁ, M. 2011. *Sociálne poradenstvo pre rodinných príslušníkov závislého klienta v kontexte spoluzávislosti*. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2011. 81 s. ISBN 978-80-8084-810-1
- ŠPÁNIK, M. 2009. *Možnosti znalostného manažmentu pre zníženie vplyvov prokrastinácie v práci manažéra v sociálnej sfére*. In: *Zborník prednášok z týždňa európskej vedy „Týždeň vedy a techniky na PF KU v Ružomberku“*. 24.- 28.11. 2008. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2009. s. 200–207. ISBN 978-80-8084-426-4.
- ŠROBÁROVÁ, S. 2011. *Intervencia, resocializácia a terapia v sociálnej práci*. 1. vyd. Ružomberok : Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2011. 146 s. ISBN 978-80-8084-715-9.
- ŠTEFÁKOVÁ, L., ANTOLOVÁ, V. 2008. *Ján Pavol II. a jeho sociálne poslanstvo k ochrane života nevyliciteľne chorých*. In: *Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie „Sociálne poslanstvo Jána Pavla II. pre dnešný svet“*. Poprad, 2008, ISBN 978-80-8084-391-5

Kontakt

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

Katedra sociálnej práce Pedagogickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku

e-mail: lenka.stefakova@ku.sk

Ing. Martina Špániková, PhD.

Inštitút Andreja Radlinského v Dolnom Kubíne, Pedagogická fakulta KU v Ružomberku

e-mail: martina.spanikova@ku.sk

Recenzia

PhDr. Mgr. Marianna Magerčiaková, PhD.

KOMUNIKÁCIA S ĽUĎMI CHORÝMI NA ALZHEIMEROVU DEMENCIU

Eva Toldiová

Abstrakt

Alzheimerova choroba je degeneratívne ochorenie mozgu, ktoré sa prejavuje poruchami kognitívnych funkcií. Vzhľadom na stratu kognitívnych schopností je komunikácia s klientmi s ACH špecifická. Pri ACH dochádza u chorého človeka ku špecifickým poruchám jazyka, ktoré spôsobujú sťaženú komunikáciu, narušujú jeho schopnosť vyrovnávať sa so spoločenskými a emocionálnymi situáciami. Osoba, ktorá má zlú pamäť alebo už žiadnu pamäť nemá, ktorá nedokáže komplikované situácie analyzovať a pochopiť, je závislá na iných ľuďoch nielen fyzicky ale aj emocionálne.

Kľúčové slová: Alzheimerova choroba, komunikácia, emocionálna úroveň, špecifický prístup.

V počiatočnom štádiu ACH sú si pacienti zvyčajne vedomí svojich jazykových a komunikačných ťažkostí. Napriek tomu, že je reč plynulá a dobre artikulovaná pacienti si nepamätajú presne čo práve počuli, videli alebo povedali. Nedokončia vety, zabúdajú na komunikačný zámer a často sa objavujú opakovania. V dôsledku zhoršujúcej sa sémantickej pamäte (nechápe význam slov) používajú pacienti často stereotypné frázy, kliše „prázdne“ slová. Majú problémy s porozumením dlhších a komplexnejších viet a prehovorov. Tieto poruchy si pacienti uvedomujú a snažia sa ich kompenzovať.

V strednom štádiu ACH si pacienti už menej uvedomujú svoje jazykové a komunikačné problémy. Reč môže zostať plynulá, avšak obsah hovoreného začína byť výrazne narušený. Začínajú sa objavovať výrazné problémy s vyhľadávaním slov v mentálnom lexikóne. Často sa môže stať, že opisujú slovo na ktoré si nevedia spomenúť. Podstatné slová nahrádzujú slovami „oné, vec, toto, také...“. Veľa krát nerozumejú tomu čo počujú. V tomto štádiu pacienti dokážu zdraviť, vyjadriť svoje potreby, rozumejú bežným gestám. Väčšina z nich sa môže zúčastniť kratšej konverzácie, ktorá zahŕňa dvoch ľudí.

V poslednom štádiu ACH majú pacienti obmedzený rozsah jazykových schopností, zachované zostávajú také prvky komunikácie ako napr. výmena rolí, očný kontakt, reagovanie na verbálne kladené otázky, na jednoduché príkazy. Niektorí pacienti môžu prestať verbálne komunikovať, u niektorých dominuje palilália (opakovanie fráz, slov, slabík so vzrastajúcim tempom výpovede), alebo echolália (opakujú to čo počuli od inej osoby) (Cséfalvay, 2011).

Demenciu často sprevádzajú stavy dezorientácie, ktorou je ovplyvnená aj komunikácia. Komunikácia s človekom s demenciou nie je len schopnosť výmeny slov, ide o schopnosť naladiť sa s ním na rovnakú vlnovú dĺžku. Vyžaduje to pocit bezpečia, istotu a vzájomnú dôveru zapojených jednotlivcov. Narušenie logického a analytického myslenia pri ACH spôsobuje to, že chorý čoraz častejšie zapája neverbálnu zložku do svojej komunikácie. Čím sú nižšie kognitívne schopnosti, tým viac sú zapojené emócie. Ak už človek nie je schopný dostatočne verbálne rozumieť a komunikovať, zameriavame sa na emočné prežívanie.

Princípy efektívnej komunikácie:

1. treba si uvedomiť, že osoba s kognitívnou poruchou má potrebu zvláštnej komunikácie, ktorá je dôsledkom jej emocionálnej závislosti, neschopnosti robiť ústupky a prispôbiť sa.
 2. zodpovednosť za to, aby táto osoba rozumela a aby sa jej rozumelo je na opatrovateľovi.
 3. našou najdôležitejšou úlohou je nastoliť a podporovať partnerstvo, vzájomnú úctu a dôveru.
- (Zgola,2003)

Praktické rady ku komunikácii:

- ku klientovi s demenciou pristupujeme vždy otvorene, priateľsky a láskavo. Pokiaľ pociťujeme úzkosť alebo napätie, prenesie sa to aj na klienta.
 - na začiatku rozhovoru oslovíme klienta vždy menom, čím sa uistíme, že nám venuje pozornosť a taktiež mu tým dávame najavo jeho dôležitosť, jeho hodnotu, úprimný záujem o neho.
 - Venujme prebiehajúcemu rozhovoru, alebo úlohe všetku našu pozornosť, tým pomôžeme klientovi sústrediť sa. Ak sme nesústredení, rozptýlení, osoba s ACH to pocíti a bude pre ňu ťažšie sústrediť sa na danú tému.
 - ak nám chorý nepodá jasný dôkaz, že si pamätá kto sme, je vhodné zakaždým sa predstaviť, navyiac môžeme pripojiť svoj vzťah k nemu. Avšak zostávajme vecnými a vyvarujme sa dlhým vysvetľovaniam.
 - rozprávajme pomaly, ale klienta „neznevažujme“.
 - v komunikácii používajme reč tela: jemné dotyky, držanie za ruku, ale nie predtým ako sa uistíme, že máme súhlas klienta na preniknutie do jeho osobného priestoru.
 - ak klient reaguje negatívne, alebo je nervózny, nezačínajme spor, vyhnime sa dohováraniam. Je potrebné aby nás osoba nechápala ako protivníka, ale skôr ako zdroj pohody a bezpečia.
- (Zgola, 2003, s. 138)

Podmienky komunikácie:

- 1. vonkajšie:** odstrániť rušivé vplyvy hlučnosť, bariéry, množstvo ľudí zúčastňujúcich sa komunikácie, homogenizácia skupiny.
- 2. vnútorné:** vzdialenosť a očný kontakt, jednoduchosť v komunikácii, jednostupňové inštrukcie, prispôbiť hlas, tempo a tón reči, dobre artikulovať, hovoriť naraz len s jedným klientom, neusmerňovať niekoľkých naraz, nehovoriť tak, aby mal klient pocit, že musí odpovedať.

Metódy komunikácie

Validácia (metóda komunikácie s dezorientovaným starým človekom trpiacim demenciou) – najčastejšie vychádzame z techník validačnej terapie. Prostredníctvom validačných techník získajú dezorientovaní empatické aktívne počúvanie, neodsudzovanie, ale práve naopak akceptovanie.

Aktívne počúvanie – pre každého človeka je veľmi dôležité, aby bol vypočutý, aby niekto načúval tomu čo hovorí, čo vyjadruje. Tým, že ho vypočujeme mu dávame najavo, že je pre nás dôležitý, venujeme mu pozornosť, záujem. Dávame to najavo očným kontaktom, sústredením sa na jeho prejav.

Kladenie otázok – otázky majú byť jednoduché, na ktoré sa dá odpovedať áno alebo nie. Môžeme komentovať alebo zopakovať zmysel toho, čo povedal.

Používanie hudby – Ak človek stráca schopnosť komunikovať slovami, z pamäti sa mu napriek tomu môžu vynárať dobre známe, kedysi naučené melódie. Stáva sa, že ľudia, ktorí už nemôžu hovoriť, vedia ešte bez problémov zaspievať celú pieseň, ktorú si pamätajú z detstva. S ľuďmi, ktorí už normálne nekomunikujú, možno niekedy spievať alebo hovoriť pomocou textu piesne. Stáva sa, že po zaspievaní piesne prehovorí niekoľko slov, aj keď normálne už mlčia.

U ľudí s ACH sa často stretávame s nežiaducimi formami správania ako je odmietanie, apatia, negativizmus, agitovanosť, tenzia, zmeny nálad a pod. Zvyčajne sú to stavy akútne, niekedy môžu pretrvávajúť a môžeme o nich povedať, že ide o krízovú situáciu, ktorej predchádza mimoriadna udalosť, subjektívne silný podnet – stimul. Takáto situácia sa vyznačuje naliehavosťou a je potrebné pri nej uplatniť krízové riešenie. Nespracovanie krízovej situácie môže viesť k nežiaducej forme správania u klienta, môže vyhrotiť do nekludu až agresivity klienta, alebo k plačlivosti, pasivite až apatii. V týchto prípadoch sa zameriavame na krízovú komunikáciu.

Princípy krízovej komunikácie:

1. konať rýchlo, otvorene, jednotne, sústrediť sa na klienta a jeho prežívanie.
2. dbať na bezpečnosť: najmä svoju a okolia, odstrániť nebezpečné predmety a materiály.

3. prežiť situáciu s klientom: ak potrebuje kričať – neukľudňujeme ho, ak potrebuje búchať päšťou – dbajme najmä na bezpečnosť a neupozorňujeme ho, dajme mu pocítiť, že v tejto situácii nie je sám, že akceptujeme jeho emočné rozpoloženie.

4. ukotviť situáciu, ostať s klientom, vyladiť emocionálnu hladinu, stabilizovať psychický stav. (Karoľová a kol., 2011)

Pri komunikácii s osobou postihnutou ACH nesie zodpovednosť za to, aby osoba porozumela a aby sa jej porozumelo, nesie zodpovednosť osoba, ktorá sa o ňu stará. Môžeme sa chopiť vedenia, klást' objasňujúce otázky na, ktoré sa odpovedá iba áno, alebo nie. Môžeme usmerňovať konverzáciu, použiť názorné podnety ak ani naďalej nechápeme, môžeme ustúpiť a vyjadriť poľutovanie nad tým, že nerozumieme. Zabránilme tým zbytočnej frustrácii a udržíme náš vzájomný vzťah s klientom v príjemnej atmosfére a vzájomnej úcte (Zgola, 2003).

Bolo by dobré, ak by sme sa neuzavreli do chápania ACH len podľa jej štádií. Ochorenie má tendenciu napádať isté oblasti mozgu a iné zas nie, ale nemusí mať ani úplnú nadvládu nad tými oblasťami, v ktorých sa nachádza. Mozog môže kompenzovať svoje funkcie tým, že presunie niektoré úlohy do iných oblastí. Preto sa môže stať, že sa z času na čas istá schopnosť na čas vynorí. Slová, nápady, schopnosť porozumieť, emocionálna kontrola, to všetko sa môže vynoriť na povrch predtým než sa to znovu stratí.

Ako máme rozpoznať čo sa nás v skutočnosti pýtajú?

Veľa krát sa stáva, že človek s demenciou nás zúfalo prosí:

- aby sme ho zobrali domov
- aby sme mu otvorili dvere, lebo musí ísť preč
- chce aby sme zavolali jeho rodičov
- musí ísť domov, pretože musí navariť, pretože prídu deti zo školy

Týmito informáciami nám paralelne na emočnej úrovni oznamujú, že sú zmätení, v depresii, vystrašení, frustrovaní, nahnevaní, alebo môže ísť o kombináciu týchto pocitov.

Ako máme ponúknuť emocionálnu pravdu?

Hlavne tým, že uznáme pocity tej osoby, môžeme jej povedať:

- Tak rada by som to urobila, keby sa to dalo.
- Život je niekedy veľmi zvláštny.
- Určite sa z toho necítite dobre.

Prečo je emocionálna pravda tak dôležitá?

Skúsme sa do toho vžiť, aké je to ťažké, ak niekto prehliada naše pocity strachu, neistoty, starosti, trápenia. Ľudia s ACH môžu mať problémy s mentálnymi procesmi, môžu mať problémy s vyjadrovaním svojich myšlienok, avšak ich pocity zostávajú neporušené. Cítia bolesť, zahanbenie, radosť, vnímajú humor, osamelosť, nudu, záujem iných ľudí o nich. Môžu sa cítiť užitoční, ale aj úplne zbytoční.

Čo ak povieme nesprávnu vec?

Výhoda ACH je tá, že človek s touto chorobou si nebude pamätať čo sme jej povedali na mentálnej úrovni, tu máme vždy druhú šancu. Avšak niečo iné je emocionálna pamäť, musíme byť opatrní v tom, čo vyjadrujeme na emocionálnej úrovni.

Aké veci by sme mali vyjadriť na emocionálnej úrovni?

Môžeme vyjadriť: lásku, úprimnosť, pravdu, rešpekt, nefalšovaný záujem, radosť z ich spoločnosti, to, že ich máme radi ako ľudí. Treba si uvedomiť, že ľudia s ACH žijú v prítomnom okamihu. Na to aby sme im dokázali sprostredkovať pozitívne emócie, je potrebné, aby sme žili v prítomnom okamihu aj my (treba sa naučiť vypnúť mozog od vonkajšieho sveta a sústrediť sa na daný okamih. Najlepšie to dokážeme ak sa zhlboka nadýchneme, vyprázdňime si myseľ a vykročíme s otvorenosťou do čohokoľvek, čo nastane). Ak sa nám to podarí práca s ľuďmi s ACH nás nebude vyčerpávať, naopak bude to príležitosť, ako načerpať novú energiu. (Strauss, 2011)

Bibliografia

STRAUSS, C.: Rozhovory s ľuďmi chorými na Alzheimerovu chorobu. Slovenská Alzheimerova spoločnosť 2011, ISBN 978-80-970766-6-5

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABJAKOVÁ, M.: Psychiatrická ošetrovateľská péče. Grada 2006, ISBN 80-247-1151-6

ZGOLA, J.: Úspešná péče o člověka s demencií. Grada 2003, ISBN 80-247-0183-9

ZBORNÍK III. medzinárodnej konferencie Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby. Slovenská Alzheimerova spoločnosť 2011, ISBN 978-80-970355-6-3

Kontakt

Bc. Eva Toldiová

ZSS „Vek nádeje“ Nové Zámky

Tel: 0944 117 191

e-mail: eva.toldi@gmail.com

Recenzia

PhDr. Margita Kostúriková

**LEGISLATÍVNE NORMY ZAMERANÉ NA FUNGOVANIE
ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

**REGULACJE PRAWNE FUNKCJONOWANIA DOMÓW POMOCY
SPOŁECZNEJ W POLSCE**

Bogusław Uliasz

Abstrakt

Odbor sociálnej starostlivosti (DNS) je tradičná, inštitucionálna forma starostlivosti. Starostlivosť je v dome s opatrovateľskou službou. Cieľom týchto centier je poskytovať nepretržitú starostlivosť a uspokojovanie potrieb biologických, vzdelávacích, sociálnych a duchovných. Domy s opatrovateľskou službou slúžia ako náhrada za primárne prostredie. Bohatá história vzniku týchto inštitucionálnych foriem starostlivosti viedlo k zdokonaľovaniu foriem práce v oblasti služieb. Tento článok sa zaoberá otázkami právnej úpravy vyššie spomínaných inštitúcií.

Kľúčové slová: domy s opatrovateľskou službou, právo, staroba, predpisy.

Domy opieki społecznej

Domy opieki społecznej są wyrazem troski o drugiego człowieka oraz solidarności społecznej, specyficzną formą pomocy dla tych, którzy nie znaleźli jej wśród bliskich, w rodzinie. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności (art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej).

W ostatnich latach wprowadzano nowe rozwiązania legislacyjne i organizacyjne, nowe źródła finansowania oraz zmiany modelu funkcjonowania. Jednym z głównych kierunków zmian była demedykalizacja, która polega na odejściu od wzorowanej na szpitalu organizacji życia codziennego i normalizacja, która wiąże się ze zbliżaniem do warunków życia poza instytucją. Od 1990 r., w którym został dokonany przełom we wspieraniu ludzi potrzebujących pomocy, opieki i wsparcia, zaszło i nadal jest wprowadzanych wiele zmian w funkcjonowaniu tych placówek. Od czasu transformacji ustrojowej w Polsce pomoc społeczne przechodziła kolejne przeobrażenia ponieważ dokonano weryfikacji kryteriów przyznawania wsparcia, rozszerzono katalog świadczeń i przyznano im charakter publicznych praw podmiotowych. Podczas reorganizacji zadań władz publicznych zadania w sferze pomocy

społecznej powierzono nowo utworzonym jednostkom samorządu terytorialnego, tj. powiatowi i województwu samorządowemu.

Podstawowe akty prawne regulujące funkcjonowanie DPS:

- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r (Dz. U. Nr 64 z 2004r. poz. 593).
- Ustawa o zmianie ustawy o pomocy społecznej z dnia 8 grudnia 2006r. (Dz. U. Nr 249 poz. 1830)
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 19 października 2005 r. (Dz. U. Nr 217 poz.1830).
- Od dnia 27 sierpnia 2012 obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej (opublikowane w Dzienniku Ustaw z dnia 27 sierpnia 2012 r., poz. 964), określające sposób funkcjonowania określonych typów domów pomocy społecznej i obowiązujący standard podstawowych usług świadczonych przez domy.

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polski nie mamy zagwarantowanego prawa do pomocy społecznej. Konstytucja natomiast odwołuje się do pomocy społecznej w sposób pośredni, w szczególności przez zasady: pomocniczości, solidaryzmu i państwa socjalnego, a także instytucje zabezpieczenia socjalnego. Pomoc społeczna uruchamiana jest tylko wówczas, gdy dana osoba nie potrafi samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb poprzez dochody otrzymywane bądź z pracy bądź ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Należy dodać za literaturą przedmiotu, że pomoc społeczna jest częścią działu administracji rządowej o nazwie „zabezpieczenia społeczne”¹⁴⁴.

Domy Pomocy Społecznej powołane zostały do życia rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837) w wykonaniu delegacji ustawowej zawartej w art. 57 ust. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.).

Rozporządzenie określa:

- sposób funkcjonowania określonych typów domów pomocy społecznej, zwanych dalej "domami";
- obowiązujący standard podstawowych usług świadczonych przez domy;

¹⁴⁴ Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działaniach administracji rządowej (tj. Dz. U. z 2005 r. nr 65, poz. 437, z późn. zm.)

- rodzaje dokumentów wymaganych do uzyskania zezwolenia na prowadzenie domu;
- tryb kierowania i przyjmowania osób ubiegających się o przyjęcie do domu¹⁴⁵.

Dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu. W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług. Dom powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcami domu ich realizacja. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu.

Rozporządzenie to określa:

- sposób funkcjonowania określonych typów domów pomocy społecznej, zwanych dalej „domami”;
- obowiązujący standard podstawowych usług świadczonych przez domy; rodzaje dokumentów wymaganych do uzyskania zezwolenia na prowadzenie domu;
- wzór wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie domu;

Dom Pomocy Społecznej umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów oraz pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność - do wysokości limitu ceny przewidziane w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;

¹⁴⁵ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 19 października 2005 r. sprawie domów pomocy społecznej, na podstawie art. 57 ust. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.), § 1.

- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie¹⁴⁶.

Zgodnie z Rozporządzeniem placówki całodobowej opieki świadczą następujące usługi:

- 1) opiekuńcze (udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, opiekę higieniczną, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, kontakty z otoczeniem);
- 2) bytowe (miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości).

W obecnym stanie prawnym, rozróżniamy dwie kategorie placówek całodobowego wsparcia dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji:

- domy pomocy społecznej, funkcjonujące w systemie pomocy społecznej prowadzone przez samorządy terytorialne lub na ich zlecenie przez inne podmioty niepubliczne. Wszystkie funkcjonujące domy pomocy społecznej powinny legitymować się wydanym przez właściwego wojewodę zezwoleniem na prowadzenie domu (stałego lub warunkowego - wydanego do momentu zakończenia programu naprawczego w zakresie osiągnięcia wymaganych standardów).

- placówki całodobowego wsparcia działające w oparciu o przepisy o działalności gospodarczej, które funkcjonują poza systemem pomocy społecznej. Placówki te są prowadzone przez osoby prywatne, funkcjonują na zasadach wolnorynkowych, a więc osoba lub rodzina zawiera z podmiotem prowadzącym dwustronną umowę cywilno-prawną na zapewnienie określonych usług. Dom, niezależnie od typu, świadczy usługi:

1) w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając:

- a) miejsce zamieszkania,
- b) wyżywienie,
- c) odzież i obuwie,
- d) utrzymanie czystości;

2) opiekuńcze, polegające na:

- a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
- b) pielęgnacji,
- c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;

¹⁴⁶ I. Sierpowska, *Prawo Pomocy Społecznej*, Wyd. 4, Oficyna Wydawnicza a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 101.

3) wspomagające, polegające na:

- a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,
- b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu,
- c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,
- d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
- e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- f) działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości,
- g) pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, w przypadku osób spełniających warunki do takiego usamodzielnienia,
- h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30 % zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”,
- j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz dostępności do informacji o tych prawach dla mieszkańców domu,
- k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu¹⁴⁷.

Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej zgodnie z art. 54 i 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.), przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Do domu pomocy społecznej kieruje się na podstawie:

- pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu, złożonego do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na jej miejsce zamieszkania lub pobytu w dniu jej kierowania; za zgodą osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego wniosek może zgłosić inna osoba fizyczna lub prawna, a także powiatowe centrum pomocy rodzinie lub ośrodek pomocy społecznej;

¹⁴⁷ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ..., dz. cyt., § 5.

- rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się w dniu jej kierowania, zawierającego w szczególności pisemne twierdzenie braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę.

Należy podkreślić, że dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, zwanych dalej "mieszkańcami domu". Działania te nie służą zatem leczeniu, rehabilitacji, przywracaniu sprawności fizycznej i psychicznej, jak w przypadku zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego czy zakładu rehabilitacji leczniczej bądź zakładu opiekuńczo-leczniczego, ale mają na celu zapewnienie opieki osobom tam przebywającym. To czy kierownictwo takiego domu zdecyduje się na zapewnienie jego pensjonariuszom opieki medycznej czy też umożliwi korzystanie z zajęć rehabilitacyjno-leczniczych nie zmienia charakteru tychże domów, tzn. nie czyni z nich zakładów opiekuńczo-leczniczych czy też zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych lub zakładów rehabilitacji leczniczej.

Domy pomocy społecznej to jednostki organizacyjne, charakteryzujące się dużą różnorodnością w zakresie profilu działalności i świadczonych usług. Placówki te mogą być prywatne i publiczne, o gminnym, powiatowym i regionalnym zasięgu działania. Domy pomocy społecznej zajmują się przede wszystkim świadczeniem usług opiekuńczych. Usługi te są skierowane do osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, które nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Domy społeczne należą do zakładów publicznych, administracyjnych świadczących usługi o dużej społecznej doniosłości, z przewagą świadczeń niematerialnych¹⁴⁸. Pobyt jest uzależniony od decyzji administracyjnych, a więc i ocen organów. Jedną z najistotniejszych cech zakładu administracyjnego jest stosunek prawny łączący zakład z destynatariuszem. Z zakładu mogą korzystać tylko jego użytkownicy, na podstawie stosunku administracyjnego, nawiązanego na mocy decyzji o umieszczeniu w placówce. Dlatego też mieszkańcy domów mają obowiązek podporządkowania się prawu obowiązującemu w placówce. W szczególności użytkownik musi przestrzegać regulaminu, jak również innych aktów generalnych i indywidualnych wydanych przez organy jednostki (organy założycielskie). Należy zaznaczyć, że w domach

¹⁴⁸ Tamże, s. 106.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

pomocy społecznej kontrola wykonywana jest przez wojewodę. Domy te posiadają odpowiednią infrastrukturę techniczną, umożliwiającą im świadczenie usług oraz organ zarządzający, kierujący. Nie mają osobowości prawnej. Usługi świadczone są, jak wspomniano całodobowo i bezterminowo.

Ustawa określa kwalifikacje osób kierujących jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Zgodnie z art. 122 ust.1 u.p.s. osoby te zobowiązane są posiadać co najmniej 3-letni staż pracy w pomocy społecznej lub ukończone studia podyplomowe, których program uwzględnia minima programowe przewidziane dla wspomnianej specjalizacji.

Domy pomocy społecznej są prowadzone na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) po uzyskaniu wpisu do rejestru wojewody. Wojewoda dokonuje wpisu do rejestru na czas nieokreślony po spełnieniu przez DPS standardów określonych w ww. ustawie oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 poz.964).

Domy pomocy społecznej mogą prowadzić, po uzyskaniu zezwolenia wojewody:

- 1) jednostki samorządu terytorialnego;
- 2) Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia;
- 3) inne osoby prawne;
- 4) osoby fizyczne.

Wspomniane wyżej Rozporządzenie określa również sposób funkcjonowania określonych typów domów pomocy społecznej oraz obowiązujący standard podstawowych usług świadczonych przez DPS. Rozporządzenie szczegółowo wymienia warunki, jakie dom powinien spełniać w zakresie:

- 1) usług bytowych;
- 2) pomieszczeń jakie powinien posiadać;
- 3) norm dla pokoju mieszkalnego;
- 4) warunków sanitarnych;
- 5) sprzątnia;
- 6) żywienia;
- 7) zapewnienia spełniania mieszkańcom podstawowych potrzeb.

Zgodnie z zaleceniami w DPS powinny znajdować się następujące pomieszczenia:

- a) pokoje mieszkalne jednoosobowe i wieloosobowe,
- b) pokoje dziennego pobytu,

- c) jadalnia,
- d) gabinet medycznej pomocy doraźnej,
- e) pomieszczenia do terapii i rehabilitacji,
- f) kuchenka pomocnicza,
- g) pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia
- h) palarnia,
- i) pokój gościnny,
- j) miejsce kultu religijnego,

Natomiast w zakresie warunków sanitarnych:

- a) liczba łazienek zapewnia możliwość korzystania z każdej przez nie więcej niż 5 osób, w przypadku toalet nie więcej niż 4 osoby, jeżeli liczba osób leżących przekracza 50% osób ogólnej liczby mieszkańców, dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%, b) łazienki i toalety są przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- c) w nowo powstającym domu na pokój przypadają jedna toaleta oraz łazienka, w której wyposażeniu znajduje się wanna lub prysznic,

Zakłady opiekuńczo – lecznicze oraz pielęgnacyjnoopiekuńcze podlegają rejestracji jako podmioty lecznicze, wykonujące działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) ZOL, ZPO, hospicja Rozporządzenie MZ z 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 poz.739).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U.09.140.1147ze zm.) dotyczy placówek /podmiotów leczniczych z podpisany kontraktem z NFZ. Świadczenia gwarantowane, obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- 4) świadczenia psychologa;
- 5) terapię zajęciową;
- 6) leczenie farmakologiczne;
- 7) leczenie dietetyczne;

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

- 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych;
- 9) edukację zdrowotną przygotowującą do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Każdy Dom Pomocy Społecznej działa zatem na podstawie:

1. Ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity Dz.U. z 2001r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.),
2. Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.),
3. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2004r. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.),
4. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2009r. Nr 157 poz. 1241 z późn. zm.),
5. Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 76 poz. 614 z późn. zm.),
6. Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005r. w sprawie domów pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U. z 2005r. Nr 217 poz.1837),
7. Ustawy z dnia 21 listopada 2008r. o pracownikach samorządowych (tekst jednolity Dz.U. z 2008r. Nr 223, poz.1458 z późn. zm.),
8. Przepisy prawa miejscowego,
8. Statut.

Strukturę organizacyjną i szczegółowy zakres zadań poszczególnych typów domów określa opracowany przez dyrektora domu regulamin organizacyjny, przyjęty przez zarząd jednostki samorządu terytorialnego, a w przypadku domu gminnego przez wójta, burmistrza lub prezydenta. W przypadku gdy prowadzącym dom jest podmiot niepubliczny, regulamin organizacyjny ustala ten podmiot.

W zakresie usług opiekuńczych i wspomagających zapewnia się:

- a) świadczenie pracy socjalnej,
- b) organizację terapii zajęciowej w pracowniach terapii, w warsztatach terapii zajęciowej,
- c) możliwość korzystania przez mieszkańców domu z biblioteki lub punktu bibliotecznego oraz codziennej prasy, a także możliwość zapoznania się z przepisami prawnymi dotyczącymi domów,
- d) organizację świąt, uroczystości okazjonalnych oraz umożliwia się udział w imprezach kulturalnych i turystycznych,

e) możliwość kontaktu z kapłanem i udział w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca domu,

f) regularny kontakt z dyrektorem domu w określonych dniach tygodnia i godzinach, podanych do wiadomości w dostępnym miejscu,

g) sprawienie pogrzebu, zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu.

Do domu kieruje się na podstawie:

1) pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu, zwanej dalej "osobą ubiegającą się", złożonego do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na jej miejsce zamieszkania lub pobytu w dniu jej kierowania; za zgodą osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego wniosek może zgłosić inna osoba fizyczna lub prawna, a także powiatowe centrum pomocy rodzinie lub ośrodek pomocy społecznej;

2) rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się w dniu jej kierowania, zawierającego w szczególności pisemne stwierdzenie braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę.

Współcześnie w pomocy społecznej, podobnie jak i w całej administracji coraz wyraźniejsze są tendencje do włączania podmiotów niepublicznych w realizację zadań publicznych. Przejawia się to w aktywności organizacji społecznych, o czym była już mowa, ale również we włączaniu osób fizycznych w wykonywanie zadań z zakresu omawianej w artykule pomocy społecznej. Stąd też powoływanych jest coraz więcej prywatnych domów opieki społecznej. Dlatego też obecnie jednym z wykonawców zadań pomocy społecznej, w tym w tworzeniu i prowadzeniu domów pomocy społecznej są podmioty prywatne, które odciążają struktury publiczne. Ich formy aktywności są jednak wyznaczone przez prawo i dlatego podlegają kontroli ze strony państwa.

Bibliografia

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działaniach administracji rządowej (tj. Dz. U. z 2005 r. nr 65, poz. 437, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. sprawie domów pomocy społecznej, na podstawie art. 57 ust. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.), § 1.

Sierpowska I., *Prawo Pomocy Społecznej*, Wyd. 4, Oficyna Wydawnicza a Wolters Kluwer biznes, Warszawa 2011.

Kontakt

dr Uliasz Bodusław

KUL, Lublin, PL

Recenzia

ks. dr Nęcek Robert

DUCHOVNÉ POTREBY A MOŽNOSTI RIEŠENIA PROBLÉMU DUCHOVNEJ TIESNE

Alena Valancová

Abstrakt

Príspevok má za cieľ popísať duchovné potreby, vymedzenie pojmu spiritualita, načrtnutie diagnostických nástrojov, ošetrovateľských diagnóz a rozpracovanie ošetrovateľského procesu vo vzťahu k duchovnej tiesni.

Kľúčové slová: duchovné potreby, spiritualita, duchovná tieseň.

Úvod

Potreby chápeme ako prejav, zväčša aj uvedomenie si niečoho dôležitého pre život v jeho ľudskej forme, alebo aj toho, čo subjekt za také pokladá, čo má preň význam, osobnostný zmysel, čo považuje za hodnotné. Potreby môže definovať aj ako deficit, nedostatok, porušenie rovnováhy (nemusí vyvolať psychickú reakciu) alebo ako základný motív vyjadrujúci nedostatok na úrovni fyzického a sociálneho bytia. Cieľom správania, ktoré je s ním spojené ako inštrumentálna aktivita, je redukcia týchto potrieb. Aj keď sa v novších prístupoch deklaruje celosť a trojdimenzionalita poňatia človeka, celostný prístup ešte nevyklučuje jeho ponímanie ako celku rozložiteľného na jednotlivé úrovne ľudského bytia, od ktorých sa odvodzujú aj jeho potreby – *biologické, psychické, sociálne a duchovné*.

Duchovné potreby

Vymedzenie duchovných potrieb človeka má blízko k humanistickej psychológii. Táto psychológia akceptuje systém vývojovo najvyšších potrieb, charakterizovaný pojmami sebaaktualizácie či sebauskutočnenia, ktoré vyjadrujú túžbu človeka po zdokonaľovaní a osobnom raste. Duchovné potreby nie sú jednoduchou tendenciou k sociálnemu vzťahu, skôr ich môžeme chápať ako vyjadrenie jeho kvalitatívnej stránky.

Duchovná dimenzia osobnosti je špecifická len pre človeka. Možno ju charakterizovať ako schopnosť sebaapresahovania smerom k tomu, čo je nevyhnutnou podmienkou a snáď i dôvodom ľudského života ako celostného bytia, často sa spája s pojmom zmyslu života. Duchovné potreby majú zdroj v existenciálnej úzkosti človeka a ich uspokojovanie slúži predovšetkým na jej redukciu. V archaickej spoločnosti bolo dominantné náboženstvo, ktoré zahŕňalo aj estetickú stránku, morálnu dimenziu medziludských vzťahov i vzťahov človeka k sebe samému. Duchovné potreby človeka sa spájajú s vierou. Človek si často až

s uvedomením konca vlastného života kladie otázky o jeho zmysle a smerovaní. Duchovná starostlivosť je veľmi široký pojem. Rozumie sa ňou všeobecná kresťanská povinnosť starostlivosti o duchovné potreby ľudí. Uspokojovanie duchovných potrieb nie je len výsadou veriacich, neraz je dôležité aj pre neveriacich hľadajúcich v posledných dňoch či mesiacoch význam a zmysel svojho života.

Kríza, ktorá je napriek snahe o zlepšenie zdravotného stavu a uzdravenie, vedie k premene človeka. Utrpenie je také hlboké, ako sám človek, svojím spôsobom odkrýva hĺbku vlastnú človeka a dokonca ju prevyšuje. Zdá sa, že utrpenie patrí ku transcencii človeka- je jedným z tých bodov, v ktorých je človek akosi „ odsúdený „, na to, aby prerástol seba samého a je k tomu tajomným spôsobom povolaný. Spirituálne potreby, človeku otvárajú cestu k takému prekročeniu, k dištancii v ktorej môže človek prerásť seba samého a tiež k personalizácii a vytváraniu nových vzťahov, hlbokých a neochvejných vzťahov k sebe samému, k Bohu, k blíznym.

Najčastejším dôvodom, prečo pacienti prijímajú duchovnú podporu, je pocit osamelosti a strach pred smrťou. Sestra by mala pacientovi umožniť vyjadriť jeho duchovné potreby. Ak uňho pozoruje duchovnú tieseň, ktorú sa jej ani s maximálnym úsilím nedarí eliminovať, má zabezpečiť návštevu duchovného.

Duchovné a náboženské presvedčenie môže ovplyvniť spôsob života, aj postoj k chorobe a k smrti. Duchovné potreby nemožno zužovať len na otázku viery a príslušnosti chorého k nejakému náboženstvu. Medzi ne patrí aj hľadanie zmyslu života, pocit odpustenia, potreba lásky a nádeje.

Vymedzenie - spiritualita

Spirituálne problémy sa týkajú potreby zmyslu života. Život možno zmysluplne utvárať uskutočňovaním hodnôt v jednotlivých životných okamžikoch. Nenaplnenie potreby zmysluplnosti sa rovná stavu duchovnej núdze. Vertikálne zameranie vo vzťahu k Bohu ako k svetlu, alebo inej vyššej sile, či autorite (k absolútne). Horizontálne zameranie vo vzťahu jednotlivca k sebe samému, k ostatným ľuďom, či prírode alebo svetu ako celku.

Spiritualita sa prejavuje ako záujem o všetko nové, chuť žiť, prežívať krásu, poznávať, tvoriť a uskutočňovať dobro, v presahovaní samého seba, v nachádzaní trvalých životných hodnôt.

- špecifická dimenzia ľudského života
- to čo nás vedie k tomu aby sme hľadali zmysluplnosti života a zároveň nám ju aj dáva
- schopnosť presahovania k tomu čo je podmienkou a dôvodom ľudského života a bytia
- prejavuje sa prostredníctvom spirituálnych potrieb

- prelínanie s psychickými a sociálnymi potrebami
- spirituálne potreby sa stávajú prioritou v hraničných situáciách (vlastná smrteľnosť, nenaplnenie ambícií a cieľov, ohrozenie alebo strata zmyslu života)
- spiritualita je multidimenzionálny konštrukt, ktorý sa nedá jednoducho ohraničiť

Medzi duchovné potreby zaradujeme :

Potrebu sebaúcty a vedomia vlastnej hodnoty a dôstojnosti – závažné, dlhodobé či chronické ochorenie mieru sebaúcty zvyčajne znižuje. Potreba pozitívneho vzťahu k sebe, dôvera vo vlastné schopnosti, založená na cieľoch dáva životu zmysel. Vedomie straty významu pre blízkych ľudí je pravdepodobne jednou z najťažších foriem utrpenia.

Potreba vzťahu k absolútnu – v našich podmienkach sa prejavuje najčastejšie v sakrálnej podobe vzťahu k Bohu. Závažné ochorenie je previerkou celostnej ľudskej bytosti a teda aj jej viery. Niektorí môžu ponímať chorobu ako trest, dôsledok viny, či skúšky môže viesť k pasivite a sebaobviňovaniu. Zároveň obviňovanie Boha môže byť spojené s pocitom viny alebo stratou viery. No iní sa obracajú k Bohu v úsilí o pomoc a prekonanie.

Potreba slobody a jej uspokojovanie – by sa mala spájať s vedomím zodpovednosti za seba, inak môže viesť ku krajnostiam, akými sú svojvoľné prerušenie terapie, jej nedodržiavanie, či naopak užívanie liekov bez ordinácie a porady s lekárom. Časté je aj neakceptovanie zmien v životospráve. Rozvinutie tejto potreby je znakom zrelej osobnosti, schopnej niest' za svoje názory, postoje a konanie zodpovednosť.

Potreba dobra – schopnosť konať dobro, byť dobrým.

Potreba krásna – estetický vzťah človeka k svetu. V kresťanskej filozofii krásna a dobro splývajú. Krásna je vnútornou skúsenosťou ducha, krásna ľudskej tváre môže vysvetliť prítomnosť ducha v človeku.

Potreba lásky, priateľstva, dôvery k iným, porozumenia – ide najmä o sociálno – rolové väzby, často s nerovnakou mierou povinností alebo práv.

Potreba viery, nádeje, lásky – humánnosť prameniaca z viery, nádeje a lásky je všeobecnou ľudskou skúsenosťou a potrebou, jej zdrojom nie je iba židovsko – kresťanská tradícia.

Spirituálne potreby – diagnostiké nástroje: *DSES – The Daily Spiritual Experience Scale, NHS – Nowotny Hope Scale, Beckova škála beznádeje, The Hope Scale, Spiritual Assessment Guidelines - posúdenie, Values Scale, Logotest, ESI - Expressions of Spiritual Inventory, STS - Spiritual Transcendence Scale*

Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s duchovnými potrebami: *Ochota k zlepšeniu duchovnej pohody – 00068, Duchovná tieseň – 00066, Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) – 00083,*

Narušená religiozita – 00169, Riziko duchovnej tiesne – 00067, Riziko narušenej religiozity – 00170, Ochota k zlepšeniu religiozity – 00171, Beznádej – 00124, Bezmocnosť – 00125, Úzkosť zo smrti – 00147

Ošetrovateľský proces vo vzťahu k duchovnej tiesni

Duchovná tieseň je definovaná mnohými spôsobmi, napr. ako „stav, pri ktorom má jedinec reálne alebo potenciálne narušenú vieru v systéme hodnôt, ktoré mu poskytujú silu, nádej a zmysel života.“ Duchovná tieseň je ošetrovateľská diagnóza, ktorá sa stanovuje pri neuspokojených spirituálnych potrebách.

Plánovanie: Sestra má veľa možností, ako prejavíť svoje pochopenie pri uspokojovaní spirituálnych potrieb. Prioritou však zostáva ústretovosť k spirituálnym potrebám pacienta a jeho príbuzných. Dôležitým aspektom duchovnej starostlivosti o pacienta je vytvorenie kontaktu s pacientom a aktívna účasť sestry, ktorá má pozitívny vplyv na jeho psychiku. Vytvorenie harmonického prostredia s príjemnou atmosférou je základom starostlivosti o pacienta s rešpektovaním jeho potrieb, vrátane duchovných.

1. Zistiť informácie o duchovných potrebách pacienta od rodiny.
2. Zistiť náboženské rituály pacienta od rodiny.
3. Poskytnúť prostredie na realizáciu naplňania duchovných potrieb.
4. Poskytnúť možnosť realizovať náboženské rituály prostredníctvom rodiny.
5. Umožniť kontakt rodiny s pacientom a edukovať o možnosti čítania duchovného slova a počúvania bohoslužby.
6. Zabezpečiť súkromie pri naplňaní duchovných potrieb.
7. Umožniť kontakt pacienta a rodiny s duchovným.
8. Rešpektovať duchovné potreby pacienta.

Záver

Význam duchovnej starostlivosti o umierajúcich- rozvoj našej civilizácie priniesol zmeny postojov ku smrti. Zmizli mnohé sociálne väzby, aj cirkevné. Dnes už nie je samozrejmé, že sa k umierajúcemu volá duchovní. Kvalita života spočíva v určitých vonkajších, objektívnych okolnostiach a situáciách, ktoré determinujú život človeka, no predovšetkým od toho, ako určité životné zmeny prežíva, z významňuje, akú hodnotu im pripisuje. V nie poslednej miere je dôležité, k čomu ho tieto zmeny motivujú, ako korešpondujú s jeho životnými ambíciami a cieľmi, alebo ako im protirečia. Veľa ošetrovateľov potvrdzuje- od chorých dostávame

tol'ko, koľko im sami dávame. Uvedomujú si vážnosť a konečnosť svojho života a vážnosť svojho života a závažnosť svojho stavu, i keď ich nikto neinformoval a nepovedal im diagnózu. Sprevádzať môže aj kňaz, ktorí pre lekárov je ošetrovateľ so zvláštnym poslaním a mal by byť začlenený do multidisciplinárneho tímu. Účel duchovnej starostlivosti spočíva v pomoci umierajúcim prijať nevyhnutnú skutočnosť, vyrovnať sa s ňou – nielen ju akceptovať, ale zmieriť sa s tým, čo prichádza. Vykonáva ju kňaz alebo iná duchovná osoba. Jej cieľom je duchovná pomoc v utrpení a usmernenie chorého človeka v etickom a duchovnom zmysle tak, aby našiel zmierenie s Bohom, ľuďmi a so sebou samým. Je určená pacientom, ktorí si ju želajú, nikdy sa nesmie nikomu vnucovať.

Bibliografia

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. 342 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

MARILIN FRANK-STROMBERG, SHAREN OLSEN. 2004. *Instruments for clinical health-care research*. Jones and Bartheltt Publishers, Inc. 2004. 683 p. ISBN 0-7637-2252-9.

O' CONOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oboru*. Praha : Grada Publishing a. s. 2005. 324 s. ISBN 80 – 247 – 1295 – 4.

RIEDEROVÁ, M., E. 2002. *Neplačte smrt' nie je smutná*. 2002 Vyd. : Dobrá kniha., 214 s. ISBN 80-7141-371- 2.

VONDRÁČEK, L. et. al. 2004. *Ošetrovateľská dokumentace v praxi 1. vyd.* Praha : Grada, 2004. 72 s. ISBN 80 – 247 – 0704 – 7.

Kontakt

Mgr. Alena Valancová

aknelka1370@gmail.com

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok,

Recenzia

Dr n. med Ewa Kucharska

POHODA PRE KLIENTA, POMOC PRE PERSONÁL (NOVÉ TRENDY V POUŽÍVANÍ INKONTINENČNÝCH PODLOŽIEK)

Melanie Vargha

Abstrakt

Podpora a pomoc pri vykonávaní náročnej práce sestry je prvoradým cieľom programu *DRY CARE*, ktorý zostavila spoločnosť Salesianer Miettex. Program v sebe zahŕňa poskytovanie pomôcok na polohovanie a ochranu pacienta. Podložky *DRY CARE* sú komfortné pre pacienta a výrazne znižia záťaž sestry či už pri polohovaní, alebo pri hygienických úkonoch u klienta. Ekonomickosť a jednoduchá manipulácia je zabezpečená kvalitným a premysleným servisom.

Kľúčové slová: *DRY CARE* podložky, ochrana, inkontinencia, polohovanie.

Úvod

Polohovanie je jedna z najdôležitejších činností na prevenciu preležanín u pacienta. Ďalším nevyhnutným faktorom je pohodlné, suché prostredie. Pri zabezpečení optimálneho prostredia je úloha pre sestru neraz veľmi náročná. Faktory, ktoré ovplyvňujú túto činnosť: ekonomické, manipulačné, časové.

Ekonomické faktory

Nedostatok materiálu – posteľnej bielizne, podložiek postihuje niekoľko zariadení, ktoré hospodária s vlastným prádlom. Nákup dostatočného množstva je neraz blokovaný a likvidácia jednorázových pomôcok finančne veľmi náročná. Pri eliminácii týchto výdavkov sa zvýši šanca na nákup kvalitného materiálu.

Manipulačné faktory

Polohovanie pacienta a kompletná úprava postele je náročná pre sestru nielen psychicky ale aj fyzicky. Nedostatok, alebo znížená kvalita materiálov spôsobuje nepohodu, ktorá sa premieta aj na klienta. Výmena niekoľkých vrstiev posteľnej bielizne (igelitový chránič matraca, plachta, gumená plachta, krížna plachta, jednorázová podložka) dá zabráť nielen personálu, ale aj klientovi.

Časové faktory

Výmena posteľného prádla a polohovanie pacienta bez pomoci zaberá 2x toľko času ako s pomocou. Mnohokrát, ale nie je možnosť si privolať pomoc. Preto je dôležité pracovať

s kvalitnými polohovacími podložkami, ktoré uľahčujú každodenný styk s pacientom, pričom sa čas venovaný jeho požiadavkám vďaka ľahkej manipulácii predĺži.

Na zníženie a elimináciu týchto faktorov ponúka spoločnosť Salesianer Miettex riešenie.

Program *DRY CARE* ponúka vysokokvalitné polohovacie podložky a chrániče matracov.

Podložky *DRY CARE* zložené z 3 vrstiev sú ideálnym riešením pri inkontinencii. Horná vrstva, ktorá sa dotýka pokožky pacienta je z príjemného jemného materiálu – bavlny. Strená vrstva zo silno savého fleecu, ktorý viaže 1,2 -1,5 l tekutín. Spodná vrstva z protišmykového materiálu, ktorý zabraňuje prieniku tekutín.

Vďaka pevnému materiálu a rôznym veľkostiam nahradzujú nielen klasické jednorázové podložky, ale aj polohovacie plachty. Sú stabilné voči vode, krvi, olejom a krémom. Manipulácia s podložkami *DRY CARE* je jednoduchá, komfort klienta je zaručený.

Chrániče matracov *DRY CARE* sú vynikajúcou náhradou jednorázových chráničov, plachiet, gumených podložiek. Ich nasadenie je jednoduché vďaka elastickým lemom. Materiál je na dotyk príjemný, klientovi zaručuje pohodu.

Salesianer Miettex *DRY CARE* program ponúka komplexný servis a premyslenú logistiku.

- ▶ Nastavenie optimálneho množstva pomôcok
- ▶ Dovozy a následný odvoz použitých kusov
- ▶ Zberné vrecia a vozíky
- ▶ Hygienické pranie
- ▶ Odborné poradenstvo

Cieľom *DRY CARE* programu je poskytovať INKO Službu na najvyššej úrovni k spokojnosti klienta aj zdravotníka. Šetrí čas, ktorý môže byť venovaný požiadavkám pacienta. Vytvára novú motiváciu pre personál aj klientov. Nevyprodukuje žiaden odpad!

Kontakt

Vargha Melanie

Salesianer Miettex s.r.o

Tel.:+421 903 711 944

e-mail: m.vargha@salesianer.sk

Recenzia

PhDr. Margita Kosturíková

MÁM ALZHEIMEROVU CHOROBU, AKO ĎALEJ?

Helena Vavrúšová

Abstrakt

Autorka v príspevku podáva krátke zhrnutie o Alzheimerovej chorobe, koho postihuje, koho sa dotýka a príčiny ochorenia. Zameriava sa na klientov znevýhodnených Alzheimerovou chorobou v snahe priblížiť úskalia tohto hendikepu a na vyburcovanie zdravej populácie, najmä zdravotníckych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb, či zdravotníckych zariadeniach k adekvátnemu prístupu k nim. Uvedomiť si, že prevencia ochorenia je vždy najdôležitejšia a tak pristupovať k chorým a aj k sebe samým.

Kľúčové slová: Alzheimerova choroba, porucha pamäti, seniori, starostlivosť, prevencia, tréning pamäti, stretnutie.

Mám Alzheimerovu chorobu, ako ďalej?

Ľudský život sa neustále predlžuje. To so sebou prináša celý rad nových skutočností. Do života spoločnosti čoraz viac zasahujú ochorenia typické pre starší vek. Patrí sem i Alzheimerova choroba - najrozšírenejšia forma senilnej demencie v krajinách Európy a USA. Postihuje okolo 5% šesťdesiatnikov, ale až 20% osemdesiatročných. Ochorenie sa priamo týka troch subjektov: chorého, jeho príbuzných a ošetrojúceho personálu.

S Alzheimerovou chorobou môže pacient žiť 15 aj 20 rokov, hoci priemer je okolo 8 rokov.

Subjekty starajúce sa o postihnutého musia počítať s ťažkosťami, ktorým budú musieť čeliť. Od zoznámenia sa s prejavmi diagnózy, cez spôsoby primeranej liečby, až po povinnosti viažuce sa so starostlivosťou o chorého. Je prirodzené, že v tejto situácii sa obracajú na kompetentné inštitúcie zdravotníckej a sociálnej starostlivosti s prosbou o všestrannú pomoc.

Výskum potvrdzuje, že zhoršenie zdravotného stavu a niektorých schopností, pokladané za prirodzený prejav staroby, v skutočnosti spôsobuje samota, izolácia, strata citových väzieb, zlý životný štýl, chybné stravovanie, ale i duševná a telesná nečinnosť.

Alzheimerova choroba

Je najčastejšia forma demencie v krajinách Európy. Ide o neurodegeneratívne ochorenie mozgu a to nenávratné poškodenie mozgových buniek a spojení medzi nimi. Klinické príznaky ochorenia sú veľmi variabilné. Prevažne však začína nenápadne, záludne a má chronicko-progresívny priebeh. Prvé príznaky sa pripisujú starnutiu, stresu alebo depresii. Starší človek sa začína povahovo meniť, prestáva sa zaujímať o svoju prácu, či koníčky.

Začína sa opakovať a môže sa ako prvá objaviť podozrievavosť. Obviňuje iných z odcudzenia vecí, ktoré nemôže nájsť.

Porucha pamäti je základným príznakom ochorenia a prejavuje sa ľahkou stratou schopnosti spomenúť si na nedávne udalosti. Tie sa neskôr zvyrazňujú a pridružia sa k nim zmeny osobnosti, apatia, strata záujmu o okolie, o iných, izolácia a pokles kognitívnych funkcií. Neraz sa nadmerne zvyraznia jeho negatívne povahové črty z minulosti.

Poruchy pamäti často sprevádza depresia z uvedomenia si neschopnosti zvládať vlastný život i odkázanosti na iných. Okrem depresie sa u postihnutého môžu objaviť aj ďalšie príznaky ako nepokoj, strach z okradnutia, pocity opustenosti, obdobia výbuchov pri rozhovore, nemotivovaného plaču, alebo násilné chovanie. Jedným z najväznejších sú poruchy spánku.

Postihnutý v noci nespí, blúdi po miestnostiach presvedčený, že je čas obeda alebo vychádzky a dožaduje sa ich.

V strednej fáze ochorenia prestáva chápať nové informácie, nezriedka sa stratí a to i v známom prostredí. Má porušenú dlhodobú pamäť, je ohrozený pádmi, žiada o pomoc pri bežných činnostiach. Sám sa však pohybuje a väčšinou i stravuje. Neskôr pristúpia skraty v chovaní i úplná časopriestorová dezorientácia.

V pokročilom štádiu Alzheimerovej choroby chorý prestáva chodiť, vykonávať bežné činnosti, je inkontinentný, krátkodobá i dlhodobá pamäť sa úplne stratia. Môže sa pridružiť mutizmus (strata komunikácie, najmä verbálnej). Zhoršuje sa prehĺtanie, zvýši sa riziko komplikácií, ako sú podvýživa, dehydratácia, infekčné ochorenia najmä zápal pľúc a preležaniny.

Alzheimerova choroba má rozličný priebeh i dobu prežívania. Postihnutí prežívajú v priemere najčastejšie od osem do desať rokov.

Viete o tom, že až 30 miliónov ľudí na celom svete trpí Alzheimerovou chorobou?

Alzheimerova choroba zbavuje človeka schopnosti: - pamätať si, - myslieť, - poznať blízkych, **postihuje 50 - 60 tisíc ľudí** na Slovensku, **dotýka sa až 150 - 200 tisíc** rodinných príslušníkov a opatrovateľov.

Zaslúžia si našu pozornosť!

Doposiaľ nevieme:

- koho z nás sa Alzheimerova choroba môže v budúcnosti priamo týkať
- toto ochorenie v súčasnosti vyliečiť,

...ale vieme, že existuje:

prevencia

- aktívna starostlivosť o svoju pamäť formou tréningu

pomoc

- psychiatrická starostlivosť
- špeciálne pobyty (denný, týždenný, celoročný...)
- starostlivosť odborníkov
- poradenstvo

Čo teda v rámci prevencie robiť?

Účinným prostriedkom zvyšovania obranyschopnosti organizmu, najmä však mozgu, je duševná a telesná činnosť. Prostredie bohaté na podnety a intenzívnu aktivitu pomáha zväčšovať mozgový objem a rozmnožiť počet spojení medzi jednotlivými bunkami, čím sa zlepšuje jeho výkonnosť.

Väčšina pozorovaní dokázala ochranný účinok aktivizujúcich podnetov na mozog. **"Používaj ho, inak oň prídeš!"** Tento výrok môže byť pre nás mottom na celý život.

Hrozba Alzheimerovej choroby a iných demencií vo vyššom veku vedie ľudí k tomu, že si kladú otázku: " Ako si uchovať dobré mentálne schopnosti až do najvyššieho veku?"

Optimistická odpoveď znie: Podobne, ako si cvičením možno uchovať telesnú kondíciu, možno sa zaslúžiť aj o duševné zdravie a sviežosť.

Činnosť mozgu môžeme porovnávať s činnosťou svalov. Ak svaly nezaťažujeme, znižuje sa ich funkčná zdatnosť. Ak nezaťažujeme psychiku, môže dochádzať k znižovaniu schopnosti koncentrácie, zvyšuje sa zábudlivosť, neschopnosť nájsť v reči správny výraz a pod. Tie je potom možné znovu získať a zlepšovať primeranou aktivizáciou a stimuláciou.

Tréning pamäti pre aktívnych seniorov je vzdelávací program komplexného charakteru zameraný na aktivizáciu rozumových schopností, cieľom ktorého je udržať si dobrú pamäť aj vo vyššom veku, dosiahnuť zdravé sebavedomie, ako aj dostatočný stupeň nezávislosti a sebestačnosti v dennom živote. Praktickými cvičeniami zameranými na pamäť sa udržiavajú a rozvíjajú rozumové dispozície seniorov, schopnosti prijímať nové vedomosti a porozumieť im, ako aj orientovať sa v zmenách.

Samotný tréning prebieha ako cyklus stretnutí - lekcií v trvaní 1,5 až 2 hodiny. Lekcie sa uskutočňujú v pravidelných intervaloch, spravidla raz týždenne v pevne stanovenom čase. Jeden cyklus pozostáva zvyčajne z 12 lekcií.

Tréningy pamäti môžeme organizovať aj pre osoby s kognitívnym postihnutím. V tomto prípade je tréning zameraný na udržiavanie existujúcej kognitívnej úrovne a nie na jej rozvoj. Tu hovoríme o kognitívnej rehabilitácii.

Cieľ tréningu pamäti aktívnych seniorov:

- presvedčiť seniorov, že úbytok pamäťových schopností je možné obmedziť, ak je pamäť primeraná a cvičená
- vytvoriť návyky a potrebu starať sa o vlastnú pamäť, pravidelne aktivizovať a cvičiť svoje mentálne schopnosti pre dobré fungovanie pamäti aj vo vyššom veku
- dosiahnuť dostatočný stupeň nezávislosti seniora v každodennom živote, zdravé sebavedomie a záujem o nové poznanie a dianie okolo neho.

Cieľové skupiny

1. zdraví, samostatne žijúci starší ľudia
2. zdraví ľudia s pasívnejším životným štýlom
3. ľudia hospitalizovaní v zdravotníckych zariadeniach alebo ktorí žijú v sociálnych zariadeniach
4. osoby ľahko dementné, schopné vzájomnej komunikácie
5. ľudia s poruchami komunikácie a kooperácie, so strednými poruchami pamäti, vaskulárna demencia, Alzheimerova choroba.

Záver

Alzheimerova choroba je "choroba storočia". Jedna z najobávanejších chorôb súčasnosti. S predlžovaním priemerného veku jej výskyt neustále rastie. Je preto pochopiteľné, že podnietila obrovský záujem vo vedeckých a odborných kruhoch.

Hoci dnes ešte neexistuje kauzálna liečba, osud postihnutého nemusí byť beznádejný. Úlohou lekára je zahájiť liečbu umožňujúcu postihnutému s rodinou znesiteľný život v rámci možností určenej diagnózy. Odborný personál tréningami pamäti pomáha udržiavať existujúcu kognitívnu úroveň seniora. Každodenná starostlivosť o pacienta je však v kompetencii rodinných príslušníkov alebo opatrovateľskej služby, nemocničnej či sociálnej starostlivosti.

Zo strany príbuzných si to žiada veľké pochopenie i trpezlivosť. V chorom treba vidieť vždy osobu hodnú úcty a človeka, o ktorého sa treba starať podľa najlepšieho vedomia a svedomia.

Keď sa spresní etiopatogenéza ochorenia, nájde sa aj účinný liek. Výsledky doterajšieho výskumu nám dávajú nádej, že to bude čoskoro.

Bibliografia

Jiráček R. a kol.: Demence a jiné poruchy paměti, Praha: GradaPublishing, spol.s r.o., 2009.

cs.wikipedia.org/wiki/Alzheimerova_choroba

Zanetti O., Trabucchi M., Boschi G., Tonini G.: Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer e le altre demenze, Bratislava: Nadácia MEMORY v spolupráci so Slovenskou Alzheimerovou spoločnosťou, 1998.

Zgola J.M.: Úspěšná péče o člověka s demencí, Praha: GradaPublishing, spol.s r.o., 2003.

Kontakt

PhDr. Helena Vavrušová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce v Bratislave

e-mail: hvavrusova@gmail.com

Recenzia

PhDr. Eva Moraučíková, PhD.

VYUŽITIE FONDOV EÚ V CENTRE POMOCI RODINE V RZESZOWIE

POZYSKIWANIE I WYKORZYSTANIE ŚRODKÓW UNIJNYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W RZESZOWIE

Władysław Piotr Wlazlak

Abstrakt

Fungovanie podpory Okresného Centra pre rodinu v Rzeszówe v posledných rokoch prinieslo hmatateľné výsledky v podobe prijatia mnohých ľudí pri zapájaní sa na trh práce. Medzi nimi sú ľudia, ktorí potrebujú rehabilitáciu, ale aj ľudia, ktorí potrebujú prekonať isté prekážky duševné a psychologické. Uvedené príklady z posledných rokov svedčia o úspechu tohto programu.

Kľúčové slová: EÚ, centrum pre rodinu, program.

1. Stan organizacyjny

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rzeszowie (PCPR) od momentu powstania organizuje pomoc społeczną w zakresie wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej dla rodzin, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych. Terytorialnie obejmuje kilkanaście miast gmin. W celu zapewnienia jak najlepszej opieki w tym zakresie po wejściu w życie nowej ustawy *O wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* w ramach reorganizacji 1 stycznia 2012 r. powołano następujące zespoły do spraw pieczy zastępczej – organizator pieczy zastępczej, świadczeń pieczy zastępczej, pomocy społecznej i przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. W strukturze organizacyjnej PCPR znajduje się Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Górnice oraz Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Ponadto dyrekcja PCPR nadzoruje domy pomocy społecznej, placówki opiekuńczo-wychowawcze.

2. Fundusze Unii Europejskiej

Europejski Fundusz Społeczny (EFS) pomimo licznych modyfikacji funkcjonuje nadal i jego głównym celem jest inwestowanie w kapitał ludzki. W odróżnieniu od niego inne fundusze strukturalne służą modernizacji infrastruktury. Głównym celem EFS jest minimalizowanie dysproporcji pomiędzy obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej (UE). W szczególności chodzi tutaj o promocję wzrostu zatrudnienia, podnoszenie kwalifikacji

zawodowych oraz walkę z wszelkimi patologiami na rynku pracy¹⁴⁹. Akty prawne UE ściśle określają misję EFS. Pierwszy z nich to Traktat Rzymski, który definiuje jego misję mającą na celu zwiększenie efektywności zatrudnienia. Istotnym przepisem jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Wspólnoty Europejskiej z 5 lipca 2006 r.¹⁵⁰ Ważnym w tej mierze jest także rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Wspólnoty Europejskiej z 6 maja 2009 r.¹⁵¹ Służyły one pomnażaniu zatrudnienia oraz zwiększaniu jakości i wydajności pracy. Działania te podejmowały państwa członkowskie, które realizując politykę spójności wygenerowały pewne konkrety. Wśród nich wzmocnienie kapitału ludzkiego, zwiększenie integracji społecznej i inne. Promowano przede wszystkim dobre zarządzanie i partnerstwo, uwzględniając konsultacje społeczne. Istotnym było stworzenie równych szans dla kobiet i mężczyzn oraz wspieranie innowacyjności¹⁵².

Na tym miejscu należy odnieść się do Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, który został przyjęty 28 września 2007 r. przez Komisję Europejską. Jest finansowany ze środków EFS i obejmuje następujące obszary: zatrudnienie, integrację społeczną, edukację, rozwój potencjału adaptacyjnego pracowników i przedsiębiorstw, budowy efektywnej administracji publicznej oraz zasady dobrego zarządzania¹⁵³. Artykuł 37 Rozporządzenia Rady Wspólnoty Europejskiej z 31 lipca 2007 r. ustanawiający przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), a także EFS oraz Funduszu Spójności określa ściśle elementy Operacyjne Kapitału Ludzkiego¹⁵⁴. Należy zaznaczyć, iż wpisuje się on w naczelny cel jakim jest poprawa jakości kapitału ludzkiego i zwiększenie spójności społecznej. Program Operacyjny Kapitał Ludzki składa się z kilku bardzo ważnych priorytetów czyli zatrudnienie i integracja społeczna, rozwój zasobów ludzkich i potencjału adopcynego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących, wysoką jakość systemu oświaty, szkolnictwo wyższe i nauka, dobre rządzenie, rynek pracy otwarty dla wszystkich, promocja integracji społecznej, regionalne kadry gospodarki, rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach a także pomoc techniczną¹⁵⁵.

¹⁴⁹ R. Poździk, *Fundusze unijne zasady finansowania projektów ze środków unijnych w Polsce w latach 2007-2013*, Lublin 2008, s. 19-20.

¹⁵⁰ Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej (DUUE) L210 z 31 VII 2006, s. 12.

¹⁵¹ DUUE L126 z 25 V 2009, s. 1.

¹⁵² R. Poździk, *Fundusze unijne...*, s. 34n.

¹⁵³ M. Jankowska, A. Sokół, A. Wicher, *Fundusze Unii Europejskiej 2007-2013. Poradnik małego i średniego przedsiębiorcy*, Warszawa 2008, s. 63.

¹⁵⁴ DUUE L210 z 31 VII 2006, s. 25.

¹⁵⁵ *Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, wersja obowiązująca od I 2013*, s. 9.

3. Program aktywizacji społecznej

Po zaprezentowaniu rodzajów funduszy europejskich istotnym jest ukazanie sposobów pozyskiwania środków unijnych. Dokonuje się to w ramach realizowanego projektu systemowego. Jednym z wymogów jest posiadanie Powiatowej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych. Ponadto beneficjent powinien zatrudniać pracownika socjalnego doradzającego osobom niepełnosprawnym. Ważnym elementem projektu jest obowiązek posiadania wkładu własnego w odpowiednio określonym stosunku procentowym¹⁵⁶. Następnie należy przygotować wniosek o dofinansowanie projektu Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, który trzeba złożyć w Wojewódzkim Urzędzie Pracy. Istnieje wymóg złożenia owego wniosku przez Aplikację Generator Wniosków Aplikacyjnych¹⁵⁷.

Wzmiankowany projekt jest realizowany w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie przez tzw. zespół projektowy, w którego skład wchodzi kilka osób. Wśród nich wyróżnia się zespół zarządzający, w którego składzie znajduje się koordynator organizacyjny, merytoryczny oraz kierownik projektu. Reszta grona zespołu projektowego to radca do spraw osób niepełnosprawnych, pracownik socjalny, administrator oraz osoba odpowiedzialna za rozliczenia. W celu właściwego sposobu realizowania projektu są organizowane spotkania członków zespołu zarządzającego mające na celu omówienie bieżących problemów. Przestrzegając zasadę konkurencyjności wykonanie materiałów promocyjnych, organizację turnusów rehabilitacyjnych, kursów zawodowych oraz innych czynności zleca się firmom wyłonionym w procedurze zamówień publicznych. Po zakwalifikowaniu się grupy osób uczestniczących w projekcie, urządzane są spotkania mające na celu zaprezentowanie form wsparcia. Wszystko to dokonuje się na kanwie uzyskanych wcześniej doświadczeń¹⁵⁸.

Dzięki realizacji projektu systemowego udało się uczestnikom projektu podnieść kwalifikacje zawodowe, osiąść umiejętność autoprezentacji, komunikacji, koordynacji pracy zespołowej, zwiększyć poczucie własnej wartości, podnieść poziom wiedzy w zakresie praw oraz aktywności społecznej. Należy jednak podkreślić, iż nie wszystko udało się zrealizować, gdyż dostrzeżono pewne mankamenty. Do nich należy zaliczyć ograniczenia zapisu cyfrowego, czyli tzw. Generator Wniosków Aplikacyjnych. Innym mankamentem są długie terminy ocen merytorycznych, a gdy już pojawiają się pewne sugestie to trudno się do nich odnieść z powodu braku podstaw prawnych w dokumentach programowych. Nadto należy zaznaczyć,

¹⁵⁶ *Wytyczne instytucji pośredniczącej w zakresie konstruowania wniosków na realizację projektów systemowych w latach 2013-2015*, Wojewódzki Urząd Pracy w Rzeszowie 2012, s. 4-5.

¹⁵⁷ *Instrukcja wypełniania wniosku o dofinansowanie projektu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*, Warszawa 2013, s. 3.

¹⁵⁸ *Tamże*, s. 11.

iz często zmieniające się przepisy niekorzystnie wpływają na realizację dotacji unijnych. Pewne sugestie w tej mierze dotyczą problemów rekrutacji dostatecznej ilości osób uczestniczących w projekcie. A jeżeli są już zakwalifikowani to często się zdarza, iż w jego trakcie dochodzi do ich rezygnacji.

4. Wykorzystanie środków unijnych

Celem realizacji projektu systemowego podejmuje się konkretne działania, które powinny zaktywizować na rynku pracy środowisko osób wykluczonych. W ramach projektu aktywna integracja objęto wsparciem osoby niepełnosprawne jak wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych z terenu powiatu rzeszowskiego. Zrealizowano przede wszystkim kontrakty socjalne z osobami niepełnosprawnymi oraz program usamodzielniania wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych¹⁵⁹. Istotną formą wsparcia projektu systemowego jest uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym dla osób niewidomych i niedowidzących, w którym uczestniczyli nadto ich opiekunowie. Wielu uczestników terapii wzięło udział w ćwiczeniach psychoruchowych w znaczny sposób poprawiających ich kondycję społeczno-zawodową¹⁶⁰.

Ważnym elementem w ramach projektu była organizacja kursów zawodowych m.in. kadry i płace, księgowość w małych i średnich przedsiębiorstwach, opiekun osób starszych i dzieci, operator wózków jezdniowych z napędem silnikowym, fakturowanie, obsługa kasy fiskalnej oraz obsługa klienta. Uczestnicy mieli zapewnioną opiekę doradcy zawodowego i psychologa. Efekty przeprowadzonego projektu były zadawalające i przyniosły wzrost zaradności osobistej, podniesienie poziomu samooceny w grupie oraz zdobycie nowych kwalifikacji¹⁶¹. Znaczący procent osób uczestniczących w owym projekcie to kobiety. Powyższe działania skupiały się na nabyciu umiejętności aktywnego poszukiwania pracy oraz zmobilizowania dostatecznych relacji międzyludzkich. Uczestnicy projektu systemowego korzystali z grup wsparcia. Problematyka spotkań obejmowała ćwiczenia mające na celu podniesienie poziomu samooceny, budowanie pozytywnego wizerunku, skupienie się na przezwyciężaniu stresu¹⁶².

W kolejnych latach w analogiczny sposób realizowano projekt systemowy, w którym wzięło udział kilkadziesiąt osób. Warto zaznaczyć, iż zorganizowano kursy z zakresu bukiciarstwa, kadr, kas fiskalnych, fakturowania, komputerowe, operatorów wózka widłowego, opiekuna osób starszych, prowadzenia małej gastronomii oraz prowadzenia działalności gospodarczej.

¹⁵⁹ *Ewolucja projektu systemowego za 2008 r.*, s. 1.

¹⁶⁰ *Tamże*, s. 2.

¹⁶¹ *Tamże*, s. 2.

¹⁶² *Wniosek o dofinansowanie projektu Program Operacyjny Kapitał Ludzki na rok 2009*, s. 5.

W sposób zadawalający oceniono wyniki prowadzonych kursów, o czym świadczyły deklaracji absolwentów¹⁶³. W następnym roku zakres prowadzonych zajęć obejmował problem osobowości, umiejętności personalnych, asertywności, stresu oraz aktywności w poszukiwaniu pracy. Uczestniczący w zajęciach odnieśli się bardzo pozytywnie do merytorycznego przygotowania osób prowadzących¹⁶⁴.

5. Zakończenie

Podsumowując należy podkreślić, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rzeszowie realizuje swoje cele w dużej mierze dzięki wsparciu funduszy unijnych. Ich pozyskiwanie stanowi wielkie wyzwanie dla instytucji samorządowych, które zaangażowały do tego cele nie tylko środki ale także wykwalifikowane osoby. Ów potencjał dobrze służy sprawie pomocy osobom mającym problem właściwego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym. Większość z nich nie z własnej winy jest pozbawionych dostępu do rynku pracy jak pełnej mobilności na nim. Przygotowane wsparcie odnosi pożądany skutek, jednak występują pewne mankamenty w tej mierze, które wymagają doprecyzowania aktów prawnych oraz doprecyzowania organizacyjnego.

Kontakt

Prof. UR dr hab. Władysław Wlazlak

UR, Rzeszów

Recenzia

Ks.dr Robert Necek.

¹⁶³ *Ewolucja kursów zawodowych w 2010 r.*, s. 10.

¹⁶⁴ *Ewolucja treningu kompetencji i umiejętności społecznych 2011 r.*, s. 1n.

FORMY SLUŽIEB REALIZOVANÝCH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV

FORMY USŁUG REALIZOWANE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB STARSZYCH

Ewelina Zdebska

Abstrakt

Sociálna starostlivosť je organizačnou zložkou sociálnej pomoci, ktorá poskytuje požadované štandardné sociálne služby pre ľudí, ktorí potrebujú nepretržitú starostlivosť z dôvodu veku, choroby alebo postihnutia: bývanie, starostlivosť, podporu, vzdelávanie vo forme a rozsahu stanovenom individuálnym potrebám. Sociálna starostlivosť sa poskytuje nezávisle od zdravotnej starostlivosti. Domovy pre seniorov plnie vedľa hlavnej úlohy (uspokojovanie životných potrieb, sociálna ochrana, starostlivosť, podpora) plniť aj veľkú úlohu pre organizovanie voľného času seniorov, rozvíjať ich záujem a talent. Realizujú ergoterapiu, kultúrne - vzdelávanie, rekreačné aktivity, rôzne a iné formy aktivizácie.

Kľúčové slová: starostlivosť, seniori, sociálna práca, sociálna pomoc, služby.

Wstęp

*„Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku,
tak i starość może być najpiękniejszym okresem życia,
w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia,
a to, co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła.*

*Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne,
i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może.”*

Antoni Kępiński (1918-1972), Rytm życia, Kraków 1978

Obecnie starość coraz częściej jest postrzegana nie jako okres stagnacji i biernego oczekiwania na śmierć, lecz jako faza życia, w której człowiek ma do wypełnienia wiele różnorodnych zadań, ułatwiających mu adaptację do nowych warunków życia, wzbogacających jego osobowość i nadających sens jego dalszej egzystencji. Stanowi ona dla jednostki kolejne życiowe wyzwanie, któremu musi sprostać, pomimo pogarszającego się wraz z wiekiem stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej. W świadomości społecznej

coraz bardziej utrwala się przekonanie, że kreowanie własnej starości w dużym stopniu zależy od nas samych¹⁶⁵.

Praca z człowiekiem starszym wymaga od współczesnych kadr systemu pomocy społecznej profesjonalnego przygotowania, posiadania umiejętności komunikacji z seniorem, aktywności i kreatywności, motywacji nastawionej na osiągnięcie wyznaczonych celów, zrozumienia oraz szerokiego spojrzenia na sytuację człowieka starszego. „Pracownik socjalny jest zawodem, w którym należy wykazać się interdyscyplinarną wiedzą, umiejętnościami, a do tego wszelkie działania należy wykonywać zgodnie z prawem i poszanowaniem podstawowych wartości moralnych. W naturę tego zawodu wpisany jest rozwój, zmiana i permanentne uczenie się. Jest to bowiem zawód, którego przedmiot działania stanowi człowiek i jego problemy, zawód którego celem jest ciągle dążenie do dobrostanu i zadowolenia klienta”¹⁶⁶

Proces starzenia się jest procesem powszechnym, nieuniknionym i nieodwracalnym w cyklu rozwojowym człowieka. Wywołany został zmniejszającą się dietnością oraz spadkiem umieralności prowadzącej do wydłużenia przeciętnego trwania życia. Podstawowym założeniem systemu wsparcia osób starszych i niepełnosprawnych jest umożliwienie jak najpełniejszego i najdłuższego funkcjonowania osób starszych i niepełnosprawnych w środowisku rodzinnym, sąsiedzkim, w miejscu zamieszkania. Podejmowane jest wiele inicjatyw na rzecz osób starszych, które kierują się i wpisują się w cele strategiczne zarówno dokumentów regionalnych, jak i krajowych i europejskich. Wszelkie podejmowane działania zabezpieczają przede wszystkim potrzeby bytowe, opiekuńcze, terapeutyczne, wspierające osób starszych, ale równie istotne dla miasta jest zapewnienie potrzeb edukacyjnych, kulturalnych, społecznych, sportowych oraz integracyjnych. „Starość wiąże się również z umiejętnością przyjęcia postawy pokory wobec zależności od innych. To również czas pogodzenia się z ograniczeniami fizycznymi i okazania większego zainteresowania kontaktami społecznymi. Poważnym zadaniem jest utrzymywanie kontroli nad sprawnością umysłową. Realizacja powyższych zadań wiąże się z koniecznością zapewnienia optymalnych fizycznych warunków życia”¹⁶⁷

Dom pomocy społecznej

Zapotrzebowanie na profesjonalne usługi na rzecz osób starszych wciąż rośnie. Starzejąca się Europa, starzejąca się Polska to sygnał w wyznaczaniu kierunków polityki społecznej państw.

¹⁶⁵ A. Nowicka, Wybrane problemy osób starszych, Kraków 2010, s. 11

¹⁶⁶ R. Spyryka-Chlipała, *Pracownik socjalny - zawód interdyscyplinarny*, w: „Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae”, 2012(3), s. 121, ISSN 1336-2232.

¹⁶⁷ E. Kucharska, *Prawidłowe starzenie się jako czynnik pogodnej starości*, w: *Starość może być atrakcyjna*, red., N. Piłkuła, Wyd. scriptum, Kraków 2012, s. 128, ISBN 978-83-60163-92-4.

Aktywizacji osób starszych, komunikacji, reintegracji, zaspokajaniu potrzeb sprzyjają instytucje i placówki, które funkcjonują w najbliższej okolicy seniorów. Stosowane tam metody pracy z seniorami zapobiegają bierności, wykluczeniu i marginalizacji osób starszych. Stają się okazją do nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych, integracji społecznej, przeciwdziałaniu samotności i osamotnieniu czy umożliwianiu rozwijania osobowości i zainteresowań seniorów. Często dla człowieka starszego są jedyną formą oderwania się od rzeczywistości – często smutnej i szarej – dnia codziennego. Jak zauważa J. Matejek „od pewnego czasu obserwujemy w naszym społeczeństwie wciąż wzrastającą liczbę osób starszych. Proces ten wymaga zarówno działań związanych z rozwojem infrastruktury dostosowanej do możliwości i potrzeb starszego człowieka, a także tworzenia instytucji wspierających takie osoby. (...) Wsparcie udzielane w takich okolicznościach może mieć charakter instytucjonalny który tworzą między innymi domy pomocy społecznej(...)”¹⁶⁸. Formy opieki stacjonarnej oferują kompleksowy i profesjonalny zakres usług specjalnie przygotowany i skorygowany pod kątem potrzeb osób starszych, niepełnosprawnych czy też chorych somatycznie.

Dom pomocy społecznej jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej. Jest instytucją świadczącą na poziomie obowiązującego standardu, osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb. Dom pomocy społecznej ma charakter stacjonarny, całodobowy, samodzielny i odpłatny.

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej: Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej¹⁶⁹.

Prawidłowo, a zarazem dobrze funkcjonujący dom pomocy społecznej ma do spełnienia misję, która określa cele, wyznacza kierunki działania, rozbudza ambicje oraz często stanowi funkcję „motoru napędowego”.

Misja DPS ma szanse spełnienia, jeśli sprosta oczekiwaniom: mieszkańców, pracowników, podatników, organizacji nadrzędnych i kooperujących¹⁷⁰.

¹⁶⁸ J. Matejek, *Działania na rzecz rodziny w zadaniach Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie*, [w:] *Rodzina w środowisku lokalnym, Pomoc – wsparcie – opieka*. Rzeszów 2011, s. 310

¹⁶⁹ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r., artykuł 54, ust. 1.

¹⁷⁰ Z. Tarkowski, *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej*, Wyd. Fundacji Orator, Lublin 1998, s. 26.

Osoby zamieszkujące w domu pomocy społecznej mają możliwość korzystania z usług oferowanych przez dom. Formy tych usług ustala się uwzględniając indywidualne potrzeby i możliwości mieszkańców w każdym z sześciu profili domów pomocy społecznej. Istotę stanowi tu również zakres i poziom tych usług, który powinien uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców.

Każdy dom pomocy społecznej funkcjonuje w oparciu o przepisy prawne w trosce o dbałość o godność człowieka oraz najwyższą jakość oferowanych usług. Do podstawowych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie dps należy zaliczyć Ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2005 r. Nr 217, poz. 1837) oraz Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz. U. Nr 61, poz. 543). W każdym domu pomocy społecznej funkcjonują również przepisy wewnętrzne regulujące funkcjonowanie domu pomocy społecznej. W zależności o typu domu, potrzeb czy specyfiki powinien to być statut oraz różnego rodzaju regulaminy i procedury.

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej¹⁷¹: domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się głównie na następujące typy domów, dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie.

Formy usług realizowane w domu pomocy społecznej dla osób starszych

Podstawowym zadaniem w opiece nad osobami w wieku senioralnym w dzisiejszym świecie jest utrzymywanie ich jak najdłużej w środowisku swojego zamieszkania z utrzymaniem wszelkich więzi, relacji i kontaktów społecznych. Dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku stanowią alternatywną formę opieki i wsparcia zwłaszcza dla osób samotnych, nie wymagających wzmożonej opieki medycznej¹⁷². Świadczą usługi wynikające z określonych standardów.

¹⁷¹ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r., art. 56.

¹⁷² Dla tych osób opieka świadczona jest przez Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze, oddziały geriatryczne czy nawet hospicyjne.

Czasy, gdy o domach opieki mówiono „umieralnie”, „przytułki” odeszły na szczęście w niebyt. Coraz więcej osób świadomie podejmuje decyzję o dożywotniej rezydenturze w tego typu placówkach. Uzasadniają to niemożnością samodzielnego funkcjonowania w środowisku, wiedzą, że zmiany w tym obszarze opieki poszły w dobrym kierunku. Powoli stereotyp społeczny związany z tą sferą pomocy się zmienia, społeczeństwo przekonuje się, że takie ośrodki to dobra alternatywa dla pomyślnej starości. Domy pomocy dla swych mieszkańców spełniają funkcję domu, muszą więc działać na najwyższym z możliwych do osiągnięcia poziomów¹⁷³.

Demograficzne starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby osób niesamodzielnych, sytuacja na rynku pracy (migracje ludności, ograniczenie możliwości wywiązywania się przez rodzinę z jej funkcji opiekuńczych), zmiany wielkości i składu gospodarstw domowych skutkują ograniczeniem możliwości sprawowania pielęgnacji nad osobami starszymi w ramach rodziny i gospodarstwa domowego¹⁷⁴. Potwierdza to fakt, iż funkcjonowanie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku ma istotne znaczenie w organizacji systemu opieki i wsparcia seniorów.

Domy dla osób w podeszłym wieku obok podstawowych zadań jakie mają do spełnienia (zabezpieczenie potrzeb bytowych, opiekuńczych, wspomagających) dużą rolę przywiązują do organizacji czasu wolnego osób starszych oraz rozwoju ich zainteresowań i talentów poprzez udział w terapii zajęciowej, zajęciach kulturalno – oświatowych, turystyczno – rekreacyjnych, licznych konkursach, przeglądach i wernisażach oraz pozostałych formach w zależności od potrzeb.

Ludzie starsi wymagają szczególnego wsparcia i opieki, zatem z tego powodu przed polityką społeczną stoją ważne wyzwania. Podeszły wiek może być bowiem przyczyną marginalizacji społecznej, może przynieść wiele cierpień choćby z powodu zaniedbań ze strony rodziny, ale też i społeczeństwa. Pozycja społeczna osób w starszym wieku, jak to określa się w literaturze przedmiotu, niejednokrotnie zależy od stereotypu starości funkcjonującego w danym środowisku społeczno – kulturowym¹⁷⁵.

Domy pomocy społecznej powinny ustawicznie poszerzać zakres świadczonych usług na rzecz osób starszych. Na taką konieczność wskazuje fakt, iż usługi dla mieszkańców są świadczone w sposób całodobowy i bezterminowy, jest to po prostu dla nich „dom”,

¹⁷³ Z. Szarota, Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia, Kraków 2010s. 324.

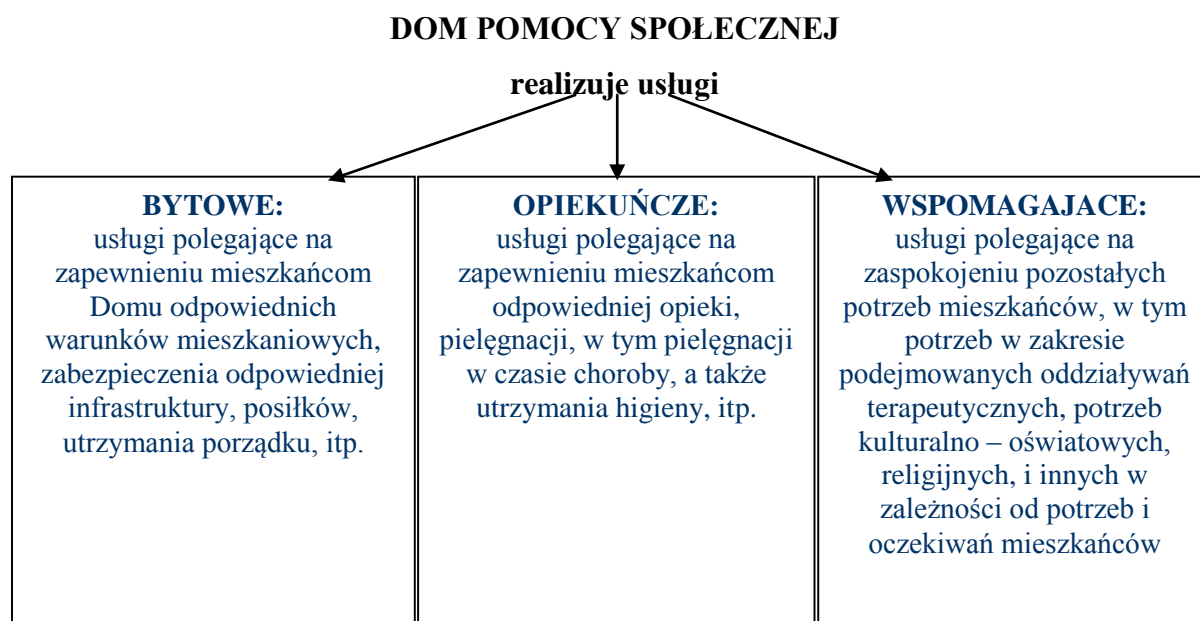
¹⁷⁴ P. Błędowski, Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje zmian, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7, s. 9.

¹⁷⁵ N. Pikula, Polityka społeczna względem seniorów, [w:] Pedagog i pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności, A. Błasiak, E. Dybowska, N. Pikula (red.), Wydawnictwo WAM, Kraków 2012, s. 247.

a personel często zastępuje rodzinę. Nie dla wszystkich osób przebywanie w domu pomocy społecznej jest świadomym wyborem, często umieszczenie tam jest końcowym etapem dramatu, a spora część osób ma poczucie krzywdy, osamotnienia i odrzucenia przez bliskich. Dlatego tak istotne jest budowanie w domu pomocy społecznej więzi międzyludzkich, sympatii, przyjaźni i otwartości. Dlatego wszelkie, ciekawe inicjatywy należy traktować jako bardzo cenne, czasami godne naśladowania w innych domach pomocy społecznej¹⁷⁶.

Na rysunku zaprezentowano podstawowy zakres usług realizowany przez dom pomocy społecznej: usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające.

Rysunek: Usługi realizowane przez domy pomocy społecznej



Źródło: opracowanie własne

Zgodnie z Rozporządzeniem¹⁷⁷ dom pomocy społecznej niezależnie od typu świadczy usługi:

- 1) w zakresie potrzeb **bytowych**, zapewniając: a) miejsce zamieszkania, b) wyżywienie, c) odzież i obuwie, d) utrzymanie czystości;
- 2) **opiekuńcze**, polegające na: a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, b) pielęgnacji, c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- 3) **wspomagające**, polegające na: a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu, e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z

¹⁷⁶ G. Skórka, Prawne aspekty funkcjonowania domów pomocy społecznej, „Praca Socjalna” 2008, nr 5, s. 66.

¹⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 31 października 2005 r.), § 5. 1.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

rodziną i społecznością lokalną, f) działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości, g) pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, w przypadku osób spełniających warunki do takiego usamodzielnienia, h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30 % zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej "ustawą", j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz dostępności do informacji o tych prawach dla mieszkańców domu, k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu.

Ponadto dom dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, poza usługami, o których mowa powyżej, w zakresie potrzeb edukacyjnych zapewnia:

- 1) pobieranie nauki;
- 2) uczestnictwo w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych;
- 3) uczenie i wychowanie przez doświadczenia życiowe.

Szczególne znaczenia nabierają te wszystkie usługi w kontakcie z osobą starszą. Analizując bardziej szczegółowo usługi realizowane przez domy pomocy społecznej dla osób starszych można z uwzględnieniem specyfiki tych instytucji dookreślić zakres ich realizowania.

W zakresie usług bytowych dom zapewnia:

- miejsce zamieszkania, wyposażone w niezbędne sprzęty takie jak : tapczan lub łóżko, szafy, komódki, stoły, krzesła.
- wyżywienie z zachowaniem obowiązujących zasad racjonalnego i dietetycznego żywienia – według zaleceń lekarskich,
- odzież osobistą i obuwie dostosowane do potrzeb mieszkańców,
- środki czystości,
- utrzymanie czystości pomieszczeń, bielizny pościelowej oraz środki do utrzymania higieny osobistej oraz odzież,
- usługi pralnicze oraz naprawę uszkodzonej odzieży,
- przewóz osób niepełnosprawnych

W zakresie usług opiekuńczych dom zapewnia:

- udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych (np. ubieranie, karmienie)

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

- porządkowaniu rzeczy osobistych mieszkańców,
- pomocy w poruszaniu się, spacer z mieszkańcami, opieka i towarzyszenie w trakcie wyjść do sklepu, lekarza,
- pielęgnacji w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych/przysługującym mieszkańcom na podstawie odrębnych przepisów/,
- opiece higienicznej,
- niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych,
- utrzymywaniu kontaktów z otoczeniem.

W zakresie usług wspomagających dom zapewnia:

- przyjmowanie nowo przybyłych mieszkańców, otoczenia ich szczególną troską w początkowym okresie pobytu, ułatwienie procesu adaptacyjnego,
- ułatwienie i umożliwienie kontaktu ze współmieszkańcami,
- załatwianie formalności związanych z przyjęciem do Domu nowego mieszkańca
- pomoc w uzyskiwaniu sprzętu medycznego i ortopedycznego,
- towarzyszenie mieszkańcowi podczas wizyty kontrolnej u lekarza- specjalisty i w każdej sytuacji wymagającej pomocy ze strony pracownika socjalnego z uwagi na niepełnosprawność czy zły stan zdrowia mieszkańca,
- pomoc w dokonywaniu zakupów/odzieży, produktów spożywczych i innych raz w tygodniu,
- umożliwienie udziału w różnych formach terapii zajęciowej (grupowej i indywidualnej),
- organizację czasu wolnego,
- umożliwienie zaspokojenia potrzeb kulturalnych i oświatowych (np. możliwość korzystania z biblioteki oraz prasy codziennej, udział w imprezach kulturalnych i towarzyskich),
- zapewnienie warunków do samorządności,
- utrzymywanie i rozwijanie kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- realizacja potrzeb religijnych (np. możliwość kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych zgodnie z wyznaniem),
- zapoznavanie mieszkańców z ich uprawnieniami i obowiązkami,
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,
- aktywizowanie mieszkańców do udziału w różnych dziedzinach życia,
- zapewnienie przestrzegania praw mieszkańców oraz godnego ich traktowania,
- towarzyszenie w chwilach trudnych dla mieszkańca, wsparcie emocjonalne.

W zakresie usług edukacyjnych dom zapewnia:

- organizacja pogadanek,
- organizacja imprez kulturalnych,
- wycieczki, spacerzy, wyjazdy do kina i teatru,
- wieczorki taneczne, spotkania muzyczno-poetyckie, ogniska,
- organizacja świąt, uroczystości okazjonalnych np. Zabawa Karnawałowa, Andrzejki, Sylwester
- umożliwienie udziału w imprezach kulturalnych i turystycznych,
- spotkania edukacyjne np. kurs komputerowy, kurs hafciarstwa
- organizacja quizów, konkursów.

W zakresie usług specjalistycznych dom oferuje:

- opiekę psychologiczną,
- zajęcia terapeutyczne,
- opiekę pielęgniarską,
- opiekę lekarską,
- opiekę fizjoterapeutyczną.

Podsumowanie

Warto jeszcze wspomnieć, iż istotnym celem domu pomocy społecznej jest zlikwidowanie anonimowości i osamotnienia mieszkańca oraz zapobieganie „zjawisku widza”, które polega na tym, że im więcej osób obserwuje jakieś wydarzenie wymagające pomocy, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo jej udzielenia. Wynika to z faktu, że każdy ma nadzieję, że zareaguje ktoś inny.

Całość tych działań sprowadza się do tego, aby mieszkaniec odnalazł swoje miejsce w domu pomocy społecznej. Chodzi o to, by realizował w nim swoje plany i marzenia, rozwijał osobowość, utrzymywał sprawność bio-psychofizyczną, a także nawiązywał nowe kontakty społeczne i podtrzymywał dotychczasowe oraz aktywnie włączał się do różnych dziedzin życia społecznego.

Zadaniem domów pomocy społecznej dla osób starszych jest zapewnienie mieszkańcom Domu stałej opieki oraz zaspokajanie niezbędnych potrzeb bytowych, opiekuńczych, społecznych i religijnych w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb, na poziomie obowiązującego standardu. Zespół terapeutyczno-opiekuńczy odgrywa tu szczególną rolę, zwłaszcza patrząc na bezpośrednie relacje z mieszkańcem i realizację swoich funkcji. Nie bez znaczenia dla instytucji domów pomocy społecznej dla osób starszych są współczesne czasy, które to zaowocowały w poprawę bazy lokalowej tych instytucji,

wyposażenia, lepszej organizacji pracy. Personel jest lepiej wykształcony i przygotowany do pracy z mieszkańcem. Wykorzystuje w codziennej pracy różnorodne metody i techniki, dba o proces aktywizacji mieszkańca oraz jego integracji ze społeczeństwem.

Bibliografia

Błędowski P., *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje zmian*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7

Kucharska E., *Prawidłowe starzenie się jako czynnik pogodnej starości*, w: *Starość może być atrakcyjna*, red., N. Piкуła, Wyd. scriptum, Kraków 2012, s. 128, ISBN 978-83-60163-92-4.

Matejek J., *Działania na rzecz rodziny w zadaniach Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie*, w: *Rodzina w środowisku lokalny, Pomoc – wsparcie – opieka*. Rzeszów 2011, ISBN 978-83-920214-1-X

Nowicka A., *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków 2010, ISBN 978-83-7587-370-2

Pikuła N., *Polityka społeczna względem seniorów*, w: *Pedagog i pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, A. Błasiak, E. Dybowska, N. Piкуła (red.), Wydawnictwo WAM, Kraków 2012

Skórka G., *Prawne aspekty funkcjonowania domów pomocy społecznej*, „Praca Socjalna” 2008, nr 5

Spyrka-Chlipała R., *Pracownik socjalny - zawód interdyscyplinarny*, w: „Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae”, 2012(3), ISSN 1336-2232.

Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Kraków 2010, ISBN 978-83-7271-575-3

Tarkowski Z., *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej*, Wyd. Fundacji Orator, Lublin 1998, ISBN 83-901444-6-8

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (tekst jednolity Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 31 października 2005 r.)

Kontakt

Ewelina Zdebska

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie,

Instytut Nauk o Wychowaniu, Katedra Pracy Socjalnej

e-mail: ewelina.zdebska@op.pl

Recenzia

dr n. med Ewa Kucharska

VARIA

KONCEPT CHUDOBY A DEPRIVÁCIE V SOCIÁLNOU UČENÍ

BISKUPA JÁNA CHRAPEKA

POJĘCIE UBÓSTWA I BIEDY W NAUCZANIU SPOŁECZNYM BISKUPA

JANA CHRAPKA

Małgorzata Janiec

Abstrakt

Pojem chudoba má veľa významov, preto je nevyhnutné definovať dve základné dimenzie - materiálne a duchovné. Chudoba je definovaná nielen ako tradičné poňatie hmotné - ekonomický, ale aj ako: sociálne, politické, kultúrne a morálne hodnoty. Chudoba niečo významne ovplyvňuje rôzne roviny ľudského života, ľudskej existencie, týka sa aj duchovného rozmeru a dôstojnosti.

Kľúčové slová: chudoba, dôstojnosť, hodnoty.

Wstep

Ubóstwo materialne posiada wymiar najbardziej zewnętrzny i najwyraźniej widoczny. Dotyka pojedynczych osób i całych rodzin. Oznacza ono trwały niedostatek środków materialnych koniecznych do zaspokojenia potrzeb życiowych, a więc brak określonych komponentów, które zapewniałyby danej osobie życie godne człowieka.

Proces ten dotyka w równej mierze społeczności jako grupy, czy państwa w zakresie na przykład gospodarczej suwerenności, jak i poszczególnych ludzi. Zatem każda forma ubóstwa ma ostateczne odniesienie do człowieka. Jan Paweł II napisał, że: *ubóstwo materialne, które w życiu wielu naszych braci graniczy z nędzą, jest skandalem*¹⁷⁸. Papież ukazał tym samym, że przejawem ubóstwa jest wiele bolesnych zjawisk: niedostatek środków utrzymania, koniecznej opieki zdrowotnej, brak domu lub nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, co prowadzić może do zepsucia moralnego, zepchnięcia najsłabszych na margines społeczeństwa i pozbawienie bezrobotnych udziału w systemie produkcji, a także samotność ludzi, nie mogących liczyć na nikogo. Wspominał o sytuacji tych, którzy muszą opuszczać własne kraje lub cierpieć na skutek wojny i jej skomplikowanych konsekwencji. Wskazał również na nierówności w systemie rozdziału wynagrodzeń; brak rodziny narkomanię czy przemoc.

178 JAN PAWEŁ II, *Orędzie na Wielki Post 1998 r.*, [w:] (Internet, 22.11.09 r.), http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/oredzie_wpost1998.html.

Podział na bogatych i biednych wywołuje wciąż rosnące dysproporcje społeczne, a więc nie tylko biedę, czy wręcz nędzę w sensie materialnym, lecz również przejawy krańcowego egoizmu i wystawnego bogactwa, które budzić może słuszne zgorszenie w obliczu biedy i głodu innych¹⁷⁹.

Uważa się, że przyczyna ubóstwa materialnego nie leży wyłącznie w czynnikach zewnętrznych, lecz również w cechach i zachowaniach ludzi, które uniemożliwiają im osiągnięcie sukcesu we współzawodnictwie ekonomicznym. Można tu wskazać na: niechęć do ciężkiej pracy, niedostateczne wykształcenie, brak kwalifikacji zawodowych poszukiwanych na rynku pracy, patologie życia rodzinnego, ułomności fizyczne, a w rezultacie – pozostawanie bez pracy. Cechy te mogą być powodowane przez: zróżnicowanie płac w zależności od zawodu, czy miejsca zatrudnienia, nieuporządkowany system świadczeń, dotacji i zasiłków w państwie, czy też złą regulację cen¹⁸⁰.

Jak zauważył biskup Jan Chrapek Polska jest wciąż krajem ubogim. Ten wniosek wynika z badania różnych czynników: poziomu dochodu narodowego, stopnia zadłużenia zagranicznego i wewnętrznego, poziomu inflacji i bezrobocia, wydolności i niewydolności poszczególnych struktur życia publicznego takich jak: władze państwowe i samorządowe, czy stan bezpieczeństwa państwa i społeczeństwa. Na dowód ubóstwa w Polsce biskup Chrapek wskazał, że nie istnieje jak do tej pory realny kapitał rodzimego pochodzenia, na tyle stabilny by mógł kształtować polską gospodarkę niezależnie od wpływów zagranicznych inwestycji. Nie do końca można też mówić o upowszechnieniu własności prywatnej – nadal jest to bardziej postulat niż fakt, a ludziom ciągle towarzyszy niepewność zarobku czy miejsca pracy¹⁸¹. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, wskazać można na podobne czynniki potęgujące biedę. Są to: rosnąca przepaść między bogatymi a biednymi, przestrzenne segregacje, zjawisko utrwalonego ubóstwa w wydzielonych przestrzennie enklawach, koncentracja ubóstwa i innych negatywnych zjawisk w pewnych miejscach i regionach, a także związek ubóstwa z bezrobociem i niskim poziomem wykształcenia¹⁸².

W walce z ubóstwem materialnym biskup Chrapek z jednej strony apelował o odpowiedzialną przedsiębiorczość w sytuacji kiedy odczuwalna jest nierówność społeczna, rozczarowanie, zniechęcenie i apatia rodząca się w wyniku doświadczanego ubóstwa; z

179 Por. SRS 14.

180 Por. J. AULEYTNER, K. GŁĄBICKA, *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, wyd. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Warszawa 2000, s. 239.

181 Por. J. CHRAPEK, *Tylko miłość się liczy*, dz. cyt., s. 32-33.

182 Por. E. TARKOWSKA, *Oblicza polskiej biedy*, [w:] (Internet, 12.04.10 r.), http://www.atd.org.pl/IMG/pdf/Analizy_Laboratorium_Wiezi_nr_2_2009.pdf.

drugiej – zachęca tych, których sytuacja finansowa i bytowa pozwala na normalne funkcjonowanie, aby pielęgnowali w sobie wrażliwość na potrzeby innych. Chodzi tu nie tylko o wrażliwość sumienia czy empatię, ale konkretne działania pozwalające podejmować właściwe inicjatywy dla rozwiązywania problemu biedy¹⁸³. Nawołuje do solidarności z ubogimi, która oznacza konieczność dźwigania cierpień, obowiązków i zadań nie w samotności, ani też jeden przeciw drugim, ale razem, we wspólnocie i wzajemnej trosce¹⁸⁴.

Ubóstwo duchowe

Drugim podstawowym wymiarem ubóstwa jest ubóstwo duchowe. Badania socjologiczne jednoznacznie wskazują, że bieda nie polega wyłącznie na braku odpowiednich środków materialnych, ale jest też efektem stanu ducha. Dlatego też trudno ograniczyć jej rozmiary tylko poprzez politykę socjalną czy zwiększenie zasiłków. Formy ubóstwa duchowego dotyczą środowisk i ludzi materialnie zasobnych. Takim jednostkom zagraża rozpacz płynąca z poczucia bezsensu życia, niebezpieczeństwo narkomanii, opuszczenie w starości i chorobie czy degradacja społeczna. Ubóstwo w sensie duchowym oznacza niezaspokojenie potrzeb psychicznych, duchowych i intelektualnych, ucisk, ograniczenie lub nawet całkowite pozbawienie. Mówiąc o ubóstwie duchowym biskup Jan Chrapek powtórzył za Janem Pawłem II, że polega ono na braku rozwoju duchowego i odpowiedzi na najważniejsze pytania, nadziei na przyszłość. Ten stan z kolei może prowadzić do bardzo dotkliwych cierpień, a nawet do poczucia, że życie jest pozbawione sensu. Ta forma nędzy występuje zwłaszcza w środowiskach, gdzie człowiek żyje w dobrobycie, może zaspokoić swoje potrzeby materialne, lecz pozbawiony jest drogowskazów duchowych¹⁸⁵.

Problem ubóstwa duchowego dowodzi, że niedostatek nie jest tylko czymś zewnętrznym w stosunku do człowieka. Pytanie o potrzeby materialne zawsze jest równocześnie pytaniem o jego wnętrze i osobiste odczucia. Nędza duchowa oznacza brak wartości wyższych, ten stan z kolei przyczynia się do utraty sensu i celu życia, niszczy twórczą podmiotowość człowieka, powoduje dehumanizację i moralną dekadencję. Niezaspokojone potrzeby biologiczne i psychiczne zawsze rodzą brak potrzeb wyższego rzędu, na przykład samorealizacji. Najbardziej dotkliwe jest to w przypadku dzieci. Zaczynają one bowiem szukać własnej tożsamości poza domem, męczy je poczucie wstydu, odrzucenia, niekiedy towarzyszą temu

183 Por. J. CHRAPEK, *Tylko miłość się liczy*, dz. cyt., s. 18.

184 Por. Tenże, *Troska drugim imieniem miłości*, dz. cyt., s. 13.

185 JAN PAWEŁ II *Orędzie na Wielki Post 1998*, [w:] (Internet, 22. 11. 09 r.),

http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/oredzie_wpost1998.html;

J. CHRAPEK, *Rozważania*, red. M. Wąsik, wyd. Wyższa Szkoła Biznesu, Radom 2007, s. 14-15.

stanowi zachowania agresywne¹⁸⁶. Na tę formę ubóstwa trzeba odpowiedzieć głoszeniem Ewangelii jako źródła autentycznego życia i miłości, za którą tęskni człowiek ubogi duchowo. Z ubóstwem duchowym bardzo często wiąże się ściśle problem ubóstwa moralnego. W przypadku zachwianej hierarchii wartości, czy próby życia bez Boga, rozwój moralny odsuwa się na dalszy plan lub zanika zupełnie. Walka z ubóstwem moralnym polega na absolutnym sprzeciwie wobec pogwałcenia godności i sumienia człowieka, lub wobec jawnej niesprawiedliwości względem niego. Ubóstwo tego typu dlatego dotyka najczęściej ludzi dobrze sytuowanych, gdyż o jego istocie nie decyduje stosunek do rzeczy materialnych lecz podejście do wartości moralnych. Bieda oznacza w tym wypadku pustkę ludzkiego serca, jego zamknięcie na Boga i bliźniego¹⁸⁷. Oznacza to zaniedbanie tej przestrzeni ludzkiego serca, której nie zapełni nic poza autentyczną relacją Boga z człowiekiem. Jest to sfera jego najgłębszych, choć często nieświadomych, pragnień.

Do ludzi bogatych materialnie lecz ubogich duchowo i moralnie biskup Jan Chrapek zaliczył także tych, którzy dążyli do osiągnięcia sukcesu depreczując własną godność i wolność, a nastawieni na niepohamowaną konsumpcję gromadzili kolejne dobra kosztem szczęścia własnego lub bliskich. Wynikiem takich wyborów staje się wypaczony obraz rodziny, podważający jej godność, czy też postawa niewrażliwości na los drugiego człowieka, który przestaje być rozumiany według logiki daru i bezinteresowności, a zaczyna być traktowany instrumentalnie, rzeczowo. Taką postawę charakteryzuje również dominacja „mieć” nad „być”, a człowieczeństwo zaczyna być wówczas podporządkowane jedynie wytworom pracy ludzkiej.

Ubóstwo duchowe i moralne zapoczątkowują kryzys prawdy w stosunkach międzyludzkich, brak odpowiedzialności za słowo i utylitaryzm. Zaciera się pojęcie dobra wspólnego, pojmowanego jako wyraz woli, pragnień i decyzji konkretnej osoby, a nie sucha teoria¹⁸⁸. Dodatkowo pojawia się ból z powodu rodziny niewydolnej wychowawczo¹⁸⁹. Bieda duchowa pozostaje zjawiskiem dotkliwym psychologicznie. Człowiek czuje się poniżony w swojej godności i nawet kiedy się do tego otwarcie nie przyznaje, rozwój jego osobowości przeżywa kryzys, który trudno przezwyciężyć o własnych siłach. Badania wykazują, że ubodzy rzadko myślą o przyszłości, nie orientują na nią swoich działań:

186 Por. T. OLEARCZYK, *Psychologiczne i pedagogiczne skutki biedy*, [w:] *Oblicza polskiej biedy – stan i perspektywy*, dz. cyt., s. 43-44.

187 Por. W. SURMIAK, *Opcja preferencyjna na rzecz ubogich wyrazem miłości społecznej*, wyd. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2009, s. 61-62.

188 Por. J. CHRAPEK, *Ślad Najwyższego Dobra. List na temat dobra wspólnego*, [w:] *Nauczanie społeczne Biskupa Radomskiego*, wyd. AVE, Radom 2001, s. 64-65.

189 Por. E. KUCHARSKA, *Ognisko wychowawcze*. W: *Pracownik socjalny*. Red. T. W. GIERAT, E. KUCHARSKA, A. GRUDZIŃSKI. Kraków 2012 s. 362.

*krótki horyzont jest głęboko zakorzenioną ułomnością setek tysięcy ubogich*¹⁹⁰. Towarzyszy temu myśleniu przekonanie, że człowiek nie ma już na swoje losy żadnego wpływu. Dręczy go niski poziom aspiracji, wrogi stosunek do otaczającego świata, poczucie rezygnacji i niższości. Owe poczucie rzutuje niemal automatycznie na kwestie wiary i religii – nie ma w takich ludziach pragnienia zbawienia i życia wiecznego, często uważają oni, że nie zasługują na szczęście u boku Chrystusa, albo – że skoro nie zmienił ich życia na ziemi, to nie chce dla nich życia w niebie. W związku z tym biskup Jan Chrapek nawoływał do konkretnych działań, które pozwoliłyby na zniwelowanie lub przynajmniej zmniejszenie braków w sferze psychicznej i duchowej, co pozwoliłoby stopniowo odbudowywać relacje z Bogiem i ludźmi.

Przejawy biedy i ubóstwa

Biskup Jan Chrapek w swoim nauczaniu na temat biedy i ubóstwa wskazał na istotne jego przejawy i scharakteryzował je, wskazując na wzajemne zależności pomiędzy nimi i udowodnił, że raczej rzadko występują one odrębnie. Często choroba lub brak środków materialnych może powodować oderwanie od życia publicznego, wywoływać zachowania niezgodne z kulturą czy przyjętymi obyczajami, nie mówiąc już o współtworzeniu ich. Często w ludziach ubogich pojawia się niechęć do postępowania według przyjętych w społeczeństwie norm, zwłaszcza gdy doświadczana bieda izoluje od niego. Właściwie rozumiana i realizowana opcja preferencyjna na rzecz ubogich bierze pod uwagę wszystkie te aspekty i stara się przeciwdziałać sytuacjom powstałym w wyniku powiązań między poszczególnymi typami ubóstwa.

Brak zdrowia i środków materialnych niezbędnych do godnego życia. Biskup Jan Chrapek zwrócił uwagę, że ubóstwa doświadczają nie tylko ci, którym brak możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, ale również ci, którzy są dotknięci cierpieniem fizycznym i psychicznym, a więc osoby niepełnosprawne, starsze i chore, w tym także na choroby psychiczne. To zdrowie pozwala na prowadzenie przez człowieka produktywnego, sensownego i twórczego życia, jego brak powoduje w nim poczucie dyskomfortu, liczne zahamowania i strach.

Z jednej strony gorszy stan zdrowia może więc wpływać na sytuację materialną konkretnej osoby (kłopoty z zatrudnieniem, niska płaca), z drugiej - lęk o miejsce pracy i źródło utrzymania mogą być czynnikami chorobotwórczymi, szczególnie u osób o słabszej konstrukcji psychicznej mogą być przyczyną załamań nerwowych, depresji, a nawet prób

samobójczych¹⁹¹. Najprostsza refleksja nad doświadczeniem życia człowieka pokazuje, że choroba może dotknąć każdego i w każdej chwili. Zdrowie, wbrew potocznemu znaczeniu tego słowa, nie zawsze oznacza tylko brak ułomności fizycznej i psychicznej, stan chorobowy to także wszelka wielorakość i obfitość ludzkich niedoskonałości, patologii, upośledzeń i braków, które nie tylko utrudniają normalne funkcjonowanie w życiu, ale także ograniczają możliwości i powodują cierpienie.

Niejednokrotnie, poprzez lęki, które społeczeństwo projektuje na osoby chore, starsze czy niepełnosprawne, skazuje tych ludzi na ubóstwo duchowe – gdy w sytuacji kiedy wymagają oni większej opieki, życzliwości i miłości, są traktowani jako ciężar, wręcz odrzucani. Bardzo niepokojący jest fakt, że między osobami w pełni zdrowia i niepełnosprawnymi istnieje bariera, widoczna jako nasilenie wzajemnej obcości, dystansu psychicznego, *spotęgowana inność*¹⁹² dostrzegalna nawet w wymiarze językowym, poprzez frazy: *my – oni, sprawni - niepełnosprawni*¹⁹³. Pisząc o ludziach chorych biskup Chrapek powoływał się słowa Jana Pawła II: *ponieważ przez swoją chorobę, niepełnosprawność zdają się zagrażać dobrobytowi lub życiowym przyzwyczajeniom osób bardziej uprzywilejowanym, bywają postrzegani jako wróg, przed którym należy się bronić, albo którego należy wyeliminować*¹⁹⁴. Oznacza to, że zamiast sensownej pomocy udzielanej najsłabszym członkom społeczeństwa, pojawia się, poprzez rosnący konsumpcjonizm i utylitarne podejście do drugiego człowieka, swoista *wojna silnych przeciw bezsilnym*¹⁹⁵. W takim wypadku trudno wyzwałać w osobach z niepełną sprawnością zasoby inteligencji, kreatywność, motywację do działania, życzliwość, entuzjazm czy męstwo, a z kolei w osobach uważających się za sprawne, empatię i pełne zrozumienie. W rezultacie bywa, że ludzie chorzy są bardziej obciążeni napiętnowaniem ze strony społeczeństwa i ograniczeniami, które wynikają z barier mentalnych innych, niż własnym brakiem sprawności.

Osoby chore i niepełnosprawne, z racji różnorodnych trudności, na które natrafiają w swoim codziennym życiu, są jedną z grup społecznych szczególnie na biedę narażonych. Przyczyny takiego stanu mogą być różne. Nie bez znaczenia jest fakt, że jeszcze do niedawna, w powszechnej ocenie społeczeństwa, polskiego osób niepełnosprawnych było niewiele – nie dostrzegano ich na ulicach, w sklepach czy w instytucjach użyteczności publicznej. Statystyki mówią jednak coś innego – w 2002 roku wyliczono, że liczba osób niepełnosprawnych

191 Por. J. CHRAPEK, *Tylko miłość się liczy*, dz. cyt., s. 26.

192 K. KRAKOWIAK, *Niepełnosprawni*, [w:] *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*, red. M. Kalinowski, wyd. Wydawnictwo KUL, Lublin 2005, s. 261.

193 Tamże.

194 EV 12.

195 Tamże.

stanowiła 14,3% ogółu ludności kraju, czyli - po przeliczeniu – co siódmy mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną¹⁹⁶.

Można przypuszczać, że trudne warunki życia, bieda i bezrobocie, kłopoty w leczeniu czy rehabilitacji, a czasem utrata uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym to wynik mało efektywnej pomocy. Często jednak sami zainteresowani świadczeniami nie wykazują zaradności w korzystaniu z prawa. Wiedzą bardzo niewiele, lub wręcz nic o przysługujących im ulgach czy praw innego typu. Dlatego biskup Jan Chrapek apelował nie tylko o systematyczne udzielanie pomocy osobie chorej ale także o stałe informowanie o tym, w jaki sposób można polepszyć jej sytuację poprzez przysługujące uprawnienia czy usługi. Osoby chore, niepełnosprawne i starsze nie mogą być traktowane wyłącznie jako osoby wymagające szczególnej opieki państwa. Mają prawo do pełnej integracji ze społeczeństwem. Badając kwestię braku zdrowia jako rodzaju ubóstwa trzeba zwrócić uwagę na trzy aspekty: profilaktykę¹⁹⁷, leczenie i rehabilitację. Profilaktyka oznacza zapobieganie chorobom w społeczeństwie poprzez kształtowanie odpowiedniego rozwoju człowieka oraz warunków, w jakich żyje. Chodzi tu o kwestie takie jak: praca, mieszkanie, żywienie, spędzanie czasu wolnego czy szeroko pojęty styl życia. Wszystkie te czynniki wpływają na ludzkie zdrowie. Leczenie powinno być przede wszystkim nastawione na człowieka chorego. Rehabilitacja obejmuje przywracanie do zdrowia, sprawności i przydatności społecznej ludzi dotkniętych kalectwem lub upośledzeniem - w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym¹⁹⁸.

Uważa się, że niskie dochody, a więc jakaś forma ubóstwa materialnego jest często dodatnio skorelowana ze zwiększonym prawdopodobieństwem nieszczęść socjalnych, bo to właśnie wśród biednych częściej zdarzają się wady wrodzone, choroby czy wypadki. Zły stan zdrowia wynika z niedożywienia, a także chorobowych patologii społecznych, które rodzi ubóstwo, głównie alkoholizm i narkomania¹⁹⁹.

Spotkanie z osobami chorymi i niepełnosprawnymi, zetknięcie się z ubóstwem jakiego doświadczają w wyniku swojej sytuacji i uczestnictwo w trudnościach ich życia biskup Jan Chrapek uważał za okazję do sprawdzenia zdolności urzeczywistniania wartości, które deklaruje większość katolików. Zetknięcie z tajemnicą cierpienia i słabości, a zarazem wielkości i godności człowieka, Biskup traktował jako szansę weryfikacji systemów

196 Por. K. KUTEK-SŁADEK, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych, szansą na poprawę jakości życia*, [w:] *Oblicza polskiej biedy – stan i perspektywy*, dz. cyt., s. 134.

197 Ks. Robert Nęcek podkreśla, że „niezadowolający jest również stan zdrowotny dzieci”. R. NĘCEK. *Troska o zdrowie jako zobowiązanie moralne*. W: *Społeczny wymiar zdrowia*. Red. E. KUCHARSKA. Kraków 2012 s. 25.

198 Por. J. AULEYTNER, K. GŁĄBICKA, *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, dz. cyt., s. 306.

199 Por. M. SULMICKA, *Ubóstwo we współczesnym świecie*, wyd. SGH, Warszawa 2001, s. 38.

filozoficznych i postaw moralnych oraz realności wyznawanej wiary. To szansa odkrycia w sobie autentycznej solidarności, rozumianej nie tylko jako sympatia, współczucie i wewnętrzny sprzeciw wobec zła dotykającego bliźniego, ale też wewnętrzne zobowiązanie się do odpowiedzialności za drugiego człowieka, wynikające ze szczerzej troski o jego los²⁰⁰.

Innym przejawem ubóstwa, sygnalizowanym przez biskupa Chrapka, związanym z brakiem zdrowia²⁰¹, jest brak niezbędnych do życia środków materialnych. Dotyczy to wszystkich, o których Ewangelia mówi *nadzy, głodni, spragnieni* (Mt 25, 35-36). Są to osoby, które oprócz wymiaru zewnętrznego swojej biedy skazani są często, według Biskupa na tzw. ubóstwo bierno²⁰². Jest to przeświadczenie o własnej niezaradności i poczucie skazania na porażkę. Często wiąże się z nim, z jednej strony, przypisywanie losowi swojego ciężkiego położenia, z drugiej – zrzucanie odpowiedzialności za swoją trudną sytuację na innych: rząd, polityków, czy konkretne instytucje. Jest to swoiste sytuowanie własnego ubóstwa poza sobą, a to niejednokrotnie skutkuje ową biernością, brakiem chęci do podejmowania jakichkolwiek działań zmierzających do poprawy sytuacji życiowej. Wśród ubogich przeważa typ jednostek *zewnątrzsterownych*²⁰³, przekonanych, że to czynniki zewnętrzne mają wpływ na to, co im się przydarza, więc lepiej biernie poddać się losowi, niż samemu podjąć odpowiednie kroki ku lepszej przyszłości. Biskup Jan Chrapek nazywa taki stan *przystosowaniem do ubóstwa*²⁰⁴, który niestety jest przekazywany, utrwalany w rodzinach, a przejawia się w wyuczonyj bezradności dzieci i młodzieży. Taka bieda nie ma charakteru przejściowego. Jest to - według Biskupa - kultura ubóstwa, pewien obyczaj i tradycja bycia ubogim. Ten pogląd pozwala mu wysnuć wniosek, że walka z ubóstwem nie może być ograniczona wyłącznie do pomocy materialnej, gdyż może to nie tylko nie poskutkować, ale wręcz zaszkodzić bo ostatecznie utrwali w ludziach potrzebujących stan bezradności i uzależnienia od innych. Chodzi tu, jak zauważa biskup Chrapek, w dużej mierze o przewyciężenie sceptycyzmu i pesymizmu, o umiejętność rozpoznania dobra, o które trzeba się umieć upomnieć, ryzykować w jego imię, a także wypracowywać w sobie umiejętność sprawiedliwego spojrzenia na wszystko, co dzieje się wokół i czynne zaangażować się dla dobra innych i własnego²⁰⁵.

200 Por. J. CHRAPEK, *Troska drugim imieniem miłości*, dz. cyt., s. 19; J. CHRAPEK, *Myśli wybrane*, red. M. Wąsik, wyd. Wyższa Szkoła Biznesu, Radom 2004, s. 32-33.

201 Ewa Kucharska zauważa, że istotnym mankamentem zdrowotnym jest nadciśnienie tętnicze u pacjentów w wieku podeszłym i staje się „główną przyczyną zgonów w populacji osób dorosłych”. E. KUCHARSKA. *Nadciśnienie tętnicze u pacjentów w wieku podeszłym – od patofizjologii do racjonalnego leczenia*. W: *Spółeczny wymiar zdrowia*. Red. TENŻE. Kraków 2012 s. 39.

202 Por. J. CHRAPEK, *Tylko miłość się liczy*, dz. cyt., s. 24.

203 M. SULMICKA, *Ubóstwo we współczesnym świecie*, dz. cyt., s. 40.

204 Por. Tamże, s. 25.

205 Por. J. CHRAPEK, *Ślad Najwyższego Dobra*, dz. cyt., s. 69.

Pozbawienie dostępu do dóbr i usług, które uznawane są jako konieczne do życia w pełni ludzkiego, to istota ubóstwa na płaszczyźnie materialno- ekonomicznej. Chodzi tu zarówno o brak owych dóbr, jak i o nierównomierny ich podział. Skutkują one niedorozwojem gospodarczym, opóźnieniem ekonomicznym, zacofaniem. Państwu jako całości grozi wówczas utrata suwerenności ekonomicznej. Jej brak powoduje zwiększające się zadłużenie, które dotyka gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje prywatne i publiczne i państwo w ogóle²⁰⁶.

Właściwie bez względu na poziom zamożności kraju w każdym społeczeństwie występują grupy znajdujące się trwale lub przejściowo w trudnej sytuacji materialnej. Brak perspektyw zarobkowych powoduje często marginalizację społeczną, czyli zejście na najniższy szczebel drabiny społecznej. Z kolei im głębszy jest stopień ubóstwa, tym mniejsze są szanse na wydobycie się z tego stanu. Wpływ niedostatku w środowisku rodzinnym jest z reguły zwielokrotniany w szkole, pod presją rówieśników z bogatszych domów, chęcią dorównania reszcie klasy. Wszelki brak tego, co dla innych było normalnym stanem posiadania jawi się jako blokada w kontaktach z ludźmi i staje się problemem nie tylko natury materialnej, choć wyrasta na fundamencie finansowym.

Z powodu podstawowych braków członkowie danej społeczności skazywani są na nędzę głodu, będącego wynikiem niesprawiedliwego podziału dóbr. Braki dotyczą nie tylko kwestii niewystarczającej ilości żywności, ale również niegodnych warunków mieszkaniowych (np. duża rodzina w małym lokalu, zła sytuacja sanitarna, brak ogrzewania) lub wprost brak miejsca do zamieszkania. Człowiek, który chce żyć na miarę swojej godności musi mieć poczucie bycia „u siebie”. Owo bycie „u siebie” oznacza doświadczanie miejsca, które rzeczywiście jest moje i odpowiada podstawowym prawom człowieka. Bez własnego mieszkania człowiek po prostu nie jest sobą²⁰⁷.

Ubóstwo życia publicznego

Bieda jest zjawiskiem, które poza brakami materialno - duchowymi może przybierać formy kryzysu społecznego poprzez wykluczenie milionów obywateli z pełnego uczestnictwa w życiu publicznym. Ten typ ubóstwa przejawia się, według biskupa Jana Chrapka, w braku zaufania do klasy politycznej, a szerzej – do samych mechanizmów funkcjonowania państwa. Społeczeństwo z jednej strony czuje się oszukane, z drugiej – bezsilne. Nie budzi to wówczas potrzeby budowania społeczeństwa obywatelskiego, bo musiałoby się ono opierać na

206 Por. W. SURMIAK, *Opcja preferencyjna na rzecz ubogich wyrazem miłości społecznej*, dz. cyt., s. 40-41.

207 Por. Tamże, s. 45.

aktywności obywateli i ich zdolności do samoorganizacji. Bieda rodzi brak szacunku dla instytucji państwa, bywa doskonałym usprawiedliwieniem dla postaw roszczeniowych czy wręcz łamania prawa. Biskup Jan Chrapek zauważył, że demokracja w Polsce to ciągle bardziej procedura niż realne uczestnictwo ludzi w życiu państwa²⁰⁸. Nadal nie jest ona rozumiana tak, jak wyjaśnił ją Jan Paweł II - na którego niejednokrotnie powoływał się Biskup: *Kościół docenia demokrację jako system, który zapewnia udział obywateli w decyzjach politycznych, rządzącym gwarantuje możliwość wyboru oraz kontrolowania własnych rządów*²⁰⁹. Wskazuje to na ścisły związek zachodzący między rządzonymi a rządzącymi. W założeniach systemu demokratycznego funkcjonującego w sposób poprawny decydujące znaczenie dla spraw państwa ma samo społeczeństwo, a nie siły polityczne, które tym społeczeństwem mogłyby manipulować. Tymczasem w Polsce zarówno społeczeństwo jak i państwo nie zawsze szanują godność człowieka, a wspólnota polityczna i autorytet państwa, które powinny być wartościami moralnymi i które zasadzają się na aprobacie i udziale obywateli, nie zawsze jawią się w taki sposób. Brakuje też rzeczowych debat społecznych²¹⁰.

Troska o redukcję ubóstwa życia publicznego konieczna jest do właściwego rozumienia przez obywateli pojęcia dobra wspólnego - to ono integruje członków społeczności, inspiruje ich aktywność, nadaje konkretnym grupom profil i rangę. Tymczasem dostrzega się zanik więzi społecznych, brak wartości, które mogłyby jednoczyć, a to z kolei powoduje zwiększanie się dystansu do społecznych zaangażowań na rzecz dobra ogółu²¹¹.

Biskup Jan Chrapek zaproponował, by w celu redukcji ubóstwa życia publicznego zacząć od rzeczy drobnych, na pozór błahych, takich jak: troska o schludność miasta, usuwanie napisów na murach, czytelnictwo prasy, zdobywanie wiedzy ogólnej z zakresu spraw lokalnych, która tworzyłaby nowe płaszczyzny porozumienia społecznego i współpracy. Pomogłoby to przezwyciężyć sceptycyzm i pesymizm, z jakim podchodzi do przemian społecznych coraz więcej osób. Krytyka błędów publicznych, jeśli jest usprawiedliwiona i konieczna staje się konstruktywna – ma charakter naprawczy, a nie negatywny. Biskup Chrapek przypominając na przykład doświadczenie Związku Solidarności zauważył, że to właśnie tamten społeczny zryw, będący sprzeciwem wobec dyktatury komunistycznej sformułował wyraźny postulat odrodzenia społeczeństwa obywatelskiego, zapoczątkował współczesne gminy samorządowe.

208 Por. Tamże, s. 26.

209 CA 46.

210 Por. J. CHRAPEK, *Tylko miłość się liczy*, dz. cyt., s. 26.

211 Por. Tenże, *Ślad Najwyższego Dobra*, dz. cyt., s. 65; Tenże, *Mysli wybrane*, dz. cyt., s. 37.

Ubóstwo życia publicznego w sferze polityki objawiać się może w braku osobistej odpowiedzialności za sprawowany urząd. Konieczne jest zatem wzmocnienie procedur i mechanizmów, które w systemie demokratycznym ułatwiałyby jasne rekomendowanie kompetentnych osób na stanowiska publiczne. Dotyczy to również usprawnienia mechanizmów wyborczych, tak, by służyły prawdziwej solidarności i dobru społeczeństwa, a nie interesom grupowym, anarchii i egoizmowi. Troska o redukcję ubóstwa w życiu publicznym powinna interesować wszystkich - zarówno władzę ustawodawczą jak i służby porządkowe, instytucje wychowawcze, media. Konieczna jest dbałość o właściwe prawodawstwo i szacunek dla norm życia publicznego i tych, którzy stoją na ich straży.

Ubóstwo w sferze publicznej ma swoje źródło w braku poszanowania podstawowych praw człowieka lub ich częściowej negacji. Chodzi tu o prawa takie jak: prawo do wolności religijnej, do udziału w budowaniu społeczeństwa, swobody zrzeszania się, tworzenia związków zawodowych, również podejmowania inicjatyw w sprawach ekonomicznych²¹². Tylko szanując te wszystkie prawa można zredukować braki w życiu publicznym i umożliwić prawdziwy postęp człowieka w każdym ustroju, społeczeństwie, systemie czy też środowisku, a co za tym idzie dbać o właściwy rozwój i kierunek życia publicznego, zarówno z punktu widzenia władz państwa jak i samych obywateli. Polityka, która jest pozbawiona wszystkich tych elementów i zasad moralnych przekształca się w dyktaturę – jawną lub zakamuflowaną. Polityka ma służyć człowiekowi. Gdy nie spełnia tej roli – społeczeństwo jest poszkodowane, staje się uboższe.

Fundament wszelkich form społeczności i struktur życia publicznego stanowi fakt, że natura ludzka jest naturą społeczną – osoby żyją we wzajemnych zależnościach, każda z nich posiada określoną wiedzę i umiejętności. Te własności osoby mają być użytkowane w interesie dobra wspólnego. To jest podstawowa wartość służąca organizacji życia społecznego w aspekcie publicznym. Ma wymiar czysto ludzki, ożywia struktury społeczne, stymuluje przemiany stosownie do wymogów sprawiedliwości społecznej²¹³.

Ubóstwo życia publicznego ma swoje źródło również w niesprawiedliwym podziale dóbr materialnych, a więc dotyczy sytuacji, w której istnieją dobra z których korzystają tylko nieliczni, podczas gdy inni, w ogromnej większości, są z nich wykluczeni. Właściwe rozdzielanie dóbr jest związane z poszukiwaniem takich struktur politycznych, które służyłyby człowiekowi i społeczeństwu. Konieczne jest zatem uporządkowanie różnych

212 Por. W. SURMIAK, *Opcja preferencyjna na rzecz ubogich wyrazem miłości społecznej*, dz. cyt., s. 55.

213 Por. T. BORUTKA, *Zasady życia społecznego*, [w:] *Encyklopedia nauczania społecznego Jana Pawła II*, dz. cyt., s. 598.

aspektów życia społecznego, czyli rzetelny ogląd programów i reform wprowadzanych przez reprezentantów danych opcji i systemów politycznych. W tym powinna się wyrażać głęboka troska o sprawiedliwość i uczciwość ze strony władz i opinii publicznej. Sprawiedliwości powinien towarzyszyć drugi wymóg moralny – miłość, rozumiana jako siła, źródło życia i jedyna gwarancja prawdziwego współżycia społecznego. Bez miłości sprawiedliwość może ulec wypaczeniu i zapoczątkować ubóstwo w sferze publicznej, gdyż ona sama nie wystarcza do kształtowania wzajemnych stosunków międzyludzkich. To z miłością wiąże się solidarność, bez której nie można mówić o realizacji dobra obywateli. Jest ona bowiem *mocną i trwałą wolą angażowania się na rzecz dobra wspólnego*²¹⁴. Kształtuje właściwy, czyli personalistyczny i humanistyczny porządek społeczny w sferze publicznej. Tak rozumiana solidarność, oparta na zasadzie godności osobistej oraz równego prawa wszystkich do korzystania z dóbr stworzonych, stanowi drogę zarówno do pokoju jak i do rozwoju, a bez tych dwóch aspektów życia nie da się mówić o dobrze funkcjonujących strukturach życia publicznego, rozwoju państwa czy też o sprawiedliwym, czyli podporządkowanym kryteriom moralnym, zysku.

Człowiek, jako byt społeczny, jest podmiotem właściwego sobie działania. Musi mieć zagwarantowany pluralizm instytucjonalny, możliwy dzięki zasadzie pomocniczości. Zasada ta mówi, że: *to co jednostka z własnej inicjatywy i własnymi siłami może działać, tego nie wolno jej wydierać na rzecz społeczeństwa*²¹⁵. Chodzi więc o to, aby społeczności silniejsze świadczyły słabszym pomoc będącą jedynie uzupełnieniem tego, co osoby słabsze nie są w stanie zrealizować, nie zaś całkowitym wyręczaniem społeczności mniejszych przez większe. Aby można było mówić o właściwie funkcjonującym społeczeństwie w wymiarze publicznym, obywatele powinni rozwijać swą działalność na tyle, na ile jest to możliwe, a państwo na tyle, na ile jest to konieczne. Aby osoba ludzka mogła świadomie uczestniczyć, na przykład w życiu wspólnoty politycznej, lub mówiąc ogólniej, w życiu publicznym, konieczna jest współpraca między poszczególnymi sektorami publicznymi i władzą państwową a podstawowymi grupami społecznymi i wreszcie – jednostką. Możliwości i ewentualne efekty takiej współpracy są oczywiście zależne od wielu czynników: historii, tradycji i kultury państwa i społeczeństwa, od kultury politycznej, a także od kondycji moralnej i bytowej ludzi, tworzących mniejsze lub większe społeczności w państwie²¹⁶.

214 SRS 38.

215 QA 79.

216 Por. T. BORUTKA, *Zasady życia społecznego*, dz. cyt., s. 602.

Biskup Jan Chrapek wielokrotnie przypominał, że prawo i obowiązek uczestnictwa w życiu publicznym, które ma służyć dobru wspólnemu spoczywa na wszystkich bez wyjątku. Prawa i obowiązki dotyczą każdego – różne mogą być tylko formy udziału czy płaszczyzny na których to życie się realizuje, wreszcie różnorodne są podejmowane zadania, a także stopień i formy odpowiedzialności za nie.

Ubóstwo kultury i obyczajów

W nauczaniu biskupa Chrapka ubóstwo kulturowe pojawia się w sytuacji, gdy zwłaszcza ubożsi materialnie członkowie społeczeństwa przestają czuć się współtwórcami kultury i odpowiedzialnymi za nią. Sami pozbawiają się prawa nie tylko do tworzenia, ale i korzystania z niej. Zgodnie z nauczaniem Soboru Watykańskiego II przez kulturę rozumie się: *wszystko, czym człowiek doskonali i rozwija wielorakie uzdolnienia swego ducha i ciała; stara się drogą poznania i pracy poddać sam świat pod swoją władzę; czyni bardziej ludzkim życie społeczne tak w rodzinie, jak i w całej społeczności państwowej przez postęp obyczajów i instytucji; wreszcie w dziełach swoich w ciągu wieków wyraża, przekazuje i zachowuje wielkie doświadczenia duchowe i pragnienia po to, by służyły rozwojowi wielu, a nawet całemu rodzajowi ludzkiemu*²¹⁷.

We właściwie rozumianej kulturze człowiek spełnia podwójną rolę. Z jednej strony jest podmiotem kultury, z drugiej stanowi przedmiot jej oddziaływania. Wartości kulturowe tworzone przez jednostkę mają służyć ubogaceniu życia innych ludzi, szczególnie w wymiarze duchowym; wzmocnić ich poczucie tożsamości. Dlatego biskup Jan Chrapek wyakcentował szczególnie pojęcie kultury narodowej. To właśnie ona, a nie sukcesy polityczne i gospodarcze, scalała społeczeństwo polskie, pomagała przetrwać nawet pośród dramatycznych doświadczeń wojen, klęsk żywiołowych czy innych ludzkich tragedii²¹⁸. Biskup Chrapek zaznaczył, że naród jest wspólnotą kulturową, toteż właśnie kultura gwarantuje mu rozwój i integralność, wyraża jego życiową rzeczywistość. Dodał, że kultura narodu może być zagrożona nie tylko z zewnątrz. Najbardziej niebezpieczny jest upadek moralności członków danej społeczności, a więc właśnie ubóstwo kultury i obyczajów. Kultura tylko wtedy jest bogata w wartości ludzkie, kiedy służy prawdzie, dobru, pięknu i wolności, czyli podstawowym wartościom etycznym. Biskup Chrapek dostrzegł tymczasem, że obszar ten jest trudny do pozytywnego kształtowania i podatny na deformacje. Niepokoił go fakt, że kultura współczesna przeżywa *odwrócenie ról*²¹⁹ - zamiast budować społeczność

217 KDK 53.

218 Por. J. CHRAPEK, *Tylko miłość się liczy*, dz. cyt., s. 41.

219 Tamże, s. 41.

kształtując pozytywnie i wartościowo zbiorową świadomość i wyobraźnię, często karmi odbiorców wynaturzeniami życia społecznego.

Wzrost dobrobytu narodu jest uwarunkowany ludzkimi zdolnościami do rozeznawania sytuacji społecznych, reagowania na historyczne współczesne wyzwania, a także wolą wspólnoty narodowej do trwania i rozwoju. Ten stan rzeczy uzależniony jest z kolei od poziomu wykształcenia społeczeństwa, formowania go w wymiarze intelektualnym i duchowym²²⁰. Biskup Jan Chrapek zaznaczył, że koniecznym jest nadrobienie zaniedbań w dziedzinie edukacji szczególnie wśród mieszkańców wsi i mniejszych miast i nie wystarczą do tego jedynie reformy strukturalne i odpowiednie finansowanie. Niezbędnym jest jasne określenie podstaw antropologicznych procesu wychowawczego, odpowiedni dobór metod i modeli wychowawczych²²¹, równie istotną jest praca z młodzieżą. Ma ona na celu nie tylko poszerzanie ich wiedzy w zakresie nauki szkolnej. Dotyczy również zagospodarowanie im czasu wolnego poprzez bezinteresowne i niewymuszone poszerzanie ich horyzontów poznawczych, ukazywanie im norm światopoglądowych, zaspokajanie ich potrzeb. Są to potrzeby: integracyjne (przynależności, uznania, osiągnięć) i rekreacyjne (czynności pozwalające na odpoczynek psychiczny i fizyczny). Ważne jest zachęcanie młodych ludzi do uczestnictwa w ruchach młodzieżowych istniejących w obrębie lokalnej społeczności²²², które niejednokrotnie biskup Jan Chrapek propagował na terenie diecezji radomskiej.

Zakończenie

W celu zmniejszania ubóstwa kultury i obyczajów fundamentalnego znaczenia nabiera posługa Kościoła. Rozdzźwięk między Ewangelią a kulturą, w dzisiejszych czasach, jest zjawiskiem bolesnym, a nawet dramatycznym, toteż trzeba podjąć wszystkie możliwe działania wnosząc wkład w rozwój wszystkich jej wartości. Zadania te mają być podejmowane przez wszystkich – zarówno duchownych jak i świeckich chrześcijan, którzy mogą wносить w kulturę inspiracje wpływające z wiary. Zaangażowanie społeczne wyraża się w tworzeniu i przekazywaniu kultury, więc na obu tych płaszczyznach konieczne są osoby odpowiednie przygotowane, pracujące w szkołach, uniwersytetach, czy udzielające się w środowiskach twórczości artystycznej czy humanistycznej refleksji. Do właściwego funkcjonowania i rozwoju tych sektorów konieczne jest wychowanie prospołeczne, które jest zadaniem rodziny, Kościoła i społeczeństwa, takie, które sprzyja przede wszystkim

220 Por. Tamże, s. 42.

221 Tamże.

222 Por. I. NIEWIADOMSKA, *Młodzież*, [w:] *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*, dz. cyt., s. 174-175.

przyswajaniu postaw i cnót społecznych i moralnych. Warto więc dodać – jak zauważył ks. Robert Nęcek – że w szczególności rodzina pełni „*trudną i odpowiedzialną rolę społeczną*”²²³

Bibliografia

AULEYTNER J, GŁĄBICKA K., *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, wyd. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Warszawa 2000.

CHRAPEK J., *Tylko miłość się liczy. List na temat biedy i ubóstwa*, [w:] *Nauczanie społeczne Biskupa Radomskiego*, wyd. AVE, Radom 2001. .

CHRAPEK J., *Rozważania*, red. M. Wąsik, wyd. Wyższa Szkoła Biznesu, Radom 2007, s. 14-15.

CHRAPEK J., *Ślad Najwyższego Dobra. List na temat dobra wspólnego*, [w:] *Nauczanie społeczne Biskupa Radomskiego*, wyd. AVE, Radom 2001, s. 64-65.

GILDER G., *Bogactwo i ubóstwo*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001.

JAN PAWEŁ II. Encyklika Sollicitudo rei socialis. Watykan 1987.

JAN PAWEŁ II. Encyklika Centesimus annus. Watykan 1991.

JAN PAWEŁ II, Encyklika Evangelium vitae. Watykan 1995.

JAN PAWEŁ II, *Orędzie na Wielki Post 1998 r.*, [w:] (Internet, 22.11.09 r.), http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/oredzie_wpost1998.html.

TARKOWSKA E., *Oblicza polskiej biedy*, [w:] (Internet, 12.04.10 r.), http://www.atd.org.pl/IMG/pdf/Analizy_Laboratorium_Wiezi_nr_2_2009.pdf.

JAN PAWEŁ II *Orędzie na Wielki Post 1998*, [w:] (Internet, 22. 11. 09 r.), http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/oredzie_wpost1998.html.

KRAKOWIAK K., *Niepełnosprawni*, [w:] *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*, red. M. Kalinowski, wyd. Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.

KUCHARSKA E., *Ognisko wychowawcze*, w: *Pracownik socjalny wobec wyzwań współczesności*, red. T. W. GIERAT, E. KUCHARSKA, A. GRUDZIŃSKI, Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2012 s. 362.

KUCHARSKA E., *Nadciśnienie tętnicze u pacjentów w wieku podeszłym – od patofizjologii do racjonalnego leczenia*, w: *Społeczny wymiar zdrowia*, red. TENŻE, Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2012 s. 39-47.

²²³ R. NĘCEK. *Państwo w nauczaniu społecznym Prymasa Polski Stefana Wyszyńskiego*. Kraków 2004 s. 43.

X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

NĘCEK R., *Troska o zdrowie jako zobowiązanie moralne*, w: *Społeczny wymiar zdrowia*, red. E. KUCHARSKA, Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2012 s. 15-29.

NĘCEK R., *Państwo w nauczaniu społecznym Prymasa Polski Stefana Wyszyńskiego*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2004.

OLEARCZYK T., *Psychologiczne i pedagogiczne skutki biedy*, [w:] *Oblicza polskiej biedy – stan i perspektywy*, dz. cyt., s. 43-44.

SURMIAK W., *Opcja preferencyjna na rzecz ubogich wyrazem miłości społecznej*, wyd. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2009.

SULMICKA M., *Ubóstwo we współczesnym świecie*, wyd. SGH, Warszawa 2001.

Kontakt

mgr Małgorzata Janiec

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

w Radomiu mieszka

Recenzia

dr Andrzej Grudzinski

METÓDY PRÁCE MATERSKÝCH CENTIER S MLADOU RODINOU NA SLOVENSKU

Markéta Rusnáková

Abstrakt

Cieľom predloženého príspevku je porovnať metódy práce materských centier s rodinou, teda aktivity a programy vybraných členov Únie materských centier, v prospech rodiny. Autorka sa v úvodnej časti definovaniu situácie postmodernej rodiny na Slovensku. Autorka svoju pozornosť zameriava na materské centrá, ich históriu nielen na Slovensku, ale aj vo svete, definuje základné poslanie materských centier a charakterizuje organizáciu a činnosti materských centier na Slovensku, popisuje úlohy a činnosť Únie materských centier. V závere príspevku sa zameriava na metódy práce materských centier, na ich aktivity. Následne popisuje projekty Únie materských centier. V závere príspevku predkladá autorka závery kvalitatívneho výskumu realizovaného vo vybraných materských centrách

Kľúčové slová: Aktivita. Metóda. Rodina. Materské centrum. Únia materských centier.

Súčasným trendom sa stáva, že „čas na výchovu detí, interakciu s nimi sa redukuje nielen preto, že stúpajú nároky na rodičov v práci a v živote, ale vzrástli tiež požiadavky na všeobecnú informovanosť, kvalifikáciu, celoživotné vzdelávanie“ (Šatánek, 2004, s. 93). Súčasťou rodinného spôsobu života mladej rodiny je aj trávenie voľného času. „Rodina ovplyvňuje všetko budúce dianie v živote dieťaťa a má veľkú zodpovednosť za ich výchovu a celkový rozvoj. Nie inak je tomu i v oblasti voľného času, kedy rodičia svojou výchovou zaisťujú prvotné zoznamovanie sa s voľnočasovými aktivitami a ich prostredím. Rodičia sú primárnymi modelmi, od ktorých sa deti učia utvárať si celkový pohľad na svet, a tým si vytvárajú prvotné korene vlastného životného štýlu (Tirpák, 2010, s. 115). Podľa Kulacsovej (2004) môžu rodičia ovplyvňovať svoje deti životným štýlom (napríklad hodnoty, vzťah k ľuďom a pod.) a postojmi k mimorodinným aktivitám (napríklad centrá voľného času a pod.). Môžeme však konštatovať, že sa zmenil spôsob života v tejto oblasti.

„Ubudol voľný čas rodičov na vlastnú relaxáciu, rekreáciu i na činnosti s deťmi. Deti sú čoraz viac odkázané na seba, rodičia často vôbec nevedia, kde, ako a s kým prežívajú svoj voľný čas. K posunom došlo i v hodnotovej orientácii, vzrastá honba za majetkom, ľudia začínajú byť hodnotení podľa toho, čo majú, čo vlastnia, a nie podľa toho, aké vlastnosti, schopnosti a zručnosti majú“ (Šatánek, 2004, s. 94). Vnímame ako potrebné vypracovať komplexný preventívny program zameraný na mladú slovenskú rodinu, nakoľko práve tieto rodiny sa vo

svojich začiatkoch potýkajú s problémami, ktoré predchádzajúce generácie nepoznali alebo nemuseli riešiť. O to viac je teda slovenská mladá rodina – rodina s malými deťmi – zaťažovaná a vzťahy v rámci rodiny každým dňom sú vystavené nárokom na adaptabilitu na problém, ktoré musia v rámci rodiny riešiť. Metódy a tým pádom aj práca s takýmito rodinami v oblasti prevencie kríz v rodine je väčšinou na Slovensku realizovaná v mimovládnom sektore. Jednou z takýchto organizácií, ktoré sa orientujú na podporu mladých rodín je Materské centrum a Únia materských centier Slovenska.

Únia materských centier a materské centrá na Slovensku

Prvé kroky založenia materských centier sa začali datovať už pred takmer štyridsiatimi rokmi. Prvotná myšlienka sa začala v Nemecku, kde skupina sociológov zisťovala, čo súčasnej žene, teda matke absentuje v modernej spoločnosti. Samotný model materského centra bol teda výsledkom tejto štúdie. Poslaním materských centier vo všeobecnosti je individuálna podpora ženám s maloletými deťmi počas materskej a rodičovskej dovolenky a to vytváraním podmienok pre svojpomoc, sociálne kontakty, seberealizáciu, vzdelávanie, osvetu a pre tlmočenie ich skúseností a potrieb smerom k verejnosti. Model MC teda vznikol ako vedecký sociologický koncept pracovníkov Nemeckého mládežníckeho inštitútu (Deutsches Jugendinstitut, DJI) v Mníchove v oblasti rodičovského vzdelávania v 70-tych rokoch, odkiaľ sa rýchlo rozšíril do ďalších krajín najmä západnej Európy. Veľkú zásluhu na tom mala súčasná prezidentka medzinárodnej siete MINE Monika Jaeckel. Obsah metód práce ako aj cieľových skupín materských centier vo svete je rôzny a závisí od potrieb v oblasti služieb pre rodiny tej ktorej krajiny. V súčasnej dobe sa tento projekt rozšíril naozaj do celého sveta. Tak napríklad nižšie máte možnosť vidieť počet materských centier v jednotlivých krajinách, pričom tento počet sa neustále mení podľa potrieb jednotlivých komunít.

- MC v Nemecku v roku 1980 (400)
- MC v Holandsku v roku 1992 v Haagu - Dutch National Network of Mother Centers 1995;
- MC v Českej republike v roku 1992 - Sieť mateřských center 1995 (180)
- MC na Slovensku 1998 v Poprade – Únia materský centier 2003 (70)
- MC v Bosne 2002 – Zavidovica, utečenkine – Srbsko, Bulharsko, Albánsko, Macedónsko;
- MC v Kanade, Vancouver 2002 – pôvodné obyvateľstvo;
- 770 materských centier v MINE;

Na Slovensku, ako máte možnosť vidieť vyššie, prvé materské centrum vzniklo v Poprade v roku 1998 a neskôr v roku 2003 bola založená Únia materských centier, ktorá je ich zastrešujúcou organizáciou.

Programy, na ktoré sa orientujú jednotlivé materské centrá na Slovensku sú spoločné aktivity zjednocujúce rodinu a komunitu, ďalej kultúrne, spoločenské a športové podujatia najmä pri rôznych príležitostiach (Vianočné besiedky, stretnutia s Mikulášom, karnevaly, oslavy Dní detí, matiek i otcov), projekty v komunite - brigády pri zveľaďovaní okolia, úprava a udržiavanie detských ihrísk, rekreačné pobyty pre celé rodiny mimo priestorov Materského centra, osobitné aktivity na zapojenie otcov do výchovy detí a do väčšej účasti na rodinnom živote, integrácia rôznych sociálnych skupín – napr. zdravotne postihnutí, Rómovia, osamelí rodičia, nezamestnaní, dôchodcovia - ich zapojenie do aktivít Materského centra a realizácia osobitných projektov zameraných na integráciu týchto skupín obyvateľov. Je zrejmé, že materské centrá pracujú na úrovni komunity a tým pádom vedia bezprostredne reagovať na jej potreby a potreby rodín žijúcich v nej.

Práca v materskom centre je organizovaná podľa týchto nasledovných zásad:

- „nevyžaduje sa profesijná spôsobilosť pre zapojenie sa do rozhodovania a organizovania činnosti MC/RC,
- kolektívne rozhodovanie a deľba práce,
- podiel dobrovoľníckej činnosti na organizácii a vedení MC/RC,
- svojpomocná výmena služieb a informácií v súlade s morálnymi a etickými zásadami (skupina prijímateľov služieb - návštevníci MC/RC sú zároveň poskytovateľmi týchto služieb),
- v prípade, že je MC/RC aj zamestnávateľom, je zamestnávateľom ústretovým k rodine; umožňuje pružnú pracovnú dobu, prácu doma a čiastočné pracovné úväzky.

Únia materských centier šíri koncept materského centra, inšpiruje a podporuje vznik nových materských centier ako priestoru, v ktorom môžu mamy aj so svojimi malými deťmi zmysluplne prežívať obdobie, kedy sa plne venujú rodine – rozvíjať sa, vzdelávať, pracovať na sebe a nachádzať vľúdnú podporu vo svojej novej životnej situácii, vytvára fungujúcu sieť, v ktorej udržiava informovanosť materských centier, koordinuje spoločné aktivity a pomáha materským centrá v núdzi. Stará sa o trvalú udržateľnosť materských centier, komunikuje s predstaviteľmi verejného života, médiami, ostatnými mimovládnyimi organizáciami na Slovensku i v zahraničí“ (Výročná správa, 2010, s. 4). Svojou pôsobnosťou tak vytvára

dôveryhodné postavenie materských centier nielen ako zariadení trávenia voľného času, ale aj inštitúcií poskytujúcich ochranu práv detí, ich matiek i celých rodín. Toto jej poslanie zabezpečuje okrem poradenských činností, aj publikovaním, vzdelávaním, informovaním a organizovaním rôznych prednášok.

Materské centrá realizujú pestrú škálu aktivít orientovaných na rodiny s deťmi alebo rodiny pripravujúce sa na rodičovstvo:

Herňa, opatrovateľská služba pre deti, kurzy cudzích jazykov formou hry, pohybové a rytmické hry a cvičenia, výtvarné, keramické, divadelné a hudobné dielne, joga, hry na rozvoj zmyslu pre humor, sezónne denné i pobytové tábory, Kurzy cudzích jazykov, práce s internetom i PC, kurzy šitia, varenia, ručných prác, cvičenie s detičkami, masážne kurzy, kalanetika, aerobic, psychologická poradňa, psychoprophylaktická príprava na pôrod i rodičovstvo pre oboch partnerov, starostlivosť o novorodenca, kurzy nadobúdania zručností pre nezamestnané matky (nadobudnutie praxe svojpomocou v rôznych profesiách i oblastiach), poradenstvo pri dojčení, poradenstvo pre matky, obe domáceho násillia, prednášky a besedy s rôznymi odborníkmi z oblasti právnej, lekárskej, pedagogickej, psychologickej.

Aktivity pre celé rodiny

Kultúrne, spoločenské a zábavné programy pri príležitosti rôznych sviatkov: Vianočné besiedky, stretnutia s Mikulášom, oslavy Dní detí, matiek i otcov; rekreačné pobyty pre celé rodiny mimo priestorov materského/rodinného centra.

Iné aktivity

Kaderníctvo, manikúra, pedikúra a pod.; sezónne burzy detského ošatenia a potrieb, brigády v okolí budovy i pri úprave priestorov materského centra, realizácia rôznych projektov zameraných na integráciu rôznych sociálnych skupín, spoločné projekty so štátnou správou, podnikateľskými subjektmi i samosprávou.

Únia materských centier je inštitúciou zastrešujúcou záujmy všetkých materských i rodinných centier. V ich záujme iniciovala a zrealizovala projekty na podporu hodnoty materstva a myšlienky materských centier ako združení vytvárajúcich miesto pre rozvoj celej rodiny.

Medzi tieto základné projekty sa zaraďuje:

- Míľa pre mamu,
- Láskavo do života,
- Vstúpte s dieťaťom,

- Akadémia praktického rodičovstva.

Metódy práce s rodinami vo vybraných materských centrách na Slovensku

Na tomto mieste prezentujeme výstupy z kvalitatívneho výskumu realizovaného vo vybraných materských centrách Trenčianskeho kraja.

Cieľom výskumu je vzájomne porovnať metódy práce materských centier s rodinou, teda aktivity a programy materských centier – členov Únie materských centier, v prospech rodiny.

Čiastkové ciele:

Čiastkový cieľ 1: Zistiť rozdiely v metódach práce vybraných členov Únie materských centier.

Čiastkový cieľ 2: Zistiť najobľúbenejšie metódy práce vybraných členov Únie materských centier.

Čiastkový cieľ 3: Zistiť ako sú materské centrá podporované zo strany verejnosti.

Objekt výskumu

Objektom výskumu boli štatutárne zástupkyne jednotlivých materských centier, pričom tieto materské centrá sú členmi Únie materských centier (Rodinné centrum Ovečka Trenčianske Teplice, Materské centrum Srdiečko Trenčín, Materské centrum Včielka Považská Bystrica, Materské centrum Bosoráčik Lehota pod Vtáčnikom a Materské centrum Bambi Nové Mesto nad Váhom). Zameranie na štatutárne členky je najmä z toho dôvodu, že sú tvorkyňami celého programu činností a jednotlivých aktivít v prospech rodiny.

Výskum sme realizovali prostredníctvom kvalitatívneho výskumu ako primárnemu zdroju informácií pre vyriešenie danej problematiky. Zrealizovali sme komparáciu jednotlivých údajov, pričom na získanie týchto údajov sme použili metódu dopytovania, a to formou štruktúrovaného rozhovoru. Rozhovor pozostával z desiatich otázok. Otázky boli smerované na štatutárne členky jednotlivých centier. Následne získané informácie sme spracovali analýzou a indukciou.

Cieľom bolo porovnať metódy práce vybraných materských centier v prospech rodiny. Prostredníctvom kvalitatívneho výskumu sme získali odpovede na jednotlivé výskumné úlohy. Výskumné úlohy sme naplnili zodpovedaním jednotlivých otázok nášho

štruktúrovaného rozhovoru so štatutárnymi členkami vybraných centier. Po uskutočnení týchto rozhovorov, analyzovaní odpovedí a interpretácií výsledkov výskumu sme dospeli nasledujúcim záverom.

Otázka 1: Aké aktivity a programy vykonávajú materské centrá (členovia Únie materských centier) v prospech rodiny?

Výskumnou otázkou 1 bolo zistiť metódy práce členov Únie materských centier v prospech rodiny. Zistili sme, že materské centrá ako členovia majú pestrú ponuku svojich vlastných aktivít pre rodinu. Táto ponuka je obohatená i o aktivity, ktoré materským centrá vyplývajú z členstva v Únii materských centier. Samotné aktivity vyplývajú buď zo zamerania, alebo sú ovplyvnené aj ročnými obdobiami, či sviatkami. Všetky aktivity majú však jeden cieľ, a to spojiť rodinu, zabaviť, vzdelávať, ale i podporovať kreativitu, hravosť detí a odstrániť izoláciu rodičov a v neposlednom rade utužovať vzťahy medzi rodinami. Samotné aktivity sú podľa zistení určené pre celú rodinu a nie samostatne pre dieťa, pre matku, teda sú vykonávané v prospech celej rodiny. V porovnaní so súčasným stavom riešenej problematiky sme dospeli, k záveru, že vybrané materské centrá teda nerozlišujú aktivity podľa kategórií napríklad činnosti pre deti, matky či iné činnosti. Na tomto tvrdení sa zhodli i všetci účastníci výskumu. Ich snahou a poslaním je v konečnom dôsledku vykonávať metódy práce v prospech celej rodiny. Zdôvodnením tohto tvrdenia je fakt, že hoci činnosť, ktorá je primárne určená pre dieťa (herňa), ale zároveň sa tu vytvára priestor matkám, rodičom pre vzájomnú komunikáciu, výmenu informácií.

Otázka 2: Aké sú rozdiely v jednotlivých aktivitách a programoch materských centier?

Rozdielnosť jednotlivých materských centier sa odráža vo vykonávaných aktivitách. Výskumnou otázkou 2 bolo zistiť rozdiely, ktoré medzi vybranými materskými centrami existujú, respektíve úlohou 2 bolo zistiť rozdiely v metódach práce jednotlivých členov. Vykonávanie jednotlivých aktivít je závislé od určitých kritérií. Tieto ovplyvňujú pestrosť, ale i atraktivitu činností materských centier. Na základe výskumu sme dospeli k tomu, že rozdiely v metódach práce vybraných materských centier spočívajú v charaktere mesta/obce, atraktivite mesta, financiách a v neposlednom rade v dĺžke pôsobnosti materského centra. Tieto rozdiely sme zistili analýzou a porovnávaním vybraných členov Únie materských centier.

Otázka 3: Aké sú rozdiely v jednotlivých aktivitách materského centra umiestneného

v obci a umiestneného v meste?

Výskumnou otázkou 3 bolo zistiť rozdiely v metódach práce materských centier lokalizovaných v meste a v obci. Pri vyhodnocovaní a spracovaní tejto výskumnej úlohy sme zistili, že rozdiely spočívajú najmä vo vykonávaní pravidelných, či sezónnych aktivít, získanie finančných prostriedkov na chod a činnosť materského centra. Taktiež k výraznému rozdielu patrí aj samotná dĺžka pôsobnosti materského centra, jeho komunikácia s verejnosťou a otváracia doba. Avšak je dôležité, že aj mladé materské centrum, ktoré svoje aktivity vykonáva v obci sa snaží svojou existenciou prispievať k podpore rodiny, jej utužovaniu. Z výskumu nám v konečnom dôsledku vyplynula skutočnosť, že vybrané materské centrá umiestnené v mestách majú viac možností na realizáciu svojich nápadov a vykonávanie svojich aktivít.

Otázka 4: Ktoré z vykonávaných aktivít materského centra sú najviac navštevované?

Výskumnou otázkou 4 sme chceli zistiť, ktoré z jednotlivých využívaných metód prác sú najprítlačivejšie pre rodinu. Materské centrá ponúkajú širokú škálu svojich aktivít, či už ide o pohybové, vzdelávacie, relaxačné aktivity alebo zamerané na rozvoj zručností dieťaťa a i poradenstvo. Každá aktivita je pre matku, dieťa či celú rodinu prínosom. Materské centrá teda v súčasnej dobe pracujú s rodinou prostredníctvom rôznorodých metód. Tieto metódy sú charakteristické rôznym zameraním. Z výskumu nám vyplynulo, že medzi najprítlačivejšie aktivity patrí herňa spolu pohybovými aktivitami a tiež spoznávanie anglického jazyka. Takto odpovedala väčšina účastníkov výskumu. Musíme zdôrazniť, že tieto aktivity sú najprítlačivejšie v našich vybraných materských centrách. Okrem aktivít, ktoré si materské centrá samé vytvárajú a následne vykonávajú sa ako členovia Únie materských centier aktívne zúčastňujú na jej projektoch. Zistili sme, že najobľúbenejší projekt ako metóda práce so súčasnou slovenskou rodinou je Míľa pre mamu. Rovnako sa účastníci výskumu zhodli na tom, že tento projekt považujú za veľmi pozitívnu formu spolupráce medzi materskými centrami a Úniou materských centier.

Otázka 5: Akým spôsobom a prostriedkami je materské centrum podporované zo strany verejnosti?

Pre výkon svojich aktivít potrebujú materské centrá prostriedky, ktoré sú nutnou súčasťou zabezpečenia celého chodu centra. Vzhľadom k tomu, že materské centrá pôsobia ako občianske združenia, ktoré nie sú založené za účelom zisku, ale určitého spoločenského prospechu, je zrejme, že nedostatok prostriedkov či už finančných alebo materiálnych je ich

vážnym problémom. Preto výskumnou otázkou 5 bolo zistiť ako podporuje verejnosť či už orgány štátnej správy, samosprávy, podniky alebo občania, pôsobenie materského centra v mieste vykonávania jeho aktivít. Na základe výsledkov výskumu sme zistili, že materské centrá majú podporu nielen zo strany samosprávy, ale aj zo súkromnej sféry a rovnako od občanov. V porovnaní s dopadovou štúdiou z roku 2008 sa podpora materských centier zo strany súkromnej sféry zlepšila. V súčasnosti je každé materské centrum podporované akoukoľvek formou súkromným podnikateľským subjektom, teda vytvára s ním partnerstvo. Účastníci výskumu sa zhodli na tom, že samospráva, respektíve mesto, obec podporuje činnosť materských centier zväčša odpustením nájomného alebo jeho zaplatením, respektíve zaplatením energií. Občania sa snažia podporovať činnosť materských centier najmä 2 % z daní a súkromný sektor rôznymi darmi v podobe finančných alebo materiálnych prostriedkov. V konečnom dôsledku výsledky nášho výskumu potvrdili, že materské centrá aj napriek tomu, že sú podporované zo strany verejnosti, neustále bojujú s finančnými problémami, ktoré plynú z ich právnej formy. Nasledovne po interpretácii a zhodnotení výskumných otázok pristúpime k zhodnoteniu či náš výskumný cieľ a čiastkové ciele boli naplnené.

Záver

Z vyššie uvedeného je zrejmé, že materské centrá plnia nenahraditeľnú úlohu v práci s mladými rodinami a dokážu bezprostredne reagovať na potreby komunity, v ktorej fungujú. Postupom času sa ukazuje, že aj verejnosť si uvedomuje ich význam prostredníctvom služieb, ktoré poskytujú. Sú tu aj problémy, s ktorými sa materské centrá potýkajú a to častý nezáujem nových dobrovoľníkov o prácu v materských centrách. Často sa stretávame s tým, že rodičia sa naozaj aktívne s deťmi zapájajú do aktivít a služieb poskytovaných materskými centrami, ale ak by mali participovať aj na vedení alebo organizovaní týchto služieb, ich záujem klesá. Veríme, že členovia materských centier budú mať dostatok síl na to, aby dokázali motivovať nových dobrovoľníkov aj do budúcnosti.

Bibliografia

- ŠATÁNEK, J. 2004. Rodinné prostredie ako faktor socializácie a personalizácie osobnosti dieťaťa: Zborník čiastkových výstupov z riešenia vedeckovýskumnej úlohy VEGA 1/0244/03. *Súčasná rodina a jej premeny*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, 2004. s. 91 – 103. ISBN 80-8083-015-0.
- TIRPÁK, P. 2010. *Rodinná výchova*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, 2010. 146 s. ISBN 978-80-555-0142-0.

Výročná správa Únie materských centier za rok 2008. [cit. 22. 11. 2012]. [online]. Dostupné na:< http://www.materskecentra.sk/rocne_spravy_umc.html>.

Výročná správa Únie materských centier za rok 2010. [cit. 22. 11. 2012]. [online]. Dostupné na:< http://www.materskecentra.sk/rocne_spravy_umc.html>.

Výročná správa Únie materských centier za rok 2011. [cit. 22. 11. 2012]. [online]. Dostupné na:< http://www.materskecentra.sk/rocne_spravy_umc.html>.

Kontakt

doc. PhDr. Markéta Rusnáková, PhD.

Katedra sociálnej práce PF KU v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 03401 Ružomberok

e-mail: marketa.rusnakova@ku.sk

Recenzia

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D

PSYCHOSOCIÁLNI ASPEKTY ETIOLOGIE OBEZITY

Alena Vosečková

Abstrakt

V multifaktoriální etiopatogenezi obezity hraje důležitou roli řada faktorů zevního prostředí, které jsou často označovány společným názvem „toxický environment“. Psychosociální aspekty jsou neoddelitelnou součástí uvedeného komplexu ovlivňujícího vývoj tělesné hmotnosti v průběhu celého života každého individua.

Klíčová slova: Obezita, psychický dyskomfort, potravní chování, potravní motivace, sebehodnocení, sebeprožívání.

Úvod

Z hlediska pochopení individuální etiologie obezity je nezbytné, zejména při opakovaném selhávání v redukci, věnovat zvýšenou pozornost psychosociálním faktorům onemocnění. S tím souvisí oprávněný požadavek hlubšího poznání sil, které utvářejí chování člověka (dynamika osobnosti). Vnitřní svět každé osoby je složitou strukturou takovýchto sil, v tomto poli probíhají neustále změny tak, jak zvenčí přicházejí nové vjemy a jak jsou dřívější prvky měněny nebo i vyřazovány. Symptomatika jedince je tak zařazena nejen do kontextu určitých organických změn, ale také do kontextu jejího významu v konkrétním vývojovém období, v rodinném systému a v širším sociálním prostředí.

I když všechny teorie etiopatogeneze obezity vycházejí z rozsáhlých souborů empirických a výzkumných dat, míra významnosti přisuzovaná různými autory jednotlivým prvkům v systému (bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci) se liší. To vysvětluje vysokou míru odlišnosti, kterou mezi nimi nacházíme.

V průmyslově vyspělých státech světa, včetně České republiky, je konzumace stravy realizována formou podle libosti, vycházející z nabídky. Stravování je ovlivňováno řadou faktorů, které mohou způsobit rozvoj nevhodného, patologického způsobu stravování. Příjem potravy není určován jenom potřebou energie, která je vyjádřena pocitem hladu a sytosti, ale je formován řadou činitelů – fyziologických, psychologických, hedonistických a sociálních (viz tab. 1). Fyziologická regulace chuti k jídlu je komplexní děj koordinovaný z hypothalamu. Biologické tkáně lidského organismu tvoří řadu markerů, které stimulují (orexigenní) nebo tlumí (anorexigenní) chuť k jídlu a pocit hladu.

Osobnostní profil obézního pacienta

Studie zabývající se psychopatologií spojenou s obezitou neprokázaly v porovnání s jedinci s normální hmotností výraznější psychopatické rysy. Přesto zřejmě existují osobnostní vlastnosti, které zvyšují pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění (Segal, 1998). Obdobně jako u ostatních jídelních poruch se jedná o nízké sebehodnocení a pocity neschopnosti (Nakonečný, 1993). (Wooley, 1979) např. poukazuje na souvislosti mezi nárůstem hmotnosti u žen a afektivními poruchami. Hainer (1997) popisuje depresivní a úzkostné stavy, pocity izolace, diskriminace a ztíženého společenského uplatnění. Pro osobnost obézního pacienta je charakteristická zvýšená zranitelnost, neschopnost prosadit se normálním způsobem ve společnosti (Tiggemann, 2001). Podle Bašteckého (1993) mají obézní mnoho společných rysů s bulimickými pacienty, často nelze rozlišit mezi obézními s bulimií a obézními bez manifestně vyjádřené bulimie. Bjorvell a kol. (1985) zjistili u obézních vyšší skóre somatické anxiety, svalové tenze, strachu z tloušťky, impulzivity, vyhýbání se jednotvárnosti, nižší sociabilitu, převažující depresivní prožívání. Mnohé studie poukazují na zvýšenou citlivost obézních pacientů na zevní stimuly, zejména ty, které jsou spojeny s různými formami prožívaného psychického dyskomfortu. Svou roli zde sehraává obdobně jako u jiných onemocnění i subjektivně vnímaná kvalita života. Medin (1998) potvrdil nižší hladiny subjektivní spokojenosti se životem, podobné jsou nálezy autorů Pelcák, Vosečková (1995). Výsledky vyšetření FPI - Freiburgský osobnostní dotazník - odhalily vyšší skóre v položkách FPI 1 (nervozita), FPI 2 (spontánní agresivita), FPI 3 (depresivita), FPI 4 (vzrušivost), FPI N (emocionální labilita) a FPI 9 (sebekritičnost), nižší skóre v položce FPI M (maskulinita). Pro pacientky sledovaného souboru je tedy charakteristická zvýšená emocionální labilita, dráždivost a netrpělivost, zvýšená citlivost na vnější prostředí. Již při běžných problémech se projevuje nižší frustrační tolerance. Osobnostní rysy sledovaného souboru žen se promítají do proporcionálního zastoupení komponent obvyklého psychického stavu (OPS). Hodnoty komponent obvyklého psychického stavu vypovídají o prožívaném psychickém dyskomfortu. V porovnání se srovnávací skupinou žen převažují u souboru obézních hodnoty komponent tzv. "dezintegračního bloku". Zejména v komponentách O (impulsivní reaktivita), N (psychický nepokoj, rozlada), D (psychická deprese, pocity vyčerpání), U (úzkostné očekávání, obavy), S (sklíčenost) při nižších hodnotách komponent PE (psychická pohoda) a A (aktivnost, činorodost). Pro obvyklý psychický stav u sledovaného souboru obézních pacientek je tedy charakteristická zvýšená náladovost, obtížné sebeovládání, prožívání mnohdy blíže nespecifikovaných psychických tenzí, pesimismus, pocity slabosti, zmoženosti

a apatie, úzkostná nálada, pocity nejistoty a pasivní prožívání negativních důsledků prodělávané psychické zátěže .

Podle Faltuse (1993) obézní neregulují příjem potravy na podkladě endogenních signálů, spíše reagují na zevní stimuly. Atkinsonová (1996) popisuje u obézních vyšší citlivost vůči vnějším podnětům, které vzbuzují chuť (vzhled, vůně, chuť jídla) a menší citlivost vůči podnětům vnitřním (signály sytosti pocházející ze střev, motilita žaludku, podněty z center hladu v hypotalamu aj.). Mnohé studie poukazují na zvýšenou citlivost obézních pacientů na zevní stimuly, zejména ty, které jsou spojeny s prožívaným psychickým dyskomfortem (Málková, 1992). K psychologickému přeceňování hodnoty jídla dochází zejména tehdy, je-li člověk vystaven emocionálnímu strádání nebo nespokojenosti. V této souvislosti je popisována zejména etiologie obezity konfliktové a exogenní (Baštecký, 1993). První typ bývá kompenzačním mechanismem různých osobních konfliktů, druhý je výsledkem nesplněných přání nebo citové deprivace. Jejich příčinou bývají zejména náročné životní situace a události (Holmes a Rahe, 1967), ale i mikrostressory (Mohapl, 1992). Při působení extrémně nepříznivých zevních faktorů není již podle Honzáka (1985) nezbytným předpokladem vzniku obezity vnitřní predispozice. Zevní noxy tedy mohou působit jako specifický spouštěč vzniku a rozvoje obezity. Hejda a kol. (1987) zjistili, že 16 % obézních ze sledovaného souboru žen kompenzovalo jídlem pocity strachu a 21 % obézních pocity křivdy a deprese. Basdevant a spol. (1993) popisují postupný rozvoj patologického stravovacího chování při ztrátě blízkého člověka, které v tomto případě představuje ekvivalent sebemedikace umožňující udržovat depresivní symptomy na asymptomatické úrovni. U některých obézních vede ke zvýšenému příjmu potravy jakýkoli druh emočního vzruchu. Odlišnosti jsou u obézních oproti jedincům s normální hmotností v rovině behaviorální, zejména v konzumatorní fázi potravního chování. Obézní jedí častěji sladká jídla, mají zvýšenou frekvenci žvýkání, rychleji polykají sousta (Marston, 1975).

Osobnostní vlastnosti představují v interakci s životními událostmi a mikrostressory důležitý moderující faktor ovlivňující vulnerabilitu lidského organismu, pravděpodobnost vzniku obezity i samotný průběh a úspěšnost léčby.

Tělové schéma

Ve svém klasickém díle popsal Schilder (1950) tělové schéma jako prostorový obraz obklopující každého jedince. Je to neoddělitelná součást osobnosti, obsahový faktor „vědomí o sobě“, motiv k prožitku „jáství“, součást ego. Všechny tyto termíny nejsou užívány vždy v totožném smyslu, jsou to pojmy různých psychologických názorů, směrů a škol. Podle behavioristů existuje „jáství“ jako organizovaný systém odpovědí, který je funkčně jednotný.

Psychoanalytické ego je dynamicky organizujúci činiteľ, v P.C.A. (person centered approach) je základným témom kongruencie – inkongruencie (vzťah medzi „reálnym“ a „ideálnym“ ja), apod. (obr.1)

Obezita zpravidla zvyšuje citlivosť na svoj pohľad, typické je narušené prežívanie proporcií vlastného tela. Subjektívne vnímanie rozmerov tela môže byť u obezitého spojené s neprijatím jeho jednotlivých častí alebo tela ako celku alebo nadhodnocovanie rozmerov tela či jeho partií (briško, hyždě, stehna) Balcar (1995), Grogan (2000). Poruchy vnímania telového schématu môžu spôsobovať nejistotu v interpersonálnych vzťahoch, v kvalite sexuálneho života i v profesijnom vývoji. Telové schéma a vonjšie zjavy sú úzko väzované k sebahodnoteniu a sebaživaniu, to znamená procesy, ktoré sú významné pre vnútornú stabilitu a integritu osobnosti.

Telové schéma je posudzované prostredníctvom jeho sociálneho významu, to znamená tak, ako je hodnotené ostatnými ľuďmi. I v tejto oblasti hrá významnú úlohu jeho relatívna hodnota, výsledok srovnania s ostatnými ľuďmi i aktuálne prijímaným ideálom. Telové schéma môže byť dokonca i najdôležitejšou súčasťou vlastnej identity. Pokiaľ splňuje aktuálny ideál krásy, vytvára oporu vlastného sebavedomia. Podporuje pocity istoty, že je jedinec sociálne akceptovaný a pomáha mu dosiahnuť uspokojivé prestížne, najmä vo vzťahu ke druhému pohlaviu. V tomto smere ide i o stylizáciu pomocou oblečenia, ktoré telesné znaky podtrhuje alebo naopak zakrýva..

V priebehu ontogenezy existujú špecifické obdobia, kedy sú predovšetkým ženy vystavené väčšiemu riziku vzniku a rozvoju obezity (puberta, tehotenstvo, poporodné obdobie, klimakterium aj.). Vzestup telesnej hmotnosti, ktorý prechádza tehotenstvom a obdobím prechodu, môže byť spôsobený nielen zmenami hormonálnej sekrece, ale aj zmenou stravovacích zvyklostí a pohybovej aktivity. Klimakterium predstavuje nespecifický stresor, na ktorom sa okrem hormonálnych zmien podieľa aj rada ďalších faktorov. Ztráta reprodukčnej schopnosti je sprevádzaná symbolickou ztrátou mládí a feminity. Odchod dospelých detí z rodiny (syndróm prázdneho hniezda) často prispieva k partnerským konfliktom, na ktorých pozadí je neschopnosť prerozdelenia úloh a vzťahových vzorcov vnútri meniaceho sa rodinného systému (Balcar, 1995; Fraňková, 1996; Hainer, 1997).

Kritickým obdobím môže byť puberta. Všetchny zmeny súvisiace s pubertou majú svoj subjektívny význam. Komplexná zmena dospievajúceho zásadným spôsobom ovplyvňuje rozvoj jeho identity. Práve na ňu kladie dôraz Erikson (1959), ktorý označil obdobie puberty a adolescence ako fázu hľadania a vytvárania vlastnej identity. Vytváranie identity je aktívny proces, v ktorom jedinec rozvíja svoju predstavu o tom, kým by chcel byť a pokúša sa ju realizovať. Pubescent si aktívne buduje takéto pojetie seba sama, ktoré by novú situáciu lepšie

odpovídalo a bylo by zároveň i určitým integrujícím předpokladem dalšího rozvoje osobnosti. Změna chápání vlastní identity souvisí s rozvoje poznávacích procesů. K rozvoji nové funkční identity je třeba poznat svoje vlastnosti a kompetence. Introspekce, tj. zaměření na svou vlastní psychiku, představuje nový způsob sebepoznání. Pro sebepoznání je důležité i srovnání s jinými lidmi, především s vrstevníky. Pro adolescenty má jejich tělo velký význam a proto mu věnují značnou pozornost. Zevnějšek se stal cílem i prostředkem. Adolescent se potřebuje líbit. Jiným i sobě, aby se ubezpečil o své hodnotě. Zevnějšek je prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Existence společenské normy krásy poněkud omezuje a tlumí tendenci k dosažení větší individualizace v této oblasti. Krása je pojímána jako úkol, který je třeba splnit. Adolescent, zejména dívky, dokáží v tomto směru vyvinout značnou aktivitu, jen aby se takovému ideálu přiblížili (být hodně štíhlí, mít krásné dlouho vlasy apod.). Tendence k uniformitě je v dnešní době značná a je navíc podporována působením masmédií. Identifikace s určitým, pozitivně akceptovaným vzorem přináší jistotu, stejně dobrého sociálního hodnocení bez většího tlaku na individuální výběr. Je zjednodušeným řešením této složky identity. Prefabrikovaný vzor s velkou pravděpodobností zaručuje pozitivní hodnocení, ale za cenu ztráty individuality. Tuto skutečnost si mnozí adolescenti uvědomují a snaží se být alespoň do určité míry originální. Svoboda volby je ovšem i v této oblasti možným zdrojem nejistoty, protože výsledek nemusí být obecně pozitivně akceptován. Uniformita je sice ochuzením, ale je na druhé straně jistotou.

Přijetí sebe sama je obtížnější v případě, kdy jedinec neodpovídá „ideálu“ krásy (obezita je vnímána jako stigma). Subjektivní obraz je neuspokojivý, srovnání s ostatními vrstevníky také a možnost identifikace s podobně postiženou, ale zároveň nějak atraktivní osobností je problematická, méně dostupná nebo nebývá přitažlivá. V takovém případě je proces vytváření vlastní přijatelné identity obtížnější a potřeba obran větší (např. kompenzace nebo méně akceptabilní obranné techniky jako je rezignace či regrese). Negativní sebehodnocení je spojeno s různou intenzitou inkongruence, která pokud přetrvává, může mít patologické účinky (Speierer, 1994; Vymětal, 1996). Postupně může docházet k rozvoji pocitů méněcennosti a sociální izolace, jejichž důsledkem je nespokojenost, napětí, deprese, strach ze sociálních situací aj. Úspěšnost s jakou začlení do svého obrazu těla pubertální tělesné a tím i psychické změny, obvykle hraje významnou roli v průběhu dospívání a může ovlivnit i riziko případných poruch příjmu potravy .

Etologické faktory lidského potravního chování

Lidské potravní chování zahrnuje celý komplex aktivit od shánění potravin přes přípravu pokrmů až po jejich konzumaci. Uplatňuje se zde celá řada instinktivních a reflexivních prvků i kulturním prostředím podmíněných a naučených zvyků.

Působení chuťových podnětů na psychiku může být přímé nebo zprostředkované chuťovou vzpomínkou (vzpomínky na chutné jídlo, osoby, se kterými se stolovalo, situaci apod.). V této souvislosti hovoříme o tzv. vyladění potravního chování, na kterém se podílejí emoční faktory, kognitivní procesy i racionální hodnocení situace. Jedná se o složitý proces, který je podle Fraňkové (1997) výsledkem komplexu stimulů z vnitřních orgánů, hormonálních vlivů, podnětů z centrálních regulačních center, psychologických a sociálních vlivů. Základy lidského potravního chování mají společné znaky zejména s primáty a savci (Franck, 1996; Veselovský, 1992; Lorenz, 1993; Novacký, 1987).

Pro evoluci lidského potravního chování je charakteristický postupný ústup jeho instinktivního základu provázený současným rozvojem činnostních prvků s převahou vědomých a plánovaných aktivit. Jídlo se postupně stává nejen nástrojem sebezáchovy, ale i emočního uspokojení. Jídlo se tak může stát pro řadu lidí náhražkou nejrůznějších hodnot nebo specifických potřeb, včetně kontaktu s druhými lidmi, a často je jedinou formou seberealizace. Konzumace jídla představuje také specifický situační kontext, který nás provází v průběhu celé životní cesty. Sociální interakce jsou velice důležitou součástí potravního chování. Společné stolování dospělých s dětmi má např. vliv nejen na utváření potravního chování a postojů k jídlu, ale i vývoj osobnosti, zejména emoční vývoj a rozvoj sociálního chování. Fraňková (1997) v této souvislosti zdůrazňuje především význam způsobů podávání jídla, skupinového klimatu při jídle, způsobů distribuce jídla pro emoční vývoj a utváření sociálního chování. Kladné i záporné zážitky mohou bezprostředně ovlivňovat průběh zažívání i trávení. Mohou vznikat nežádoucí podmíněné reflexní spoje, preference a averze vůči některým potravinám a pokrmům.

Potravní motivace je charakteristickým rysem osobnosti a manifestuje se v nejrůznějších situacích. Rozmanitost jídelních situací je spojena s rozmanitostí vzorců chování, které si musí člověk osvojit, aby potvrdil vlastní sociální integraci, příslušnost k určité sociální skupině. V průběhu ontogeneze nabývá potravní chování jednotlivce charakteru sociální aktivity, dítě se začleňuje do okruhu činností spojujících členy společnosti. Svůj význam mají také rituály spojené s přípravou, podáváním a konzumací jídel, které jsou nositeli tradice a tudíž jistoty a řádu.

Velice důležitou stránkou tohoto procesu je rozvoj emočního vztahu k jídlu a situacím, které jsou s ním spojeny. Respektování jídelních zvyklostí podle Basdevanta (1993) nepřímo potvrzuje i přijetí skupinových hodnot, tradic a norem a vytváří znak členství ve skupině. Členství ve skupině saturuje celou řadu potřeb a z toho plynoucích specifických zisků, které mohou být významnější než obezita a její možné důsledky. Nejvíce se tento vliv projevuje v primární rodině nebo vrstevnické skupině.

Primární rodina ovlivňuje utváření stravovacích návyků, dietní režim, utváření hodnotícího systému vztahu k jídlu a způsobu stolování. Jídlo může být za určitých okolností i zcela specifickou formou komunikace v rámci rodinného systému

V průběhu vývoje člověka došlo k výrazným změnám v nabídce potravin, ke změnám složení konzumované stravy a se současnou změnou stravovacích zvyklostí. Důsledkem uvedených změn klesal objem zkonsumované stravy se současným zvýšením příjmu energie, především ve formě živočišných tuků a jednoduchých cukrů. Současně došlo k významnému poklesu konzumace dietní vlákniny z hodnot přesahujících 100 g/den/osoba na hodnoty kolem 10 g/den/osoba. Významné změny kvality, kvantity a složení stravy představují jednu z příčin vývoje patologického stravovacího schématu u některých osob. Za patologické stravovací schéma lze označit takové, které může být příčinou vzniku somatických, případně psychických onemocnění. Nevhodné stravovací zvyklosti charakterizované nadbytečně vysokým příjmem energie, konzumací sladkých a tučných jídel, je velice častou příčinou vzniku pozitivní energetické bilance, která je podstatou vzestupu tělesné hmotnosti, vzestupu množství tělesného tuku. Jídelní zvyklosti obézního jedince jsou charakterizovány sníženou frekvencí konzumované stravy v průběhu dne. Frekvence se omezuje u mnoha jednotlivců na jedno, max. dvě, energeticky vysoce denzní jídla. Velice často můžeme u obézního jedince pozorovat výraznou nepravidelnost stravovacího režimu.

Často dochází k vynechání snídaně, největší příjem energie je koncentrován do odpoledních, případně večerních hodin. K charakteristickým rysům stravovacího vzorce u obézního je uždibování (nibbling). U obézního lze v anamnéze vysledovat taktéž nárazové přejídání s omezením kontroly množství zkonsumované stravy. Obézní osoba v mnoha případech řeší stresovou situaci na pracovišti nebo v rodině, konzumací jídla, které slouží k odreagování, jídlo slouží jako odměna, má výrazně emocionální podtext. U obézních lze konstatovat taktéž sklon k rychlé konzumaci jídla. Současně jsou typické chuťové preference především jídel tučných (tuky nositelé organoleptických vlastností, současně zlepšují texturu stravy) a sladkých jídel (Hlúbik 2000).

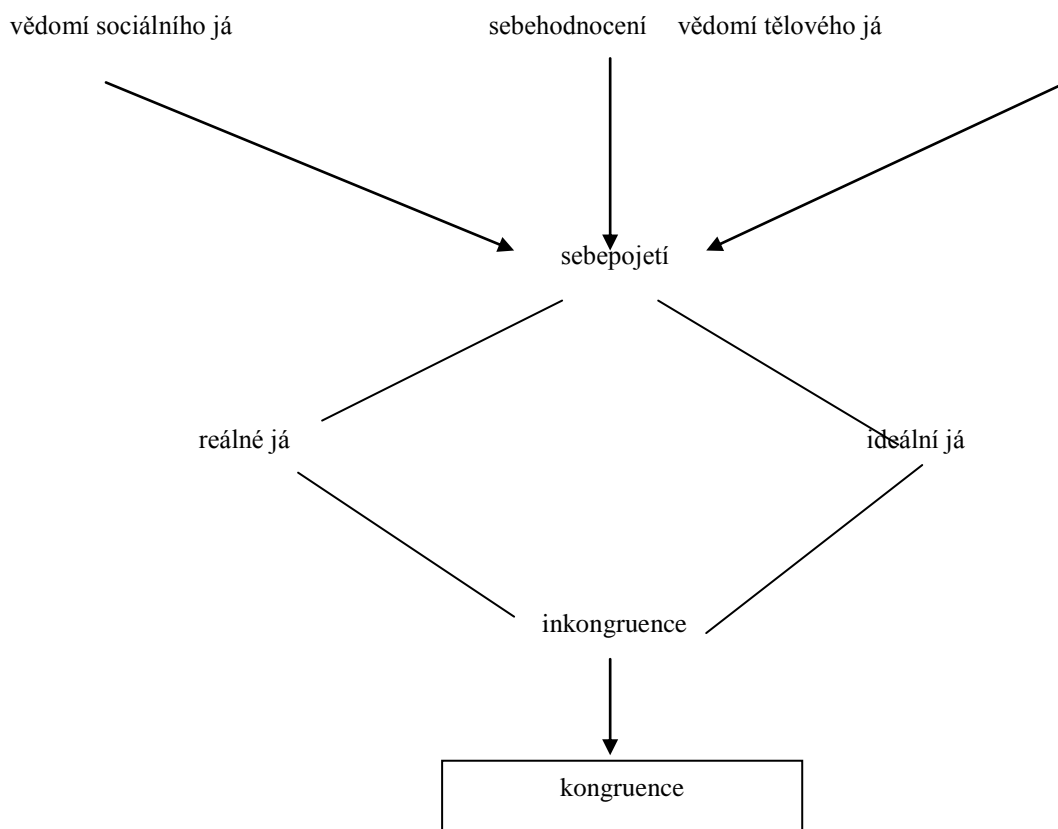
X. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Odlišnosti jsou u obézních oproti jedincům s normální hmotností v rovině behaviorální, zejména v jídelním chování. Obézní jedí častěji sladká jídla, mají zvýšenou frekvenci žvýkání, rychleji polykají sousta, jedí při současně jiné činnosti. Obézní neregulují příjem potravy na podkladě endogenních signálů, spíše reagují na zevní stimuly. Odlišnosti v reagování na zevní podněty a v jídelním chování se často projevují již od raného dětství a mohou souviset i se zvláštnostmi dyadického vztahu matka – dítě. V důsledku chybné percepce signalizovaných potřeb dítěte matkou může u dítěte docházet k nižší diferenciaci různých tělových pocitů a emocí, zejména pocitu hladu od jiných druhů strádání. Matka reaguje na jakýkoli projev nespokojenosti dítěte krmením. Dítě se následně učí reagovat na veškeré nepříjemnosti jídlem, chybně vnímá skutečné potřeby a neumí je vyjadřovat ani usilovat o jejich nasycení. Vzniká bludný kruh potravinového chování, které se v důsledku nedostačující citové interakce posiluje (Balcar, 1995; Fraňková, 1996).

Tabulka č. 1 : Faktory podílející se na formování způsobu stravování

Fyziologické faktory:	→ energetické substráty: cukry, tuky, bílkoviny → regulační pochody: endokrinní, pocit hladu a sytosti → energetický výdej: tělesná aktivita
Psychologické faktory:	→ osobnostní rysy → tělové schéma → rodinný systém → náročné životní situace a mikrostressory → kulturní vzorce, normy a hodnoty → nutriční vědomí → stravovací chování → vnější podněty a reklama
Hedonistické faktory:	→ vjemy zrakové: vzhled jídla → vjemy čichové: libá vůně → vjemy chuťové: příjemná chuť (obsah tuků!)
Sociální faktory:	→ společenské determinanty: vliv rodiny a školy (výchova ke stravovacím zvyklostem), vliv etnika, sociální vrstvy (socio-ekonomicko-kulturní) → pohlaví, věk, vzdělání

Obrázek č. 1: Dynamika sebezpojetí



Bibliografia

- Balcar, K. 1995: Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. Čs. Psychol.,34: 420-425
- Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.: Psychosomatická medicína. 1993, Praha, Grada, 363 s.
- Bjorvell H., Edman S., Rossner S., Schalling D.: Personality traits in a group of severely obese patients. Int J Obes, 9, 1985, 4, s. 257-266.
- Cooper Z., Fairburn G.: Behavioral approach to the treatment of obesity. Behaviour Research and Therapy, 39, 2001, 499-511.
- Drapela V. J.: Přehled teorií osobnosti. 1997, Praha, Portál, s. 176.
- Erikson E. H.: Child hood and society. Stuttgart, Norton 1959.
- Franck D.: Etologie. Nakl Karolinum, Praha 1996, 212 s.
- Fraňková S., Klein Z.: Úvod do etologie člověka. Nakl HZ Systém, Praha 1997, 193 s.
- Fraňková, S. (1996): Výživa a psychické zdraví. ISV, 271s.
- Grogan, S. (2000): Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Grada Publishing. 1.vyd., 182s.
- Hainer, V. (1997) et al.: Obezita 1.vyd.Praha, 126 s.

- Hlúbik P at all: The civilisation diseases – primary prevention in Czech Army conditions. In *Žywnienie czlowieka i metabolizm*. Warszawa: Institut żywności i żywienia,, 2000, vol. 27, s. 223-226.
- Holmes T. H., Rahe R.H.: The social readjustment rating seale. *J Psychosom Res*, 11, 1967, 213-218.
- Honzák R.: Psychické změny a poruchy při interních chorobách. *Novinky v medicíně*, 35, Praha 1985, 84 s.
- Krch, F.D., Drábková, H., Rathner, G. (1977): Vnímání vztahu mezi nadváhou, zdravotními a psychickými obtížemi u českých mužů a žen. *Prac.Lék.* 77:37-41
- Lorenz K.: *Základy etologie. Srovnávací výzkum chování*, Academia, Praha 1995.
- Málková I.: *Jak hubnout pomalu, ale jistě*. Praha, Avicentrum, 1992, 269 s.
- Medina, R. et al. (1998): Morbid obesity: Quality of life psychopathology. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders. Eight International Congress on Obesity*. Paris, France 29.8. – 3.9.1998. Abstracts, 22:24
- Mohapl P.: *Vybrané kapitoly z klinické psychologie*. 1991, Olomouc, Univerzita Palackého, Filozofická fakulta.
- Nekonečný M.: *Základy psychologie osobnosti*. Praha, 1993, Management Prev, s. 132.
- Novacký M., Czako M.: *Základy etologie*. Slov ped nakl, Bratislava 1987, 136 s.
- Pelcák S., Vosečková A.: Personal variabilities during falling in obesity and its treatment. *Inter J Obesity*, 19, 1995, supp 2, p. 131.
- Segal, A. et al. (1998): Obesity and psychiatric comorbidity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders. Eight international congress on obesity*. Paris, France 29.8. – 3.9.1998. Abstracts, 22:.47
- Schilder P.: *Image and Applarance of the Human Body*. Inter Univers Prev, New Yourk, 1950, 114 s.
- Speierer G.W.: *Dad differentielle inkongruenz – modell (DIM)*. Roland Asanger Veslag, Heidelberg, 1994.
- Tiggemann M., Lynch J. E.: Body emage across the life span in adult woman. The role of Hlf – Objectification. *Developmental Psychology*, 2001, 37, 243-253.
- Veselovský Z.: *Chováme se jako zvířata?* Panorama, Praha 1994, 194 s.
- Vymětal J.: *Rogersovská psychologie*. Český spisovatel, Praha 1996, 204 s.
- Wooley O., Wooley S., Dyrenforth S.: Obesity and women. *Women's Studies Internation Guarletly*, 2, 81-92.

Kontakt

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.,

Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové

e-mail: avoseckova@seznam.cz

Recenzia

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

REKONDIČNÍ POBYT DIABETIKŮ Z POHLEDU PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Vosečková Alena - Truhlářová Zuzana

Abstrakt

Autoři ve svém sdělení vycházejí z poznatků psychologie zdraví a behaviorální medicíny, referují o svých zkušenostech s využíváním moderátorů zdraví v komplexní péči o seniory - pacienty s diabetes mellitus (DM). Léčebné společenství jako terapeutický ekosystém specificky ovlivňuje průběh a úspěšnost léčby (compliance). Organizační a odborné požadavky tohoto systému mohou splňovat rekondiční pobyty jako součást léčebné péče o diabetika. Režimová a dietní opatření, která jsou funkční náplní rekondice, pozitivně ovlivňují hodnoty vybraných parametrů „somatického zdraví“ jedince (krevní tlak, glykémie, hmotnost). Z hlediska zvládnutí chronické nemoci má praktický význam posouzení pacienta na ose vulnerabilita – nezdolnost. V porovnání se zdravou populací byla u pacientů s DM zjištěna zvýšená zranitelnost (průměrná hodnota S.O.C. je statisticky významně nižší – u pacientů s DM $127,03 \pm 22,56$, u zdravé populace $146,6 \pm 14,23$), při vyhodnocení obvyklého psychického stavu převažuje zastoupení hodnot komponent tzv. dezintegračního bloku (impulsivní reaktivita, nervozita, úzkostné a depresivní ladění, sklíčenost). Tyto nálezy dokladují opodstatněnost rozšíření edukace diabetiků o problematiku zvládnutí nemoci.

Klíčová slova: diabetes mellitus, nezdolnost, psychologie zdraví, rekondice, vulnerabilita, zvládnutí chronické nemoci.

Úvod

Psychologie zdraví vznikla jako samostatná vědní disciplína v roce 1978. V roce 1985 byla Americkou psychologickou společností definována jako soubor specifických, vědeckých a profesionálních příspěvků psychologických věd k upevnování a uchování zdraví (health promotion and maintenance), k prevenci a léčbě chorob a identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemoci a k analýze zlepšování systému zdravotnické péče a utváření zdravotní politiky (5,7)

Jednou z hlavních rovin zájmu psychologie zdraví je již od 80. let podpora zdraví různých skupin populace. Vzhledem k nejednotnosti chápání tohoto pojmu připomínáme definici podle Ottawské charty (1986): **Podpora zdraví znamená snahu zlepšit celkovou úroveň zdraví, a to jak posilováním plně tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti proti nemocím (včetně zvládnutí nemoci).** Jde o proces, který má všem lidem umožnit větší míru samostatného rozhodování o zdraví a tím zvýšit jejich schopnost

posilování svého zdraví (aktivní zdraví). Model podpory zdraví rozlišuje 3 vzájemně se prolínající oblasti: **prevence - ochrana zdraví - zdravotní výchova** (3, 5)

Prevence

Základním cílem prevence je snížení rizika výskytu nemoci, zranění nebo jiných změn zdraví. Podrobnější definice je obvykle spojována s její klasifikací jako „primární“, „sekundární“ a „terciární“. *Primární prevence* odpovídá prevenci v tradičním medicínském pojetí a znamená opatření, jejichž cílem je zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů, majících za následek poruchu zdraví. *Sekundární prevence* zmírňuje a odstraňuje stávající poruchy zdraví běžnými medicínskými postupy, včetně psychologické intervence. Cílem léčby je „restitutio in sano“. *Terciární prevence* usiluje o zmírnění následků poruchy zdraví, eliminaci vlivu faktorů vzniku a rozvoje určité poruchy (spouštěče a posilovače), snížení pravděpodobnosti výskytu nové ataky nemoci nebo dekompenzace zdravotního stavu. Důležité je cílené využití možností ovlivňování psychosociální adaptace na nemoc, včetně sociálního začlenění pacienta do života.

Ochrana zdraví

Ochrana veřejného zdraví vychází ze stanovení pravidel chování osob při tvorbě a ochraně životních a pracovních podmínek, předcházení vzniku, šíření a omezení výskytu infekčních nemocí, nemocí z povolání a dozoru nad jejich dodržováním. Nedílnou součástí je monitorování rizikových faktorů na všech úrovních bio-psycho-sociálního systému. Zahrnuje také právní a ekonomickou kontrolu těchto oblastí.

Zdravotní výchova

Komplexně chápaná zdravotní výchova by měla ovlivňovat znalosti, postoje a chování populace k aktivnímu zdraví (3, 4, 10, 12). Zdravotní výchova zahrnuje kromě formalizované formy vzdělávání ve školách a institucích také sociální učení v primární rodině (procesy nápodoby a identifikace vzorců chování), vrstevnických skupinách, v etniku, ve společnosti. V kontextu zdravotnických služeb působí další významné faktory vycházející z existujícího rozporu mezi obecně deklarovanou potřebou prevence a modelem zdravotní péče, z kvality a rozsahu poskytované zdravotní péče, z charakteru vztahů pacient - zdravotní personál. Uvedený model podpory zdraví ukazuje na nutnost funkčního propojení jeho jednotlivých úrovní. Jednu z možností představují rekondiční pobyty pacientů s chronickým onemocněním, rozšiřující edukaci o málo docenovaný rozměr **subjektivního zvládnání nemoci**. Z pohledu psychologie zdraví považujeme za velice efektivní eklektické využití technik psychoterapie, pracovní a činnostní terapie v rámci skupinového edukačního procesu.

Rekondiční pobyty zcela přirozenou cestou vytvářejí tzv. **léčebné společenství**, jedná se

o specifický sociální systém, který zprostředkovává svým členům terapeutickou zkušenost. U řady pacientů může poskytovat velice důležitý salutoprotektivní faktor – percipovanou sociální oporu. Na úrovni subjektivního prožívání poskytuje pro člověka velice důležité pocity sounáležitosti, pocit, že „člověk někam patří“. Atmosféra důvěry a bezpečí vytváří prostor nejen pro experimentování s vlastním chováním (návik nových vzorců chování), ale i pro otevření a řešení celé řady problémů souvisejících s chronickou nemocí, se vztahy k ošetřujícímu personálu, s rodinným systémem, zaměstnáním aj.).

Léčebné společenství je specifickým případem sociálního učení. Učení se na zkušenosti druhých poskytuje účastníkům skupinové práce zcela odlišný zážitek než klasické formy edukace. Probíhá v interakci s druhými lidmi, ve nezaměnitelné sociální situaci, důležitý je prožitek „zde a nyní“. Učení má zároveň integrativní charakter, zahrnující celou osobnost pacienta (19).

Léčebné společenství představuje **ucelený terapeutický systém** (ekosystém), jehož součástí jsou kromě standardních léčebných metod všechny společné aktivity, včetně využití volného času pacientů (vycházky do přírody, cvičení, klubové večery aj.). U našem případě byla u pacientů s DM klasická edukace rozšířena o problematiku stresu a jeho zvládnání, skupinovou práci na téma „Můj život s DM“, návik jednoduchých relaxačních technik aj.

Charakteristika souboru

Rekondiční pobyt byl realizován v rámci činnosti Diabetologického centra GMK v Hradci Králové formou dvou týdenních pobytů (duben, září 2011). Soubor tvořilo 62 pacientů (25 mužů, 37 žen, věkový průměr $57,7 \pm 14,4$ let), průměrná hmotnost $87,15 \pm 2,1$ kg. 18 pacientů (29,03 %) mělo DM 1. typu s negativní hodnotou C peptidu. Byli léčeni intenzifikovaným inzulínovým režimem (IIR), z toho 9 pacientů (14,51 %) systémem kontinuální inzulínové infúze, tedy pomocí přenosné inzulínové pumpy. 44 pacientů s DM 2. typu bylo léčeno dietou a perorálními antidiabetiky. Celková doba léčby DM u souboru byla $11 \pm 5,9$ let. Klasická náplň pobytu (edukace a kontrola základních fyziologických parametrů) byla rozšířena o psychologickou rovinu. Její hlavní částí byl kromě orientačního psychologického vyšetření skupinový program „Můj život s diabetem“. Skupinové práce se na bázi dobrovolnosti zúčastnilo 18 účastníků rekondice.

Obsahová náplň rekondičního pobytu

Rekondiční pobyty byly vedeny týmem odborníků ve složení lékař – diabetolog, 1 zdravotní sestra, a 1 sociální pracovnice se zaměřením na pohybovou aktivitu. Odborná náplň edukace byla zajištěna lékařem – diabetologem a externími spolupracovníky. Zdravotní výchova probíhala na 2 rovinách :

Klasická edukace

- Podstata diabetu, mechanismus pôsobení inzulínu, inzulínorezistencia
- Selfmonitoring, fyziologické hodnoty, vedení záznamů
- Léčba diabetu dietou, racionální výživa
- Význam fyzické aktivity, vhodné sporty, denní rozcvička s ukázkami cvičení
- Pozdní komplikace diabetu (diabetická noha, retinopatie, neuropatie), prevence
- Novinky v diagnostice a léčbě diabetu

Psychologické aspekty života s diabetem

Program byl realizován na jarním a podzimním rekondičním pobytu pacientů. Před 1. blokem proběhlo motivační sezení, kde byli pacienti seznámeni s cíli a obsahovou náplní programu. První blok byl orientován na problematiku stresu (kognitivní mapa stresu, nácvik relaxace). Součástí programu bylo vyšetření vybraných moderátorů zdraví, které ovlivňují schopnost pacienta zvládat stres (coping) a ovlivňují compliance.

U všech účastníků rekondičního pobytu byly zmapovány vybrané **salutoprotektivní prvky životního stylu** :

- subjektivní kvalita prožívání seniorů - pacientů s DM při respektování působících situačních kontextů a dynamiky onemocnění (SUPOS 7) v průběhu pobytu (celkem 6 měření).
- individuální schopnost zvládat stres (nezdolnost typu S.O.C.)
- prostřednictvím řízeného rozhovoru jsme zmapovali také základní proměnné ovlivňující compliance (věk, pohlaví, typ diabetu, druh terapie a její průběh, komorbidita aj.)

V průběhu pobytu si pacienti měřili hladinu glykémie, krevní tlak a hmotnost (začátek a konec pobytu). V druhém bloku byli účastníci seznámeni s výsledky orientačního psychologického vyšetření. Hlavní důraz byl položen na sebezpoznaní pacientů a problémy související s chronickým charakterem onemocnění, podporu zdraví ve smyslu well-being. Na program podpory zdraví navazuje podle potřeby individuální příp. rodinná podpůrná psychoterapie, rozšiřující standardní somatickou péči o diabetiky.

Průběh každého sezení byl členěn do třech fází :

- rozehrívací techniky (vyladění atmosféry ve skupině, snížení tenze)
- vlastní skupinová práce
- relaxace sloužící ke zklidnění a uvolnění členů skupiny, závěr

Výsledky

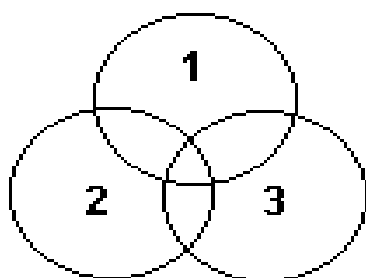
Průměrné hodnoty krevního tlaku, glykémie a hmotnosti měřené na začátku a konci pobytu nebyly statisticky významně odlišné (Tabulka 1), je zde naznačen trend snížení uvedených hodnot. Větší změny jsme vzhledem k délce pobytu (týden) nepředpokládali.

Tabulky 2,3 ukazují hodnoty nezdolnosti S.O.C. V porovnání se zdravou populací je patrná zvýšená zranitelnost diabetiků (průměrné hodnoty S.O.C. jsou nižší než u zdravé populace). U souboru byla rovněž sledována polarita aktuálního psychického stavu (APS) a jeho změny v průběhu pobytu. Graf 1 ukazuje rozdíly APS na začátku pobytu (převažující zastoupení hodnot komponent tzv. dezintegračního bloku- impulsivní reaktivita, nervozita, úzkostné a depresivní ladění, sklíčenost a na konci pobytu, kdy byl naznačen zvýšený tzv. aktivizační blok (PE+A), který odráží u aktivitu, zájem o dění v okolí a celkový pocit zvýšené pohody seniorů.

Diskuse

Režimová a dietní opatření, která jsou funkční náplní rekondice, pozitivně ovlivňují hodnoty vybraných parametrů „somatického zdraví“ jedince (TK, glykémie, hmotnost). Vzhledem k délce pobytu však nelze očekávat u celého souboru statisticky významné změny hodnot. Bez ohledu na kvalitativní stránku těchto změn, ovlivňuje pobytový režim spolu s empatickým individuálním zhodnocením zdravotního stavu diabetologem, posílení a rozvoj zdraví podporujících vzorců chování diabetiků v období do další rekondice. Objektívni potřebu psychologické intervence u chronických pacientů dokládá řada prací (6,8,9,11). Potvrzují pozitivní změny v subjektivním vnímání procesu zdraví - nemoci u takto léčených pacientů (celkové zvýšení compliance). Psychosociální intervence je v tomto pojetí chápána jako nedílná součást komplexní péče o pacienta. Z hlediska zvládnání chronické nemoci má praktický význam posouzení pacienta na ose vulnerabilita – nezdolnost (1, 23). V interakcích s náročnějšími situacemi nebo stresem dochází u vulnerabilních pacientů ke specifickému subjektivnímu zpracování situace, které následně ovlivňuje komplexní odezvu organismu (13,14,17,21,25) Z hlediska komplexní péče o diabetika má význam kvalita subjektivního prožívání. Řada literárních pramenů poukazuje na vzájemnou souvislost mezi prožitky dyskomfortu a stabilitou hladiny glykémie (15,16,20,22,24). Psychický stav je dynamickou proměnnou, odrážející vzájemné interakce vnějších i vnitřních situačních proměnných (4,18). Převažující negativní prožívání pacientů s DM se odráží v řadě vegetativních obtíží, které primárně nesouvisí s DM (bolesti hlavy, vertebrogenní obtíže, poruchy spánku, zažívací obtíže aj.). Představují zároveň zdroj dyskomfortu a zpětně ovlivňují subjektivně prožívanou kvalitu života pacienta a průběh nemoci.

Schéma 1. Model podpory zdravi



1. Prevence (Prevention)
2. Ochrana zdravi (Protection)
3. Zdravotní výchova (Education)

Tabulka 1. Fyziologické parametry u sledovaného souboru

Měření	TK _S	TK _D	Glykémie	Hmotnost
Vstupní	149, 2 ± 13,8	92,9 ± 14,7	8,83 ± 8,7	87,2 ± 2,2
Výstupní	147, 2 ± 12,7	84,7 ± 11,1	8,36 ± 2,6	86,9 ± 14,8

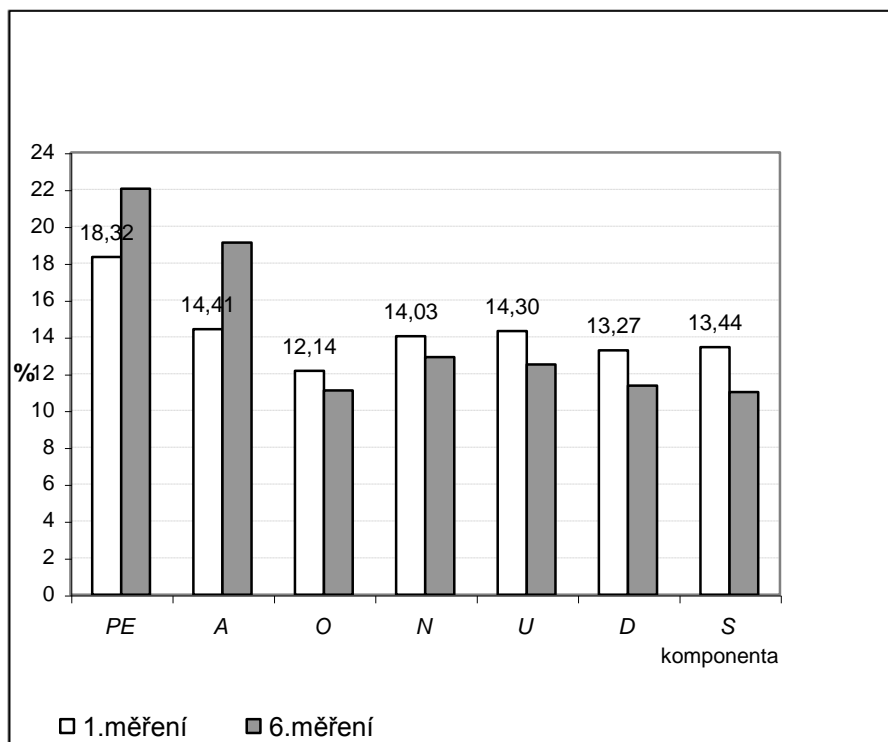
Tabulka 2 Hodnoty S.O.C. u sledovaného souboru

	Průměr	Medián	SD	Min	Max
Nezdolnost S.O.C.	127,03	122,0	22,56	57,0	173,0
Comprehensibility	3,91	3,82	0,84	2,09	5,69
Manageability	4,55	4,60	0,91	1,60	6,40
Meaningfulness	4,82	4,75	1,11	1,75	6,50

Tabulka 3 Hodnoty S.O.C.

Skupina	S.O.C.	Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness
Zdravá populace (n =1822)	146,5	4,36	5,38	5,64
Pacienti s DM (n = 62)	127,0	3,91	4,55	4,82

Graf 1 Procentuální zastoupení komponent OPS u sledovaného souboru na začátku (1.měření) a na konci pobytu (6.měření).



Závěr

Léčebná péče realizovaná Diabetologickým centrem GMK v Hradci Králové vychází z praktické potřeby začlenění problematiky zvládnání chronicity nemoci a rozvoje zdraví podporujících vzorců chování ve smyslu well-being do kontextu komplexní léčby pacientů s diabetes mellitus. Rekondiční pobyty při respektování nezbytné odborné úrovně obsahují přirozený potenciál pro realizaci léčebného společenství v praxi. Zkušenosti s léčebným modelem lze shrnout do těchto bodů:

- screeningové vyšetření moderátorů zdraví jako standardní součást léčby pacientů s DM umožňuje posoudit individuální schopnost zvládat nemoc
- subjektivní kvalita prožívání pacienta je výsledkem interakce řady faktorů, které je nezbytné v individuální léčbě zohlednit
- skupinové programy zaměřené na zvládnání stresu a nemoci vhodně doplňují klasickou edukaci diabetiků
- léčebné společenství je komplexním terapeutickým systémem, vhodným pro léčbu chronického pacienta
- postupná změna životního stylu pacienta, jeho aktivní podíl na prevenci komplikací

diabetu, subjektívni zvládání chronicity onemocnění, jsou základní problémy, které nelze řešit bez účasti **preventivní diabetologie**.

Bibliografia

Antonovsky, A.: The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc. Sci. Med., č. 36, 1993, s. 725 – 733. -

Bakal, D.,A.: Psychology and health: Springer Publ. Corp., New York, 1992, 196s.

Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Praha, Grada, 1993.-

Downie, R.,S., Tannahill, C., Tannahill, A.: Health education. In: Health promotion. Models and values. Oxford University Press, New York, 1996.-

Feurstein, M., Labbé, E.,E., Kuczmierczyk, A.,R.: Health psychology. A psychobiological perspective,, Plenum Press New York, 1986.-

Fialová,D., Fiala,Z., Hlúbik,P., et al.: Účinek kombinované terapie na osoby se zvýšenou tělesnou hmotností. Medicina Sportiva,č. 9, 2000, s. 103 – 104.-

Gafvels, C.: A study of experience and consequences of diabetes. Increased psychosocial support in the care of diabetes is needed. Lakartidningen, č.96, 1999, s. 2211 – 2214.-

Graziani, C., Rosenthal, M.,P., Diamond, J., J.: Diabetes education program use and patient – perceived barriers to attendance.. Fam. Med., č. 31, 1999, s. 358-363.-

Griffin, J., A., Gilliland, S., S., Perez et al.: Participant satisfaction with culturally appropriate diabetes education program: the native American Diabetes project. Diabetes Educ., č.25, 1999 s. 351-363.-

Hlúbik,P., Malá,H.: Terapeutické možnosti u obézních pacientů. Aktuální problémy v obezitologii. Hradec Králové, 7.4.2000.

Honzák, R.: .Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu. Vydavatelství UK, Praha,1992.-

Larsson, D., Lager, I., Nilsson, P.M.: Socio-economic characteristics and quality of life in diabetes mellitus relation to metabolic control. Scand..J. Public Health. Č. 27, 1999 s. 111-115.-

Lazarus, R., S.: Psychological stress and the coping process. Mc Graw Hill. New York, 1966.-

Lloyd, C.,E., Dyer, P., H., Lancashire, R.,J., et al.: Association between stress and glycemic control in adults with type 1 (insulin dependent) diabetes. Diabetes care, č. 22, 1999, s.1278 – 1283.-

Lozano, M., L., Armale, M.,J.: The education of type 2 diabetics. Aten. Primaria, č.23, 1999, s . 485-492.-

Lundman, B., Norberg, A.: The significance of sense of coherence for subjective health in person with insulin – dependent diabetes. *J. Adv. Nurs.*, č.18, 1993, s. 381 – 386.-

Mikšík, O.: K posuzování struktury a dynamiky psychických stavů. *Čs. Psychologie*, č.24, 1980, s. 411 – 412.-

Mohapl, P.: Úvod do psychologie zdraví a nemoci. Vydavatelství University Palackého, Olomouc, 1992.

Okamura, F., Tashiro, A., Utsumi, A., et al.: Insulin resistance in patients with depression and its changes in the clinical course of depression: a report on three cases using the minimal model analysis. *Intern. Med.*, č. 38, 1999, s. 257 – 260.-

Orlandini, A., Pastore, M., R.: Personality traits and metabolic control. *Psychother. Psychosom.*, č.66, 1997, s. 307 – 313.-

Peyrot, M., McMurry, J., F., Kruger, D.,F.: A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J. Health Soc. Behav.*, č. 40, 1999, s. 141 – 158.-

Pelcák, S., Vosečková, A.: Možnosti využití nezdolnosti typu S.O.C. v léčebně-preventivní péči. *Sociální procesy a osobnost*, č. 99, 1999, s.108 – 115.-

Sonnaville, J., J., Bouma, M., Colly, L., P., et al.: Sustained good glycaemic control in NIDDM patients by implementation of structured care in general practice: 2-year follow-up study. *Diabetologia*, č. 40, 1997, s.1334 – 1340.-

Šolcová, I., Kebza, V.: Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Čs. psychologie*, č. 17, 1998, s. 32-43.-

Šolcová, I., Kebza, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Čs. psychologie*, č. 43, 1999, s. 19 – 39.-

Kontakt

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.,

Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové

Diabetologické centrum, Klinika gerontologická a metabolická, FN - Hradec Králové

e-mail: AVoseckova@seznam.cz

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D

Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové

e-mail: zuzana.truhlarova@uhk.cz>;

Recenzia

doc.PhDr. Irena Kamanová,PhD.

ABSTRAKTY PRÍSPEVKOV

ÚROVNE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA ÚZEMÍ
MAĎARSKEJ REPUBLIKY
ELLÁTÁSI SZINTEK A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN

Hüttneré Szabados Mária

Abstrakt

V prednáške predstavujeme štruktúru ošetrovania v maďarskom zdravotníctve, ktorá je postavená na zákone z roku 1997 CLIV. Po vyjasnení základných pojmov prezentujeme taktiež práva pacientov a osôb pracujúcich v zdravotníctve. Venujeme sa problematike poskytovaniu základnej zdravotnej starostlivosti - ošetrovaniu, odbornej starostlivosti u ambulantných aj hospitalizovaných pacientov a taktiež systému vzdelávania v maďarskom ošetrovatel'stve.

Po stručnom historickom prehľade sa ozrejmia aj rozličné možnosti vo vzdelávaní. Záverečnú myšlienku venujem súčasnému postaveniu ošetrovateľov v našej spoločnosti.

Kľúčové slova : ošetrovateľská starostlivosť, ošetrovateľ/sestra, zdravotnícka starostlivosť, práva pacientov.

Kontakt

Hüttneré Szabados Mária,

Egyetemi okleveles ápoló

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Országos Szociális Szakmai Tagozat elnökségi tag

PREHLADOVÉ HESLÁ

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV

Irena Kamanová

S pojmom kvalita života sa veľmi často stretávame v odbornej, vedeckej aj laickej terminológii. Často býva tento termín zamieňaný s pojmom životný spôsob, životná úroveň a životný štýl. Obsah pojmu kvalita života si človek najlepšie uvedomuje najmä vtedy, keď sa jeho životná situácia zásadným spôsobom zmení. Zásadnou zmenou u seniora je vstup do dôchodku. Mení sa jeho sociálna pozícia, zmeny doterajších hodnôt. Doterajšie hodnoty, ktoré dodávali jeho životu zmysel (zamestnanie, pracovné vzťahy..) prestávajú platiť a nové ešte nie sú vytvorené. Postoj seniora by mal viesť k tvorbe a aplikácií nových noriem, k osobnej aktivite zameranej na naplnenie „vlastných predstáv o kvalitnom živote“, nakoľko kvalita života sa považuje za subjektívnu kategóriu. (Tokárová, 2002).

Táto subjektívna kategória je ovplyvňovaná vonkajšími okolnosťami (politické, ekonomické, kultúrne podmienky), ktoré môžu pôsobiť ako determinanty kvality života. Najdôležitejším faktorom je samotný človek a jeho životný postoj. Kvalitu života môžeme podľa Hartla a Hartlovej (2000) chápať ako mieru seberealizácie a duševnej harmónie, čiže mieru životnej spokojnosti a nespokojnosti, vyjadrenie pocitu životného šťastia, k najvšeobecnejším znakom sebestačnosti pri obsluhu vlastnej osoby a pohyblivosti.

Sociologický slovník (1996, s. 557) definuje kvalitu života ako pojem, ktorý označuje „*kvalitatívne parametre ľudského života, životného štýlu a životných podmienok spoločnosti*“. Kvalita života je komplexná kategória, ktorá v sebe zahŕňa sociálne, biologické, psychologické a duchovné podmienky života seniora. Väčšina autorov koncepcií individuálnej kvality života vychádza z teórie pocitovanej kvality života ako subjektívneho hodnotenia spokojnosti, respektíve nespokojnosti s jednotlivými oblasťami života. Následne táto subjektívna percepcia kvality života implicitne odráža v sebe aj podmienky, okolnosti a sociálne vzťahy, v ktorých človek prežíva svoj život. Komplex týchto podmienok umožňuje človeku dosiahnuť pocit šťastia a spokojnosti. (Balogová, 2005).

Kováč (2001) chápe kvalitu života seniorov na troch úrovniach: **bazálnej, strednej a metaúrovňovej**. Bazálna úroveň kvalitu života je aplikovateľná na celú periodizáciu ľudského veku a jej obsah tvorí šesť komponentov: narodiť sa a žiť vo funkčnej rodine, mať telesné ustrojenie v norme, disponovať psychickým potenciálom, nadobudnúť isté pre život dôležité kompetencie, hodnoty a postoje, žiť v životodarnom prostredí, mať primerané

materiálno-sociálne zabezpečenie na prežitie v ktorejkoľvek fáze celoživotného vývinu. Keďže seniori už z týchto kritérií niektoré nemôžu splňať (napríklad funkčná rodina alebo telesné ustrojenie v norme), môže nastať znížená kvalita života. Výraznú nekvalitu života spôsobenú nesplnením niekoľkých kritérií bazálnej úrovne kompenzujú komponenty strednej úrovne kvality života, napríklad udržiavanie alebo nadobúdanie nových vedomostí či kompetencií (účasť v univerzitách tretieho veku) a čo je veľmi dôležité, komponentom strednej úrovne kvality života je využívanie voľného času seniorov na rozvíjanie rôznych záujmových činností a koníčkov, účasť na klubovom živote. Kvalita života je ovplyvňovaná viacerými objektívnymi a subjektívnymi faktormi. Jedným z najdôležitejších z nich je dobrý zdravotný stav, ktorý podmieňuje sebestačnosť seniorov. Ďalším faktorom je dostatočný príjem, umožňujúci uspokojovanie potrieb starších ľudí a poskytovanie sociálnej, zdravotníckej i špirituálnej starostlivosti. Veľa starších ľudí sa sťažuje na osamelosť. Medzi závažnosťou osamelosti a spôsobom bývania nie je priama súvislosť. Najväčšiu osamelosť často pociťujú ľudia bývajúcí v inštitúciách. Starší ľudia uprednostňujú bývanie vo svojej domácnosti, aj keď bývajú sami a ich domácnosť nie je dobre vybavená, pred bývaním v komfortnom zariadení pre seniorov. Preto by snaha o pomoc starším ľuďom mala byť zameraná na ich udržanie v domácom prostredí, pokiaľ je to možné. Udržanie kvality života je prvoradým cieľom starostlivosti o seniorov.

Výskumný medicínsky prístup ku kvalite života najkomplexnejšie reprezentuje projekt Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL (1997), ktorý predpokladá, že na kvalite života sa podieľa šesť oblastí (domén) s rôznym počtom indikátorov v nich. Ide o nasledovné domény: **Telesné zdravie** (indikátory: energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a odpočinok). **Psychické funkcie** (indikátory: imidž vlastného tela a zjavu, negatívne a pozitívne emócie, sebahodnotenie, myslenie, učenie, pamäť a pozornosť). **Úroveň nezávislosti** (indikátory: mobilita, aktivity v každodennom živote, závislosť od liekov a zdravotných pomôcok a pracovná kapacita). **Sociálne vzťahy** (indikátory: osobné vzťahy, sociálna podpora a sexuálne aktivity). **Prostredie** (indikátory: finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravie a sociálna starostlivosť, prostredie domova, možnosti získať informácie a kompetencie, fyzikálne prostredie (hluk, klíma, premávka), doprava). **Spiritualita** – osobné presvedčenie.

Pri klinickom prístupe sa kvalita života podľa Zikmunda (In: Kováč, 2001) dosahuje týmito ukazovateľmi: zmiernovanie (zbavovanie sa) utrpenia (telesného i duševného), predovšetkým bolesti; dosahovanie nezávislosti jedinca od iných osôb v každodennom kolobehu, života; schopnosť, resp. spôsobilosť zvládať náročné životné situácie, záťaž a stres; spôsobilosť žiť

vo vyhovujúcich spoločenských vzťahoch, zapájajú sa do spoločenských aktivít; vlastné zabezpečovanie života uspokojovaním konkrétnych, predovšetkým materiálnych potrieb; spokojnosť s vlastným životom, príležitostná radosť z neho a zážitky šťastia.

Ak chceme hovoriť o kvalite života seniora, ide o hodnotenie individuálnej kvality života (Individual Quality of Life). Všeobecne sa za základ hodnotenia individuálnej kvality života považuje šesť ukazovateľov: fyzická pohoda, materiálna pohoda a kvalita medziľudských vzťahov, sociálne a občianske aktivity, osobnostný rozvoj, sebarealizácia, rekreácia. (Kováč, 2001).

Záverom podľa jednotlivých teórií a prístupov charakterizujeme kvalitu života ako: súhrn objektívnych a subjektívnych indikátorov a preindikátorov na:

- a) úrovni fyzickej- existencie jednotlivca (fungovanie jednotlivých orgánov a orgánových systémov) „jednotlivec musí byť/žiť.“
- b) na mezo úrovni - fungovanie jednotlivca v sociálnych interakciách „jednotlivec žije v kultúre, subkultúre.“
- c) na makro úrovni - v spoločnosti dodržiavaním jednotlivých princípov Ochrany seniorov „jednotlivec sa realizuje / sebarealizuje.“

Indikátory sú jednotlivé ukazovatele podľa konkrétneho modelu kvality života. Preindikátory sú faktory/indikátory ktoré konkrétny indikátor naplňajú. Napríklad ak budeme skúmať fyzické zdravie ako indikátor, tak budeme skúmať indikátory (operácie, úrazy, ochorenie, používanie kompenzačných pomôcok, liekov, bolesť..). Kvalitu života seniorov ovplyvňuje veľké množstvo faktorov medzi ktoré patrí: zdravie, životný štýl, sociálne prostredie, hmotné zabezpečenie, pracovná aktivita, zdravotná starostlivosť, sociálne služby, bývanie, vzdelávanie, etické princípy uplatňované v spoločnosti.

Zoznam použitej literatúry

- BALOGOVIÁ, B. 2005. Seniori. Prešov: AKCENT PRINT, 2005. 158 s. ISBN 969274-9-3
- HARTL, P.HARTLOVIÁ, H. 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000
- KOVÁČ, D. 2001. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. In. Československá psychologie. ISSN 0009-062 X, roč. XLV, č.1
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISNB 80-247-0179-0
- TOKÁROVIÁ, A. (ed.). 2002. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Prešov: FF PU, 2002. ISNB 80-8068-086-8

GODNOŚĆ SENIORA

Robert Nęcek

Godność pochodzi z łacińskiego „dignitas” – wartość osobista, zasługa. Pojęcie o wyjątkowym znaczeniu osoby ludzkiej od poczęcia aż do naturalnej śmierci. Tym sposobem godność ludzka na każdym etapie rozwoju – w tym także w czasie starości – charakteryzuje się bezwarunkowością i obowiązywalnością. Bezwarunkowość – jak zauważył papież Benedykt XVI – daje do zrozumienia, że godność i wypływające z niej prawa wyprzedzają prawodawstwo państwowe, dlatego od zawsze muszą być szanowane, gdyż należą do wartości wyższego rzędu. Natomiast obowiązywalność godności osoby ludzkiej kieruje nas ostatecznie do Boga Stwórcy. Oznacza to, że godność osoby jest wartością wrodzoną, trwałą, niezbywalną i zobowiązującą.

Dodatkowo chrześcijaństwo wyróżnia godność osobowościową, popularnie mówiąc autorytet, który buduje się poprzez działanie etycznie wartościowe i osiąga się przez pracę. Nie jest to więc wartość wrodzona, lecz nabyta w różnym stopniu przez różne osoby. Benedykt XVI przypomniał, że autorytet zdobywa się poprzez bycie człowiekiem. Człowiekiem pod każdym względem. Człowiek taki *„powinien żyć prawdziwie po ludzku, prawdziwie humanitarnie; powinien mieć humanistyczne wykształcenie, formację, ludzkie cnoty; powinien rozwijać swoją inteligencję, kształtować swoją wolę, swoje skłonności, swoje uczucia; powinien być naprawdę człowiekiem – człowiekiem według woli Stwórcy, Odkupiciela. Być ludzkim to być szlachetnym, to być dobrym, to być człowiekiem sprawiedliwym, odznaczającym się prawdziwą roztropnością, mądrością”*.

Bibliografia

J. Ratzinger. *Duchowe fundamenty Europy wczoraj, dziś i jutro*. „Społeczeństwo” 4-5:2004 s. 643-658.

F. J. Mazurek. *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*. Lublin 2001.

R. Nęcek. Godność osoby ludzkiej podstawą życia społecznego w nauczaniu społecznego Benedykta XVI. „Ateneum Kapłańskie 2(618):2012 s. 290-298.

Benedykt XVI. *Uczmy się przeżywać z Chrystusem cierpienia życia chrześcijańskiego. Lectio divina dla duchowieństwa diecezji rzymskiej*. „L'Osservatore Romano” 5:2010 s. 25.

BYĆ DOBRYM DLA SENIORÓW

Robert Nęcek

Być dobrym oznacza mieć świadomość potrzeby odczuwania troski przez osoby w podeszłym wieku. Seniorzy są wielkim dobrem dla rodziny i społeczeństwa, a „*dobrem – jak zauważył Benedykt XVI – jest to, co rodzi, chroni i promuje życie, braterstwo i wspólnotę. Odpowiedzialność za bliźniego oznacza zatem pragnienie i czynienie dobra drugiego człowieka, z nadzieją, że i on otworzy się na logikę dobra; interesować się bratem znaczy otworzyć oczy na jego potrzeby*”. Pomoc przyjmuje wymiar duchowy i wymiar materialny. Miłość pomagająca słyszy i widzi to, co jest zazwyczaj niesłyszalne i niewidzialne. Polega na towarzyszeniu osobom starszym podczas spaceru, rozmowie z nimi, w której nie da się wyczuć żadnego pośpiechu, przytulenie ich do serca i ucałowanie. Ludzkie odruchy zawsze dodają siłę, wyzwalają chęć życia, świadomość bycia potrzebnym i stwarzają poczucie szczęśliwości.

W kwestii zdrowotnej seniorzy – widząc nienajlepsze funkcjonowanie służby zdrowia – przeżywają wewnętrzne niepokoje. Niepokój ten potęguje się w przypadku choroby i starczego zniedołężnienia. Wówczas pojawia się obawa przed opuszczeniem i zaniedbaniem. Dlatego dobroć dla seniorów wyraża się w stworzeniu przyjaznej atmosfery, w której przypomina się o zażywaniu leków, podaniu napojów i posiłków, zasłaniu łóżka, uruchomieniu telewizji, czasem włączenia radia. Być dobrym to cierpliwie słuchać i spokojnie rozmawiać. Towarzyszyć podczas wizyt lekarskich i podwozić do ośrodków rehabilitacyjnych.

Bibliografia

Benedykt XVI. *Orędzie na Wielki Post 2012 (3.11.2011)*. „L'Osservatore Romano” 3:2012 s. 4-5.

L. Dyczewski. *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin 1994.

L. Dyczewski. *Rodzina, społeczeństwo, państwo*. Lublin 1994.

E. Kucharska, R. Nęcek. *Polski model systemu ochrony zdrowia a wskazania nauki społecznej Kościoła*. „Przegląd Lekarski” 9:2011 s. 645-651.

CIERPIENIE

Robert Nęcek

Jest doświadczeniem życiowym związanym z bólem psychicznym lub fizycznym. Jest głęboko osadzonym w człowieczeństwie. Budzi współczucie i szacunek, a jednocześnie onieśmiela. W życiu – szczególnie osób w podeszłym wieku – skazuje na dobroć i serce innych ludzi. Może pojawić się poczucie bycia ciężarem dla otoczenia. W tym kontekście Benedykt XVI przypomniał, że *„jednostka nie może zaakceptować cierpienia drugiego, jeśli ona sama nie potrafi odnaleźć w cierpieniu sensu, drogi oczyszczenia i dojrzewania, drogi nadziei. Zaakceptować drugiego, który cierpi, oznacza bowiem przyjąć na siebie w jakiś sposób jego cierpienie, tak że staje się ono również moim. Właśnie dlatego jednak, że staje się ono teraz cierpieniem podzielanym, że jest w nim obecny ktoś inny, oznacza to, że światło miłości przenika moje cierpienie”*.

Cierpienia nie da się wyeliminować, można je tylko ograniczyć. Nie jest możliwa także jego pełna racjonalizacja. Można je zrozumieć jedynie dzięki wierze, gdyż daje ona możliwość przyjęcia go i przetworzenia od wewnątrz. Chrześcijańska koncepcja cierpienia wiąże się z ludzkim grzechem, a jego sens pomaga zrozumieć chrześcijaństwo. Otóż Chrystus *„na ludzkie pytanie o sens cierpienia nie odpowiada wprost i nie odpowiada w oderwaniu. Człowiek słyszy Jego zbawczą odpowiedź w miarę, jak sam staje się uczestnikiem cierpień Chrystusa”*. Oznacza to, że wiara wyzwalamą nadzieję i pobudzającą do miłości opiera się na prawdzie o człowieku. *„Szansa wiary – jak pisał kardynał Ratzinger – jest szansą prawdy; obie się zaciemnia i depcze, lecz nie znikną one nigdy”*.

Bibliografia

Jan Paweł II. *List apostolski Salvifici doloris* nr 4.

Benedykt XVI. *Encyklika Spe salvi* nr 38.

R. Nęcek. *Troska o zdrowie jako zobowiązanie moralne*. W: Społeczny wymiar zdrowia. Jubileusz 10-lecia Centrum Medycznego „Vadimed”. Red. E. Kucharska. Kraków 2012 s. 15-29.

K. Stachewicz. *O cierpieniu i miłosierdziu*. „ZNAK” 4:2006 s. 20-21.

J. Ratzinger. *Służyć prawdzie*. Wrocław 1986.

E. Kucharska. Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku. Studium socjologiczno-etyczne. Kraków 2012.