



UNIVERZITA
KONŠTANTÍNA
FILOZOFA
V NITRE

Zdravotno-sociálne aspekty života seniorov

Miroslava Líšková a kol.



Nitra 2014

UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE

ZDRAVOTNO-SOCIÁLNE ASPEKTY ŽIVOTA SENIOROV

Učebný text pre poslucháčov vzdelávacieho programu
„Zdravotno-sociálne aspekty života seniorov“
Univerzity tretieho veku

NITRA 2014

Názov: Zdravotno-sociálne aspekty života seniorov

Autori a autorky: Miroslava LÍŠKOVÁ a kol.

PhDr. Miroslava LÍŠKOVÁ, PhD.

PhDr. Dana ZRUBCOVÁ, PhD.

PhDr. Ľubica POLEDNÍKOVÁ, PhD.

PhDr. Mária KOVALOVÁ, PhD., MPH

doc. PhDr. ThDr. Andrej MÁTEL, PhD.

Mgr. Ivan RÁC, PhD.

doc. PhDr. PaedDr. Lýdia LEHOCZKÁ, PhD.

Recenzenti: doc. PaedDr. Ctibor HATÁR, PhD.

doc. PhDr. Helena KOŇOŠOVÁ, PhD.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat' bez súhlasu majiteľov práv.

ISBN 978-80-558-0552-8

EAN 9788055805528

OBSAH

ÚVOD	7
1 ZDRAVIE, PODPORA ZDRAVIA A PREVENCIA CHORÔB U SENIOROV	
Miroslava LÍŠKOVÁ.....	8
1.1 ZDRAVIE SENIOROV	8
1.1.1 Vývoj pojmu zdravie v historickom kontexte	9
1.1.2 Teoretické pohľady na oblasť zdravia	10
1.1.3 Stručná charakteristika seniorov.....	15
1.1.4 Starostlivosť o zdravie seniorov.....	15
1.1.5 Zmeny v stave zdravia podmienené vekom.....	15
1.1.6 Rizikové faktory ovplyvňujúce zdravie seniorov.....	20
1.2 PODPORA ZDRAVIA U SENIOROV	23
1.2.1 Programy a projekty zamerané na zdravie seniorov	24
1.2.2 Podpora biologických aspektov zdravia seniorov.....	25
1.2.3 Prevencia chorôb u seniorov	27
LITERATÚRA.....	29
2 DUŠEVNÉ ZDRAVIE A DUŠEVNÉ PORUCHY SENIOROV	
Dana ZRUBCOVÁ.....	32
2.1 DUŠEVNÉ ZDRAVIE	32
2.1.1 Indikátory duševného zdravia	33
2.1.2 Stratégie podpory duševného zdravia.....	34
2.2 DUŠEVNÉ PORUCHY V SÉNIU	37
2.2.1 Poruchy spánku.....	38
2.2.2 Delírium.....	39
2.2.3 Demencie.....	41
2.2.4 Depresie.....	47
2.2.5 Závislosť od psychotropných látok	49
2.2.6 Paranoidné stavy.....	50
LITERATÚRA.....	52
3 VYBRANÉ SYNDRÓMY A OCHORENIA VO VYŠŠOM VEKU	
Ľubica POLEDNÍKOVÁ	54
3.1 ZVLÁŠTNOSTI CHORÔB V STAROBE	54
3.2 GERIATRICKÉ SYNDRÓMY	55
3.2.1 Imobilizačný syndróm.....	56
3.2.2 Instabilita, pády a úrazy.....	57

3.2.3	<i>Inkontinencia, retencia a obštipácia</i>	58
3.2.4	<i>Poruchy výživy</i>	59
3.2.5	<i>Preležaniny (dekubity)</i>	59
3.2.6	<i>Poruchy spánku</i>	60
3.2.7	<i>Poruchy termoregulácie</i>	60
3.2.8	<i>Geriatrický maladaptívny syndróm</i>	60
3.2.9	<i>Psychické poruchy a sociálne geriatrické syndrómy</i>	61
3.3	OCHORENIA SRDCOVO-CIEVNEHO SYSTÉMU	61
3.3.1	<i>Artérová hypertenzia</i>	62
3.3.2	<i>Ischemická choroba srdca</i>	62
3.3.3	<i>Chronická srdcová slabosť</i>	63
3.4	OCHORENIA DÝCHACIEHO SYSTÉMU	64
3.4.1	<i>Pneumónia</i>	64
3.4.2	<i>Chronická obštrukčná choroba pľúc</i>	65
3.5	OCHORENIA TRÁVIACEHO SYSTÉMU	66
3.5.1	<i>Porucha prehĺtania</i>	66
3.5.2	<i>Vredová choroba žalúdka a dvanástnika</i>	67
3.5.3	<i>Zápalové choroby čriev</i>	67
3.6	OCHORENIA POHYBOVÉHO SYSTÉMU	68
3.6.1	<i>Osteoartróza</i>	68
3.6.2	<i>Osteoporóza</i>	69
3.7	ENDOKRINNÉ OCHORENIE – DIABETES MELLITUS.....	70
LITERATÚRA.....		72
4 SOCIÁLNA MOBILITA, ZRUČNOSTI A SOCIÁLNE KOMPETENCIE SENIOROV		
Mária KOVALOVÁ		74
4.1	STAROSTLIVOSŤ O DENNÉ AKTIVITY SENIORA PODĽA MODELU MONIKY KROHWINKEL	74
4.1.1	<i>Spolupráca odborných pracovníkov s rodinnými príslušníkmi</i>	77
4.2	SOCIÁLNA A PRACOVNÁ REHABILITÁCIA	79
4.3	MOBILITA SENIORA NA PRACOVNOM TRHU.....	80
4.4	ÚPRAVA DOMÁCEHO PROSTREDIA PRE DENNÉ A PRACOVNÉ AKTIVITY	82
4.5	ROLA SENIORA V KOMUNITNEJ PRÁCI.....	85
4.5.1	<i>Komunitná starostlivosť</i>	88
4.6	NÁCVIK SOCIÁLNYCH KOMPETENCIÍ	91
LITERATÚRA.....		94

5 SOCIÁLNA OCHRANA A KVALITA ŽIVOTA OSÔB VYŠŠIEHO VEKU	
Andrej MÁTEL.....	96
5.1 OCHRANA ĽUDSKÝCH PRÁV Z MEDZINÁRODNÉHO ASPEKTU	96
5.1.1 Organizácia spojených národov.....	96
5.1.2 Rada Európy a Európska únia	97
5.2 ADAPTÁCIA NA STARNUTIE A STAROBU	98
5.3 SYNDRÓM EAN V KONTEXTE AGEIZMU	104
5.3.1 Rizikové faktory EAN.....	106
5.3.2 Prevencia EAN syndrómu.....	107
5.4 KVALITA ŽIVOTA.....	111
5.5 ASERTÍVNA KOMUNIKÁCIA	113
5.6 DOBROVOĽNÍCTVO AKO NÁSTROJ AKTÍVNEHO STARNUTIA.....	114
LITERATÚRA.....	116
6 SOCIÁLNE SLUŽBY A PORADENSTVO PRE SENIOROV OHROZENÝCH SOCIÁLNOU PATOLÓGIU	
Ivan RÁC	118
6.1 PORADENSTVO AKO NÁSTROJ ZVYŠOVANIA KVALITY ŽIVOTA SENIOROV	122
6.1.1 Vybrané metódy sociálneho poradenstva pre seniorov.....	123
6.1.2 Systém poskytovania pomoci seniorom v SR.....	125
6.2 ZVYŠOVANIE BEZPEČNOSTI SENIOROV PRED PÁCHANÍM KRIMINALITY.....	126
6.2.1 Senior ako obeť kriminality.....	128
6.2.2 Senior ako obeť diskriminácie.....	132
6.2.3 Senior ako páchatel' sociálno-patologických javov	134
6.2.3.1 Suicidalita seniorov.....	134
6.2.3.2 Závislosť od drog	135
LITERATÚRA.....	136
7 SENIOR AKO SOCIÁLNY TÚTOR	
Lýdia LEHOCZKÁ.....	139
7.1 SOCIÁLNE KOMPETENCIE SENIOROV V ETNICKY RÔZNORODEJ SPOLOČNOSTI	141
7.1.1 Multikulturalizmus - základné charakteristiky	141
7.1.2 Stručná genéza multikulturalizmu.....	142
7.1.3 Definovanie a ciele multikultúrnej výchovy.....	145
7.2 POZNANIE TRADIČNEJ RÓMSKEJ KULTÚRY A JEJ OSOBNOSTÍ – CESTA K OBČIANSKEJ TOLERANCII	147
7.2.1 Základné identitárne charakteristiky rómskej kultúry optikou sociálne-konštruktivistického diskurzu	148

7.2.2	<i>Marginalizácia Rómov ako bariéra sociálnej a občianskej inklúzie</i>	152
7.2.3	<i>Využívanie pozitívnych vzorov v sociálnej edukácii - osobnosť Eleny (Ilony) Lackovej a jej prínos k občianskej tolerancii</i>	157
LITERATÚRA		160

ÚVOD

V posledných rokoch dochádza k demografickému starnutiu, ktoré vytvára výrazné zmeny vo vekovej štruktúre obyvateľstva. Je následkom klesajúcej pôrodnosti, zvyšovania strednej dĺžky života, narastania počtu veľmi starých ľudí a nárastom indexu feminity. V rámci populačného starnutia zaznamenávame nárast staršieho obyvateľstva (stúpa počet ľudí nad 60 rokov, ale aj veľmi starých nad 80 rokov). Trvalo na Slovensku stúpa index starnutia (Sauvyho index, ageing index), zvyčajne sa vyjadruje v percentách a znamená počet osôb po produktívnom veku vo vzťahu k osobám v predproduktívnom veku. Prognózy na nasledujúce desaťročia vyjadrujú menšiu početnosť obyvateľstva, starnutie populácie, migráciu a etnickú pestrosť.

Autorský kolektív odborníkov z Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre spracoval publikáciu, ktorá v siedmich kapitolách popisuje zdravotno-sociálne aspekty života seniorov. Prvá kapitola je venovaná problematike zdravia, podpore zdravia a prevencii chorôb u seniorov. V druhej kapitole sú prezentované poznatky o duševnom zdraví a duševných poruchách seniorov. Tretia kapitola podáva charakteristiku vybraných syndrémov a ochorení vo vyššom veku. Štvrtá kapitola opisuje sociálnu mobilitu, zručnosti a sociálne kompetencie seniorov. V piatej kapitole je podaná celková charakteristika sociálnej ochrany osôb vyššieho veku a následne v šiestej kapitole charakteristika sociálnej ochrany seniorov ako zraniteľnej skupiny. Siedma kapitola charakterizuje seniora ako sociálneho tútora v zmysle posilnenia sociálnych kompetencií seniorov v etnicky rôznorodom prostredí. Použitá literatúra je pre lepšiu orientáciu a možnosť ďalšieho štúdia zaradená vždy za jednotlivými kapitolami.

Publikácia je určená študentom univerzity tretieho veku v programe Zdravotno-sociálne aspekty života seniorov študentom zdravotníckych odborov ako ošetrovateľstvo, urgentná zdravotná starostlivosť, fyzioterapia, pôrodná asistancia a tiež tzv. pomáhajúcich profesií ako sociálna práca, psychológia.

Za cenné informácie a podnetné pripomienky k rukopisu publikácie ďakuje autorský kolektív recenzentom doc. PhDr. Helene Koňošovej, PhD. a doc. PaedDr. Ctiborovi Határovi, PhD.

Autori

1 ZDRAVIE, PODPORA ZDRAVIA A PREVENCIA CHORÔB U SENIOROV

Miroslava LÍŠKOVÁ

Zdravotno-sociálne aspekty života seniorov sa viažu vo veľkej miere práve k problematike zdravia. *„Zdravie predstavuje pre každého človeka najväčší poklad, ktorý sa snaží uchovávať a strážiť. Skrýva v sebe viaceré zložky – fyzické, psychické, spirituálne, sociálne, intelektuálne a environmentálne. Ak je medzi týmito prvkami pohoda, môžeme tvrdiť, že jedinec je v stave úplného zdravia. V prípade narušenia tejto pohody, najmä vplyvom na telesnú a duševnú stránku zdravia dochádza k stavom zníženej výkonnosti – choroby, ktorá môže pri jej nezvládnutí prejsť do trvalých následkov, invalidity alebo prechodu do chronického štádia ochorenia“* (Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013, s. 141). V nasledujúcej kapitole sa zaoberáme problematikou definovania zdravia všeobecne, stručne charakterizujeme vývoj pojmu zdravie v historickom kontexte, predkladáme teoretické pohľady na zdravie a popisujeme zmeny v zdraví seniorov, ktoré sú podmienené vekom, uvádzame rizikové faktory ovplyvňujúce zdravie seniorov. Predkladáme stručnú charakteristiku seniorov a gerontológie ako sféry starostlivosti o zdravie seniorov. Tiež je prezentovaná podpora zdravia seniorov, programy a aktivity, ktoré sa vzťahujú na podporu zdravia seniorov a oblasť prevencie.

1.1 Zdravie seniorov

Zdravie patrí medzi základné ľudské potreby a hodnoty. Zdravie nie je iba neprítomnosť choroby, ale je i pocitom životnej pohody a zdrojom, podmienkou na dosiahnutie cieľov a uplatnenie hodnôt, ktoré sú práve v seniorskom období špecificky zamerané na uvedenú oblasť. Zdravie je výsledkom interakčných procesov človeka a prostredia. Zdravie seniori ovplyvňujú svojim správaním. Vzory správania, ktoré vplývajú na zdravie, sa formujú od detstva a menia počas života. V seniorskom období platí najvýraznejšie konštatovanie „zdravý človek má veľa želaní, chorý iba jedno“. Zdravie sa u nás chápe ako jedna zo základných a najdôležitejších životných hodnôt, ako prejav života, sústavný dynamický proces, premenlivá, dynamicky sa rozvíjajúca veličina, ktorú treba u človeka udržať čo najdlhšie a ustavične podporovať. Niektorí autori sa domnievajú, ako uvádza (Bartlová, 2005), že zdravie nie je možné jednoznačne definovať. Dôležitosť zdravia si senior uvedomuje najmä pri jeho narušení, ak nemôže vykonávať bežné denné činnosti, ak neplní určenú rolu v rodine, komunite a spoločnosti.

1.1.1 Vývoj pojmu zdravie v historickom kontexte

Zdravie ako pojem dôležitý pre človeka, v historickom kontexte súvisel s poznatkami a nazeraním na človeka a jeho životné poslanie. V antike sa učitelia sústredili na to, „**ako múdro žiť**“, a v uvedenom duchu zdravie charakterizovali. Popisovali múdry spôsob života, kde patrilo aj chápanie zdravia. Žiť múdro a dobre, znamenalo žiť zdravo. Grécke slovo „**ischio**“ znamenalo „**byť zdravý a silný**“, podobne „**hygiaio**“, z ktorého sa postupne vyvinul termín hygiena, znamenal - byť zdravý a schopný života. Hygieia / Hygeia bola starogrécka bohyňa čistoty, zdravia, patrónka lekárníkov. Ďalší termín, ktorý označoval dokonalé zdravie, bol „holokteria“. So zdravím úzko súvisel aj pojem , ktorý charakterizoval všestranne rozvinutú osobnosť – **kalokagatia**- vyrovnaná zameranosť na telesné a duševné zdravie (Křivohlavý, 2009).

Otec lekárstva v starom Grécku, **Hippokrates**, chápal zdravie ako najcennejšiu hodnotu v živote ľudí. Vo svojom diele „Corpus Hippocraticum“ popísal, že choroby nespôsobujú démoni a božstvá, ale prírodné sily podliehajúce prírodným zákonom. Zdôrazňoval, že zdravie človeka, a teda fyzickú, psychickú a sociálnu pohodu najviac ovplyvňuje okolie, najmä voda, vzduch a spôsob života. Ďalšou osobnosťou, avšak z gréckej mytológie, je **Asklepios**, ktorého poznáme ako boha lekárstva. Jeho dve dcéry dodnes symbolizujú základné smery modernej medicíny. Panakeia je označovaná ako bohyňa liečenia chorôb a Hygieia ako bohyňa čistoty, zdravia, patrónka lekárníkov, ochrany zdravia. V diele „Hygieia“ Diokles z Karystu uvádza, že svetlo a vzduch, jedlo a pitie, prácu a odpočinok, spánok a bdenie, vylučovanie a hnutie mysle treba dávkovať tak, aby v ľudskom tele vznikla harmonická zmes (Křivohlavý, 2001).

Ponímanie zdravia sa v histórii myslenia, poznania a medicíny vzťahovalo vždy k ponímaniu chorôb. Koniec **18.** storočia priniesol zmenu a medicína sa začala viac zaoberať zdravím, ako chorobami a poruchami zdravia. Medicína a veda obrátili pozornosť na celkový spôsob a štýl života ľudí. Šírili sa informácie o funkcii jednotlivých orgánov a systémov, čo dávalo ľuďom viac možností účinne zasahovať v rámci ochrany vlastného zdravia a postupne si vyberať zdraviu prospešný štýl života. Medicína sa v **19.** storočí orientovala na normálne fungovanie, organickú štruktúru a fyziologické znalosti. Tie sa stali ústredným bodom lekárskeho myslenia a východiskom pre formulovanie rád a odporúčaní pre zdravšie žitie (Bártlová, 2005) .

Dôležitým pre ponímanie zdravia v **20. storočí** bolo založenie **Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO)/ World Health Organization (WHO)**, ktorá už vo svojom východiskovom dokumente Stanovy Svetovej zdravotníckej organizácie (Constitution of World Health Organization), v roku 1946, koncipovala v tom čase najvýstižnejšiu definíciu zdravia nasledovne: *„Zdravie je stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti.“* (In Křivohlavý, 2009, s. 37). Vtedajšie Československo patrilo medzi 13 zakladajúcich krajín Svetovej zdravotníckej organizácie a aktívne sa zapájalo do všetkých činností v prospech zdravia, v tom dnes pokračuje aj Slovenská republika.

Experti v rámci Svetovej zdravotníckej organizácie, v rámci stratégie Zdravie pre všetkých v 21. storočí, doplnili definíciu zdravia takto: *„Zdravie je výsledkom biologických daností jednotlivca a činnosti väčšiny rezortov a častí spoločnosti, ako aj obyvateľstva ako celku. Úlohu zohráva rozhodnutie a správanie ako jednotlivca, tak aj skupín či správnych orgánov. To, aké rozhodnutie ľudia robia a ktorú z viacerých možností pri rozhodovaní zvolia, je ovládané vonkajšími faktormi. Medzi ne patrí fyzické prostredie, socio-ekonomická situácia, životné podmienky, biologické a genetické vybavenie, ako aj rôzne politické a kultúrne charakteristiky. Samozrejme, do procesu výberu z alternatív pri rozhodovaní vstupuje aj subjektívne uvedomenie si: že som v situácii rozhodovania, že som schopný a ochotný rozhodovať sa a že jedným z dôležitých kritérií je pritom zdravie.“* (Health 21, 1999, s. 18).

Každá krajina má vo svojej legislatíve definované aj zdravie. Zákon NR SR č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov definuje zdravie ako *„stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby, je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobom života“*.

1.1.2 Teoretické pohľady na oblasť zdravia

Zdravie ako základná hodnota má svoje pevné miesto tak u jednotlivcov, ako aj v rámci spoločnosti. Rozoznávame preto zdravie jednotlivcov a zdravie verejné. Ivan Rovný (2010), popredný odborník v oblasti podpory zdravia a verejného zdravotníctva na Slovensku, v tejto súvislosti uvádza, že by bolo potrebné zvážiť a následne používať pojem „zdravie verejnosti“, kde seniori tvoria špecifickú a stále početnejšiu kategóriu. **Verejné zdravie** je, podľa zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia

a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, úroveň zdravia spoločnosti, ktorá zodpovedá úrovni poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ochrany a podpory zdravia a ekonomickej úrovni spoločnosti (čl. 1, § 2). Verejné zdravie je predmetom záujmu politik jednotlivých štátov v prospech zdravia obyvateľov a je zadefinované v ich zákonných normách. Spoločnosť venuje pozornosť rozličným aktivitám, ktorých cieľom je zlepšenie zdravotného stavu jej členov s presne stanovenými cieľmi, prostriedkami a spôsobmi ako ich dosiahnuť, zakotvenými v záväzných dokumentoch o spoločenskej stratégii ochrany a podpory zdravia. Verejná zdravotná politika krajiny vychádza z medzinárodných dokumentov, ktoré sú výrazom globálnej a európskej stratégie WHO a formulujú fundamentálne politické princípy starostlivosti o zdravie v širších spoločenských kontextoch. Zdravie je v uvedených dokumentoch prezentované ako jedno zo základných ľudských práv a zlepšovanie zdravia obyvateľov, ako cieľ sociálneho a hospodárskeho rozvoja. Úlohy, vyplývajúce zo stratégií v jednotlivých krajinách, zabezpečuje multidisciplinárny vedný odbor **verejné zdravotníctvo**, ktorý sa výrazne podieľa práve na podpore zdravia a prevencii v podmienkach Slovenska prostredníctvom Úradu verejného zdravotníctva a 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva a ich poradní zdravia, dotovaných z prostriedkov štátu.

Definovaním a skúmaním pojmu zdravie sa zaoberajú aj experti z oblasti medicíny, psychológie, filozofie a sociológie. David Seedhouse (2006, s. 5), koncipoval nasledovnú definíciu: *„Optimálny stav zdravia určitej osoby je závislý na stave súboru podmienok, ktoré jej umožňujú pracovať a žiť tak, aby boli splnené jej realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)“*. Podľa neho je hlavnou úlohou starostlivosti o zdravie aj seniorov, obmedzovať a odstraňovať nebezpečenstvá a riziká a zároveň upevňovať a posilňovať kladné podmienky zdraviu prospešného života.

Významný český psychológ, s darom písať aj odborné texty nesmierne zaujímavým a zrozumiteľným spôsobom, autor mnohých publikácií, v ktorých možno získať odporúčania pre podporu najmä duševného zdravia, Jaro Křivohlavý (2009, s. 40), sa dopracoval k nasledovnej definícii : *„Zdravie je celkový (telesný, psychický, sociálny a duchovný) stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať optimálnu kvalitu života a nie je prekážkou podobného snaženia druhých ľudí.“* Nachádzame v nej prvok empatie, altruizmu a interpersonálnych vzťahov, kde v snahe o čo najlepšie vlastné zdravie nemôžeme negatívne ovplyvňovať zdravie iných. Práve uvedený prvok býva vzhľadom na vek problematicky uplatňovaný.

Uvedené definície boli dielami odborníkov a odborných skupín. Každý človek je však jedinečná bytosť, a tak aj ponímanie, definovanie a charakterizovanie zdravia je u každého odlišné. **Individuálne ponímanie a definovanie zdravia** je u každého podľa Kozierovej a kol., (1995) ovplyvnené:

Vnímaním seba samého. Dôležité je, ako človek vo všeobecnosti vníma seba samého. Tieto vnemy sú vo vzťahu k takým aspektom ako sebaúcta, obraz vlastného tela, potreby, roly a schopnosti. Ak je vnímanie zdravia ohrozené, človek pociťuje určitú úzkosť (anxieta), čo môže znamenať nutnosť kontroly vlastnej definície a vnímania zdravia.

Očakávaniami od seba samého. Sú ľudia, ktorí očakávajú, že keď sú po celý čas zdraví, budú fungovať na vysokej úrovni fyzicky aj psychosociálne, tí potom vnímajú každú zmenu vo fungovaní ako chorobný stav. Iní očakávajú zmeny funkcie a prispôsobujú svoje osobné vnímanie zdravia týmto zmenám.

Predchádzajúcimi skúsenosťami. Poznanie, ktoré je získané z predchádzajúcich skúseností, pomáha ľuďom nazerať na zdravie, napríklad pri stavoch spojených s bolesťou môže byť aj mierna bolesť vnímaná ako normálny stav.

Vývinovým stavom. Zdravie sa často spája so stupňom vývinu danej osoby. Schopnosť odpovedať na zmeny zdravia sú v priamom vzťahu k veku.

Spoločenskými a kultúrnymi vplyvmi. Každá spoločnosť a kultúra má svoje názory na zdravie, ktoré sa často prenášajú v rámci generácií.

Vašina (1999 In Mojtovej 2010) uvádza výsledky výskumu, ktorý realizovala v 90. rokoch 20. storočia Univerzita v Cambridge na súbore 9000 osôb a výsledkom bolo osem základných pohľadov na vnímanie zdravia:

1. Zdravie ako absencia choroby
2. Zdravie ako prežívaný stav oproti realite objektívneho zdravotného stavu
3. Zdravie ako rezerva alebo záloha
4. Zdravie ako fyzická zdatnosť
5. Zdravie ako energia a vitalita
6. Zdravie v podobe sociálnych služieb
7. Zdravie ako funkcia v zmysle schopnosti niečo urobiť s malým dôrazom na prežívanie a pocity
8. Zdravie v zmysle psycho-sociálnej pohody.

Výsledkom bádania expertov v oblasti zdravia sú teórie zdravia, ktoré do 7 kategórií zoradil podľa spôsobu chápania zdravia práve Křivohlavý (2001).

1. **Zdravie ako zdroj fyzickej a psychickej sily**, kde je zdravie druhom sily, ktorá človeku pomáha v živote zdolať rôzne ťažkosti.
2. **Zdravie ako metafyzická sila(vnútoraná duchovná sila)**, tu je zdravie chápané ako niečo, čo človeku umožňuje dosahovanie vyšších cieľov ako zdravie samé. Je to schopnosť (sila, elán, vitalita, schopnosť adaptácie, metafyzická zdravie ovplyvňujúca sila) reagovať na negatívum životných podmienok, pozitívne riešiť životné problémy.
3. **Individuálne zdroje zdravia – salutogenéza**. Existujú tri základné aspekty zdrojov zdravia, a to zmysluplnosť, možnosť zvládnutia úloh a schopnosť pochopiť dianie okolo nás. Tieto sú základom holistického(celostného) postoja k zdraviu.
4. **Zdravie ako schopnosť adaptácie**, zmeniť svoj životný štýl vedúci k zdraviu.
5. **Zdravie ako schopnosť dobrého fungovania (fit, fitness)**, zdravie je chápané ako optimum ľudského fungovania a efektívne plnenie rolí.
6. **Zdravie ako tovar** prezentuje názor, že je človek od narodenia zdravý a ostal by ním, pokiaľ by nebol vystavený vonkajším okolnostiam, ktoré spôsobujú u človeka fyzické problémy. Zdravie je tiež chápané ako komodita (tovar), ktorá sa dá vo forme lieku alebo lekárskeho, ošetrovateľského, rehabilitačného zákroku kúpiť.
7. **Zdravie ako ideál**, reprezentuje teórie, vzťahujúce sa na definície zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie. Zdravie je telesné, duševné a sociálne blaho. Je to opak choroby, nielen jej neprítomnosť alebo poruchy funkcie. Zdravie je forma existencie organizmu, ktorá sa buď vylučuje s chorobou, alebo prechádza do choroby (Líšková, 2013).

V súvislosti s poslednou kategóriou je nutné definovať tiež chorobu. Najčastejšie sa stretávame so označovaním choroby ako opaku zdravia. **Choroba** negatívne zasahuje do všetkých oblastí života človeka, najmä však do oblasti potrieb biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych. Jedná sa o poruchu telesných a duševných funkcií, ktorá môže vyústiť do zníženej výkonnosti, obmedzení alebo skrátení dĺžky života. Citlivosť človeka na chorobu ovplyvňujú okolnosti a javy, ktoré sa označujú ako rizikové faktory. Rizikové faktory delíme do piatich navzájom prepojených kategórií: fyziologické faktory, vek, genetická výbava, životný štýl, prostredie (Kozierová a kol., 1995).

Podobne ako teória patrí k základom vedy aj model. Predstavuje určitý uhol pohľadu na vybrané pojmy, ktoré sa vzťahujú k životnej realite. O zdraví pojednáva tiež niekoľko modelov. Koňošová (2005) uvádza nasledovné:

Klinický model chápe ľudí ako fyziologické systémy s príslušnými funkciami. Zdravie definuje ako chýbanie znakov a symptómov choroby či úrazu. Protipólom zdravia je ochorenie alebo poranenie. Toto chápanie súvisí s tradičným chápaním zdravotnej starostlivosti, ktorá je zameraná na chorobu. Ide o výrazne úzku a tesnú interpretáciu zdravia. Ľudia to vyjadrujú zvyčajne ako „ cítim sa fit“, „ som vo forme“. **Model hrania roly.** Na základe tohto modelu možno ľudí, ktorí sú schopní vykonávať svoje pracovné a iné povinnosti, pokladať za zdravých aj vtedy, keď sú klinicky(zdravotnícky) považovaní za chorých. Tento model predpokladá, že choroba „zapríčiňuje“, neschopnosť osoby vykonávať svoju prácu. **Adaptačný model** vychádza z chápania zdravia ako neustáleho procesu adaptácie. Ľudia majú schopnosť ustavične a aktívne sa adaptovať na meniace sa prostredie. V tomto modeli je choroba poruchou schopnosti adaptácie. Ľudia musia mať dostatočné vedomosti a zdroje, aby mohli realizovať svoju voľbu v prospech zdravia. **Eudaimonistický model** poskytuje jeden z najkomplexnejších pohľadov na zdravie. Zdravie je stav rozvinutia a uplatnenia osobného potenciálu človeka. Jedná sa nielen o rozvíjanie osobného potenciálu, ale aj vrodených a získaných schopností človeka. Choroba je pri takomto chápaní stav, ktorý zabraňuje seberealizácii a využitiu vlastných schopností človeka. Model vychádza z idealistického filozofického smeru eudaimonizmu, ktorý zdôrazňuje úsilie človeka o dosiahnutie blaha a pokladá ho za prameň mravnosti (Koňošová, 2005). **Ekologický/environmentálny model** je založený na vzťahu ľudí k prostrediu. Vznikol pôvodne v roku 1965 pre potreby komunitnej starostlivosti o zdravie. Zdravie ľudí je podmienené výrazne prírodným a sociálnym prostredím vrátane ich osobnosti, práce, rodinných vzťahov, emócií, pocitov, názorov a sociálnych rolí (Berman, Snyder, 2012). **Holistický model** sa opiera o pojem **holistické zdravie**, ktorý zahŕňa celú osobnosť človeka ako bytosť a všetky stránky jej štýlu života ako: telesnú zdatnosť, primárnu prevenciu negatívnych telesných a emocionálnych stavov, zvládnutie stresu, citlivosť k prostrediu, sebakoncepciu a duchovnú stránku osobnosti (Kozierová a kol.,1995). Z toho vyplýva aj dnešné holistické, celostné nazeranie na zdravie, ktoré je prezentované v systéme zdravotnej starostlivosti aj v systéme výchovy, ktorej cieľom je podporiť zdravie človeka v čo najvyššej možnej miere počas celého života, nie iba v období detstva.

Súčasný chápanie zdravia sa vzťahuje na úroveň poznania, sociálnu a kultúrnu klímu, kde sa stretáme s rozmanitou škálou determinantov a prejavov. Rozdiely v chápaní zdravia ovplyvňujú faktory:

- a) spoločenské: úroveň poznania, spoločnosť, kultúra, prostredie, ekonomika
- b) individuálne: osobnosť, vývinový stav, predchádzajúce skúsenosti so zdravím a chorobou, očakávania od seba samého, vnímanie vlastnej identity, sociálna situácia.

1.1.3 Stručná charakteristika seniorov

Senior je človek, ktorý v určitej komunite žije dlhšie ako ostatní. Forma staroby u neho závisí od individuálnej schopnosti adaptovať sa na uvedenú etapu života. Starnutie je nezvratný proces, keď sa organizmus približuje ku geneticky predurčenému vyčerpaniu rezerv, jeho výsledkom je morfológicky a funkčne zmenená štruktúra organizmu. Rýchlosť uvedeného procesu možno spomaliť vhodnou duševnou a telesnou aktivitou. Rozlišujeme primárne starnutie, ktoré sa chápe ako fyziologické starnutie s individuálnymi prejavmi a sekundárne starnutie, ktoré sa prejavuje patologickými zmenami následkom chorôb (Morovicsová, 2004).

Podľa SZO bola spracovaná medzinárodne uznávaná klasifikácia zohľadňujúca kalendárny vek nasledovne:

60 – 74 rokov: mladší seniori - vyšší, starší vek, raná staroba (presenium),
75 – 89 rokov: starší seniori - vysoký, starecký vek, vlastná staroba (senium),
nad 90 rokov: dlhovekosť (patriarchium) (Weber, 2000).

1.1.4 Starostlivosť o zdravie seniorov

Gerontológia je vedný odbor, ktorý sa zameriava na výskum časti populácie vyššieho veku, kde zvláštne postavenie má práve výskum spojený s dlhovekosťou. Gerontológiu možno deliť na teoretickú, klinickú a sociálnu. **Klinická gerontológia - geriatria** sa zaoberá starým človekom v zdraví a v chorobe, prevenciou, diagnostikou, liečbou a rehabilitáciou chorobných stavov a ich dôsledkov na sociálnu sféru človeka (Brázdilová, Poledníková, 2013).

1.1.5 Zmeny v stave zdravia podmienené vekom

Ľudia si aj v seniorskom veku udržiavajú telesnú a duševnú rovnováhu. Existujú však zmeny v stave zdravia podmienené vekom. Jedná sa o zmeny

pozitívne ale aj negatívne, niektoré sú pozorovateľné a zjavné, iné sa dejú nepozorovane. Tieto zmeny, ktoré zasahujú do všetkých systémov tela, sú však prirodzené, fyziologické a nehodnotíme ich vždy iba ako chorobný stav. Starnutie sprevádzajú zmeny vo funkciách ale aj štruktúre(morfológii) jednotlivých orgánov, neprebiehajú však súčasne. Uvádzame zmeny na jednotlivých systémoch tela, psychike a sociálnej oblasti, tak ako ich popisujú Pacovský (1994), Hegyi, Krajčík (2010), Poledníková a kol. (2006), Brázdilová, Poledníková (2013).

Dýchací systém/ respiračný systém

Vekom klesá účinnosť dýchacích ciest. Človek vdychuje menší objem vzduchu, dochádza k zníženiu objemovej kapacity pľúc. Zmenšuje sa výkonnosť dychového svalstva, hrudník je zmenený a zväčšuje sa hrudné zakrivenie dozadu/kyfóza. V pľúcach zostáva po výdychu väčší objem zostatkového/reziduálneho vzduchu, slabne výdychové svalstvo, a tým sa znižuje schopnosť kašľať. Zadržiavanie hlienov v dýchacích cestách spôsobuje zvýšené riziko infekcií. V prieduškách/bronchoch sa ukladajú zápenatené časti/kalcifikáty, v pľúcnom tkanive/parenchýme vznikajú buly. Znižuje sa samočistiaca schopnosť priedušiek a zvyšuje sa náchylnosť na opakované zápal v dýchacích cestách.

Srdcovo-cievny systém/kardiovaskulárny systému

Zmeny v srdcovo-cievnom systéme sa prejavujú poklesom pracovného potenciálu srdca, ktorý je zjavný hlavne pri strese a zvýšenej námahe. Cievny strácajú svoju pružnosť/elasticitu, vnútorný priemer ciev sa zužuje, steny hrubnú v dôsledku kalcifikácie a aterosklerózy, čo má za následok zhoršovanie prekrvenia a okysličenia tkanív. Mení sa tlak krvi. Zvyšuje sa krvný tlak predovšetkým systolický (horný), mierne sa zvyšuje aj diastolický (dolný). Frekvencia srdca sa v pokoji s postupujúcim vekom výrazne nemení, dlhšie však organizmu trvá upraviť srdcovú frekvenciu po telesnej námahe, čo zvyšuje nároky srdca/myokardu na kyslík. Spomalená regulácia vyvoláva problémy pri zmene polohy, a to môže seniora ohroziť rizikom pádov.

Tráviaci systém/ gastrointestinálny trakt

Na gastrointestinálnom trakte sa s postupujúcim vekom zmenšuje sa/atrofuje sliznica pažeráka, žalúdka a čriev, znižuje sa produkcia tráviacich enzýmov, spomaľuje trávenie a vstrebávanie živín, a tiež liekov. Znižuje sa svalové napätie/svalový tonus a následne sa oslabuje pohyblivosť/peristaltika, znižuje sa chuť do jedla, spomaľuje sa vylučovanie, čo býva príčinou častého

výskytu zápchy. Zaznamenávame tiež vypadávanie zubov, zhoršenie funkcie žuvania, zníženie sekrécie žliaz a štiav, zníženie času trávenia, zmenšenie pečene a oslabenie funkcie zvieračov/sfinkterov zvyčajne vedie k postupným problémom s trávením, čo býva vnímané ako narušenie tráviaceho komfortu.

Vylučovací systém/ uropoetický systém

Vekom dochádza k podstatnému úbytku v počte funkčných základných jednotiek obličiek/nefrónov, čím sa mení filtračná schopnosť obličiek. Dochádza tiež k významnej zmene koncentračnej a zried'ovacej funkcie obličiek. Je to ovplyvnené množstvom prijímaných tekutín. U seniorov zaznamenávame znížený pocit smädu. Klesá tiež kapacita a znižuje sa napätie/tonus v močovom mechúre, čím dochádza k častému nutkaniu na močenie. Oslabujú sa najmä u žien zvierače/sfinktery, čo býva príčinou inkontinencie. U mužov dochádza k zväčšeniu/hypertrofii prostaty, čím sa sťažuje odtok moču.

Pohybový systém/kostrosvalový systém

Postupom veku človeka sa mení jeho postava, atrofujú medzistavcové platničky, rednú telá stavcov, menia sa podporné tkanivá chrbtice a končatín, chrbtica sa zakrivuje dozadu (kyfóza), prípadne do strán (skolióza), čím sa zmenšuje telesná výška. Zmeny sa prejavujú aj v zmenšení svalovej hmoty (sarkopénii) alebo v relatívnej strate svalovej hmoty u seniorov. Sarkopénia má vplyv na zhoršenie metabolizmu a mobilitu, môže sa podieľať na zvýšení rizika vzniku chronických ochorení ako je diabetes a osteoporóza. Reakčný čas ako doba, kým človek zareaguje na nejakú situáciu, sa spomaľuje. Dochádza k strate hustoty/denzity kostí, čo sa prejavuje zvýšenou krehkosťou kostí a náchylnosťou na zlomeniny. Degeneratívny proces sa prejavuje aj na kĺboch, kĺbových chrupkách, čím trpia najmä váhonosné kĺby, čo sa prejavuje v stuhnutosti a obmedzení pohyblivosti.

Imunitný systém

K zmenám dochádza aj v imunitnom systéme. Oslabená je bariérová a ostatná ochrana tela, napr. zmeny na pokožke, dýchacom ústrojenstve a vo vylučovaní, čo spôsobuje zvýšené riziko vzniku infekčných ochorení, ktoré majú ťažší priebeh. K oslabeniu bunkovej a protilátkovej imunity prispieva zníženie aktivity B a T lymfocytov.

Koža

Koža je orgán, na ktorom sú zmeny podmienené vekom pozorovateľne najvýraznejšie. Viditeľné zmeny na koži sa dotýkajú povrchových štruktúr ako

aj vlasov, nechťov a žliaz. Zmeny prebiehajú súčasne vo všetkých vrstvách kože. Nechty a vlasy rastú pomalšie, sú lámavé, strácajú lesk. Na rukách, ramenách a niekedy aj na tvári sa objavujú starecké škvrny - lentigo senilis. Strata podkožného tuku znižuje znášanlivosť chladu.

Centrálny nervový systém(CNS)

Zmeny na centrálnom nervovom systéme sa prejavujú v znížení počtu gangliových buniek a astrocytov, do buniek sa ukladá pigment, hrubnú mozgové blany. Zvyšuje sa riziko nežiaducich účinkov liekov. Hmotnosť mozgu klesá a znižuje sa cirkulácia krvi. Znižuje sa počet nervových vlákien a spomaľuje sa rýchlosť nervového prevodu. Spomaľuje sa psychická činnosť, dochádza k zmenám v zmyslovom vnímaní, k zmenám v motorike, pamäti, schopnosti učiť sa. Vo veku okolo 70 rokov sa uvádza zníženie citlivosti na bolesť.

Zmyslové orgány

- **Zrak:** Vekom dochádza aj k zmenám zraku, jedná sa o pokles zrakovej ostrosti – schopnosti rozoznávať detaily , znižuje sa adaptácia na tmu a hlavne šero, znižuje sa akomodačná schopnosť a schopnosť vidieť periférne. Čo sa týka fyziologických procesov, tak šošovka stráca schopnosť elasticity.
- **Sluch:** Zhoršenie sluchu, nazývané presbyakúzia, nastupuje postupne a výraznejšie sa objavuje po 60. roku života. Schopnosť počuť tóny vyššej frekvencie pozvoľna klesá od 50. roku života.
- **Chuť, čuch:** Oslabenie je zaznamenané aj v oblasti chuti a čuchu, príčina je v znížení počtu chuťových papíl na jazyku a tiež v degeneratívnych zmenách v centrách pre zmysly v mozgu.
- **Hmat:** Kvalita hmatu je ovplyvnená najmä zmenami na koži.

Pohlavný systém

Pohlavný systém muža a ženy zaznamenáva vekom určité zmeny, ktoré majú vplyv aj na pohlavný život, to však neznamená, že by mal byť v útlme. Sexuálna potreba môže byť oslabená na základe chorôb (srdcovo-cievne ochorenia, diabetes – cukrovka) alebo liekov, ktoré majú napríklad tlmiaci účinok (sedatíva).

Termoregulácia

V dôsledku nestability termoregulačných mechanizmov sa môže vo vyššom veku ľahko dostať prehriatie alebo podchladenie organizmu. Vzhľadom na celkové zníženie metabolizmu dochádza aj k zníženiu **telesnej**

teploty a to najmä skoro ráno. Veľa ochorení, ktoré sú v mladšom a dospelom veku sprevádzané zvýšením telesnej teploty, môžu mať vo vyššom veku afebrilný priebeh, teda bez zvýšenej telesnej teploty. Horúčka v seniorskom veku zvyčajne predstavuje varovný príznak vážneho zhoršenia zdravia. K hypertermii – prehriatiu organizmu pri zlyhaní termoregulácie- dochádza pri vysokej teplote okolia, priamom ožiarení slnkom a pri centrálnych poruchách. K hypotermii – podchladeniu- dochádza pri chlade v okolitom prostredí, v dôsledku involučných zmien(spôsobených starnutím), nedostatku svalovej činnosti produkujúcej teplo, hladovania, nesprávnej farmakoterapie, bolesti, užívania alkoholu, chorobných stavov a sociálnych faktorov.

Psychika

Oblasť psychiky seniorov závisí od mnohých faktorov. Významne ju ovplyvňuje somatický - telesný stav, stupeň a pokročilosť aterosklerotických zmien v organizme celkovo, prostredie, v ktorom človek žije a tiež sociálny stav, rodinné a spoločenské väzby, záujmy a záľuby, ktoré sprevádzajú človeka počas života. Popisované sú zmeny osobnostných čŕt a vlastností (vekom sa zvýrazňujú), zníženie poznávacích schopností, spomalenie psychomotorického tempa, zhoršenie pamäti, zníženie koncentrácie, pozornosti, ale aj múdrosť, rozvaha, tolerancia, zvýšenie vytrvalosti a stálosť v názoroch.

Sociálna oblasť

Sociálna oblasť seniora má výrazný vplyv na jeho zdravie a psychiku. Veľmi dôležitými sú v tomto kontexte tri vzťahy, a to vzťah k rodine, vzťah a príslušnosť ku komunite a vzťah k spoločnosti. Človek s pribúdajúcim vekom častejšie trpí pocitom neužitočnosti, menejcennosti, neistoty, stáva sa zraniteľnejším, to môžu byť príčiny vekom podmienených psychóz a neuróz. Tie zasahujú aj do sociálnej klímy seniora a ovplyvňujú jeho samého aj jeho okolie. V rámci zvládnutia jednotlivých aktivít denného života je nutné, najmä zo strany rodinných príslušníkov, registrovať príznaky začínajúcej demencie a podľa ich závažnosti upraviť režim pomoci a starostlivosti o takto postihnutého seniora v rámci rodiny alebo inštitucionálnej starostlivosti (stacionárne – denná starostlivosť, zariadenia sociálnych služieb – nepretržitá starostlivosť).

Sociálne starnutie úzko súvisí s nástupom na dôchodok a so schopnosťou vyrovnáť sa s novou životnou situáciou. Stráca sa doterajšie postavenie a u mnohých seniorov dochádza vplyvom nesprávnej adaptácie k tzv. „dôchodkovej kríze“. Preto je potrebné naplniť uvedené obdobie

hodnotnou činnosťou, novým programom, perspektívou života, získať informácie o ďalších možnostiach aktívneho života a vybrať si z nich tie, ktoré sú najvhodnejšie.

Obdobie nástupu na dôchodok môže totiž pre mnohých ľudí znamenať aj určité obmedzenie, na ktoré sa musia adaptovať. Dôchodok predstavuje výraznú, komplexnú a mnohostrannú zmenu, ktorej súčasťou môže byť strata identity pracovníka, motivácie a často aj časti príjmu. Ako typické sociálne charakteristiky seniorov sa uvádzajú: strata profesionálnych rolí, strata komunikácie, nižší ekonomický a sociálny status, sociálna a zdravotná diskriminácia. Prerušenie kontaktov a priateľstiev s kolegami môže viesť k pocitu osamelosti, izolácii až spoločenského vylúčenia (Hegyí, Krajčík, 2010).

Dôležitým termínom, ktorý je nutné v súvislosti so zdravím charakterizovať, je **starecká krehkosť**. Krehkosť, respektíve zraniteľnosť, po anglicky frailty, je spôsobená znížením rezervy viacerých systémov, v dôsledku dysregulácie spôsobenej starnutím, znížením svalovej (sarkopénia) a kostnej(osteopénia) hmoty chorobami alebo nedostatkom aktivity a nedostatočným príjmom potravy. Výskyt zraniteľnosti s vekom narastá, v 85. roku života sa vyskytuje až u tretiny populácie. Z hľadiska ochorení sa na zraniteľnosti podieľajú srdcové zlyhanie, diabetes mellitus - cukrovka, chronická pľúcna choroba, anémia - málokrvnosť, zápalové choroby. Chorí sú ohrození disabilitou (nemožnosťou vykonávať bežné denné aktivity), nesebestačnosťou, pádmi, zlomeninami, inkontinenciou a nepriaznivým vývojom stavu zdravia v nasledujúcich rokoch (Brázdilová, Poledníková, 2013).

1.1.6 Rizikové faktory ovplyvňujúce zdravie seniorov

Rizikové faktory, ktoré negatívne ovplyvňujú zdravie seniorov, predstavujú špecifické stavy, označované ako **geriatrické syndrómy**. Sú to klinicky významné situácie a stavy typické pre vyšší vek, ktoré vznikajú pri neudržaní rovnováhy, pôsobením nepriaznivých činiteľov alebo neprimeranou reakciou seniora na ne (Topinková, 2005; Hegyí, 1996).

Geriatrické syndrómy sa delia podľa Hegyiho (1996); Poledníkovej a kol. (2006); Lepiešovej (2009); Brázdilovej, Poledníkovej (2013) na:

Biologické

- **progeria(syndróm patologického starnutia)** znamená predčasné starnutie ovplyvnené genetickou predispozíciou a nepriaznivým vonkajším prostredím,

- **geriatrický maladaptatívny syndróm** predstavuje adaptačné zlyhanie, ktoré vzniká na základe chronického stresu, a prejavuje sa hlavne na srdcovo-cievnom a imunitnom systéme,
- **dehydratácia** je spojená so zníženým pocitom smädu u seniorov, prejavuje sa bolesťami hlavy, psychickým nepokojom, únavou a je výrazným rizikovým faktorom pádov,
- **poruchy výživy** sa najčastejšie manifestujú ako obezita alebo malnutícia(podvýživa),
- **náchylnosť k infekčným chorobám** je spôsobená starnutím imunitného systému,
- **poruchy spánku** sa s vyšším vekom vyskytujú častejšie, nespavosť sa môže objaviť aj bez jednoznačnej príčiny, alebo ako dôsledok chorôb a porúch zdravia,
- **poruchy defekácie (vyprázdňovania črevného obsahu)**
 - **inkontinencia(neschopnosť udržať) stolice** môže byť spôsobená poruchou črevnej motility(pohyblivosti), oslabením svaloviny a tkanív, poruchou inervácie konečníka a ochoreniami CNS. Tiež je dôležité poukázať na psychické a behaviorálne príčiny , ako napríklad nevhodné podmienky pre defekáciu, psychická porucha a faktory prostredia ako nedostupná a nedostatočne vybavená toaleta, nedostatok súkromia, zhoršená čistota prostredia,
 - **obstipácia(zápcha)** je veľmi častým problémom seniorov. Môže byť spôsobená na základe predĺženej doby prechodu črevného obsahu hrubým črevom, oslabením defekačného reflexu a tiež užívaním liekov ako sú napríklad analgetiká, antidepresíva, antihypertenzíva,
- **inkontinencia moču** je funkčná porucha, nie ochorenie, vzniká na podklade klinických príčin, na jej vzniku sa podieľajú viaceré faktory a vyžaduje si komplexnú diagnostiku aj riešenie,
- **retencia moču (chorobné zadržiavanie moču)** u mužov je najčastejšie spôsobená zväčšením(hypertrofiou) prostaty, u žien striktúrou(chorobným zúžením) ureteru(močovodu), alebo stázou(nahromadením) stolice v rekte(konečníku), tiež môžu retenciu moču spôsobovať neurologické poruchy alebo užívané lieky, ako napríklad opioidy s účinkom proti bolesti a antagonisti kalcia, ktorými sa liečia ochorenia srdca,

- **poruchy regulácie telesnej teploty** môžu byť spôsobené nestabilitou termoregulačných mechanizmov a senior je viac ohrozený hypotermiou alebo hypertermiou,
- **ortostatická (vzťahujúca sa na polohu v stoji) hypotenzia(zníženie tlaku krvi)** jedná sa o zníženie tlaku krvi pri zvyčajne rýchlej zmene polohy, ktorá je spôsobená znížením funkcie regulačných mechanizmov. Môže sa vyskytnúť u ležiacich seniorov, pri rýchlej zmene polohy, pri užívaní liekov, ktoré majú relaxačný účinok na svaly, pri zlej hydratácii organizmu, poruchách metabolizmu a centrálného nervového systému,
- **úrazy a pády** - u seniorov sú časté, zvyčajne sú príčinami zmenená funkčná schopnosť organizmu, ochorenia a vonkajšie prostredie,
- **poruchy zmyslového vnímania-** najčastejšie sa jedná o **slepotu a hluchotu**, spôsobenú patologickým procesom alebo úrazom, čím sa zvyšuje izolácia a zhoršujú sa spoločenské kontakty seniora,
- **dekubity(preležaniny)** predstavujú výrazný problém v rámci starostlivosti o zdravie. Vyskytujú sa u ľudí s poruchami vedomia, pri ochrnutí, strate hybnosti, dlhodobej imobilite, inkontinencii, poruchách cirkulácie(krvného obehu), poruchách výživy,
- **imobilizačný syndróm** má premenlivý klinický obraz, je následkom vážnej poruchy zdravia a predstavuje pre seniora - pacienta vážne zdravotné riziko. Príčinu môžu byť stavy, ktoré vyžadujú pokoj na lôžku a obmedzenie hybnosti. Syndróm má prejavy v oblasti psychických zmien ako sú apatia, nepokoj, podráždenie, depresia. Zmeny sú aj v somatickej oblasti, ako skrátenie šliach, svalov, spomalenie venózneho návratu a možnosť výskytu flebotrombóz, vznik dekubitov, vývoj osteoporózy, pokles činnosti dýchacieho systému a možnosť rozvoja zápalu pľúc, spomalenie peristaltiky a vznik zápchy,

Psychické

- **3D-syndróm** (demencia, depresia, delírium),
 - **demencia** ako chronické postupujúce ochorenie, ktoré sa prejavuje poruchami kognitívnych funkcií, poruchou pamäti, zhoršením výkonu,
 - **depresia** ako klinický stav býva často nespozorovaná, ale aj neliečená, zasahuje však negatívne do života seniora a jeho rodiny,

- **delírium** ako stav zmätenosti ohrozuje človeka stratou sebestačnosti, úrazom, zvyšuje celkovú mortalitu (úmrtnosť), (podrobnejšie sú 3D syndrómy popísané v druhej kapitole venovanej duševnému zdraviu)

➤ **poruchy správania a adaptácie**

Sociálne

- **geriatrické sociálne syndrómy** vznikajú ako dôsledok narušenej rovnováhy človeka a pôsobením sociálnych činiteľov ako nefunkčná rodina, sociálna izolácia, násilie na senioroch (zneužívanie, zanedbávanie, týranie) a sociálno-ekonomický stres, strata sebestačnosti, závislosť na pomoci iných (podrobnejšie sú tiež popisované v nasledujúcich kapitolách).

Vybrané geriatrické syndrómy z pohľadu chorobného stavu sú rozsiahlejšie rozpracované v tretej kapitole.

1.2 Podpora zdravia u seniorov

Právo na podporu, ochranu a obnovu zdravia patrí podľa Mojtovej (2010) medzi základné ľudské práva. Ottawská charta **podpory zdravia** uvádza, že ide o **„proces zvyšovania schopnosti ľudí ovplyvňovať a zlepšovať svoje zdravie“** (Guliš, 1999, s. 15). Podpora zdravia je najúčinnnejšia tam, kde ľudia žijú v rodine, komunite, škole, práci, záujmových združeniach, kluboch, svojpomocných skupinách, formálnych aj neformálnych združeniach..

Filozofia podpory zdravia je podľa Katza a Peberdyho (1997) založená na troch požiadavkách:

- Najdôležitejšie nástroje podpory zdravia sú účasť, záujem o iných, kontrola nad životnými podmienkami a kooperácia.
- Kvalitná podpora zdravia a prevencia je mnohonásobne lacnejšia ako liečba.
- Zdravé starnutie je ohrozené násobením rizík počas života.

Podpora zdravia je proces umožňujúci jednotlivcom i populácii zlepšovať svoje zdravie a kontrolu nad ním. V celospoločenskom kontexte sa podpora zdravia realizuje v programoch a projektoch podpory zdravia, ktoré majú nadnárodný, národný a komunitný charakter.

Prevenciu charakterizuje SZO vo svojom dokumente Zdravie 21 ako súbor opatrení, vďaka ktorým možno chorobám predchádzať. Takými opatreniami sú: očkovanie, protifajčiarske aktivity, ale aj súbor oparení, ktoré zmenšia dôsledky už vzniknutého ochorenia (WHO, 1999). Prevenciu možno rozdeliť na individuálnu a kolektívnu, spoločenskú a zdravotnícku, primárnu, sekundárnu a terciárnu (Farkašová, 2005; Koňošová, 2005; Kozierová 1995).

Vzhľadom na vývoj populácie v posledných rokoch sa predpokladá zvýšenie počtu ľudí vyššieho veku, čo znamená aj väčší počet chronických ochorení, závislosť na pomoci iných a zdravotné postihnutia. Problémy v rámci samostatnej existencie ovplyvňujú výrazne kvalitu života ľudí a zvyšujú finančné náklady spoločnosti i jednotlivcov. Hlavným cieľom podpory zdravia seniorov je preto práve **podpora sebestačnosti**, aktivity v rámci celospoločenských opatrení v prípravnej fáze, tzn. už od obdobia dospelého veku.

1.2.1 Programy a projekty zamerané na zdravie seniorov

Seniori sú cieľovou skupinou nasledovných programov, projektov, plánov zaoberajúcich sa zdravím:

Medzinárodný akčný plán o starnutí bol prijatý v roku 2002 na Druhom svetovom zhromaždení o starnutí, s cieľom budovať spoločnosť pre všetky vekové kategórie. Zameriava sa na tri prioritné oblasti: seniorov a ich rozvoj, podporu zdravia a pohodu u seniorov a zabezpečenie podporného prostredia.

Zdravie 21 – cieľ č. 5 Zdravé starnutie Program/rámcová politika SZO Zdravie 21 – zdravie pre európsky región v 21. storočí má zadaný cieľ č. 5 Zdravé starnutie, kde práve dobré zdravie v starobe je výsledkom dôslednej prípravy na starnutie a ochrany zdravia počas celého života.

Národný program podpory zdravia (2013) je prioritne zameraný na ovplyvňovanie determinantov zdravia, znižovanie rizikových faktorov vyskytujúcich sa u obyvateľstva a na zvyšovanie zainteresovanosti jednotlivých zložiek spoločnosti. V súčasnej aktualizácii sa jedná o oblasti ako výživa a stravovacie zvyklosti, fyzická inaktivita, tabak, alkohol, drogy, pracovné a životné podmienky, opatrenia zamerané na znižovanie výskytu infekčných ochorení. Tieto oblasti, sú vzhľadom na zmeny v stave zdravia podmienené vekom, dôležité.

Národný program aktívneho starnutia na roky 2014-2020, je komplexný program zameraný na podporu ľudských práv starších osôb cestou ich aktivizácie prostredníctvom verejných podporných politík. Pozornosť je upriamená na oblasti ako zamestnanosť, celoživotné vzdelávanie, občianske a sociálne aktivity, nezávislosť, dôstojnosť, ekonomická a sociálna bezpečnosť, ktorých náplň sa premieta aj do sféry zdravia (Materiál MPSVaR, 2013).

Program prípravy na starnutie (2008) je v individuálnej rovine dlhodobý proces s cieľom pripraviť človeka na aktívnu starobu v čo najlepšom zdraví (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012).

Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo - Cieľ projektu, realizovaného od roku 2004 Úradom verejného zdravotníctva a Jednotou dôchodcov na Slovensku, je orientovaný na záujem seniorov o vlastné zdravie, kvalitu života, zdravotné uvedomenie. Aktivity, ako vzdelávacie programy, prednášky, poradenstvo v oblasti zdravia a štýlu života, vydávanie publikácií sa realizujú na úrovni národnej a komunitnej.

Pri všetkých programoch a projektoch, zameraných na podporu zdravia seniorov, významne participuje aj **Jednota dôchodcov Slovenska**.

1.2.2 Podpora biologických aspektov zdravia seniorov

Dýchanie - v rámci podpory účinného dýchania sa odporúča realizovať dychové cvičenia ako súčasť ranného cvičenia, prípadne inej pohybovej aktivity počas dňa. Dychové cvičenia prispievajú hlavne k zdraviu a dobrej funkcii dýchacieho, kardiovaskulárneho a centrálného nervového systému.

Výživa a pitný režim - v rámci potreby výživy je nutné uprednostniť diétne spôsoby prípravy jedál, zamerať sa na pravidelnosť v rámci režimu stravovania, konzumovať menšie porcie jedál, nejesť rýchlo, stravu si „vychutnať“, zvýšiť príjem zeleniny, ovocia, vlákniny, vitamínov, znížiť energetický príjem celkovo, príjem soli na 5 mg na deň, obmedziť destiláty a sladkosti. Vzhľadom na nutnosť mechanického spracovania potravy sa zamerať na zdravie zubov a dutiny ústnej (orálne zdravie) správnou a pravidelnou hygienou v spolupráci so zubným lekárom –stomatológom alebo dentálnym hygienikom. V rámci pitného režimu sa odporúča vypiť 1,5 litra tekutín denne, každú hodinu 2 dl. Malo by sa jednať o tekutiny s nízkym obsahom sodíka. Ideálna je čistá voda.

Vylučovanie– dôležitá je predovšetkým pravidelnosť vo vyprázdňovaní. Vzhľadom na zmeny vo vylučovacom systéme sa odporúča ženám posilňovať

svaly panvového dna Kegelovými cvikmi a mužom uskutočňovať nácvik pravidelného vyprázdňovania močového mechúra, močeniu v noci predchádzať obmedzením tekutín večer (Lepiešová, 2009). Ak nastane zmena v obvyklom režime vylučovania, je nutné hľadať a nájsť príčiny tohto stavu. Lieky, podporujúce vyprázdňovanie, užívať iba v nevyhnutných prípadoch a po porade s lekárom. Pitný režim seniora vnímať ako predchádzanie infektov vo vylučovacom systéme. Ak dôjde k inkontinencii ako nezvratnému stavu, tak používať pomôcky určené na inkontinenciu, ktoré sú pri predpise lekárom hrazené zo zdravotného poistenia.

Pohyb a aktivita – patrí medzi základné potreby človeka a významné sú aj u seniorov. Pohybová aktivita zlepšuje kvalitu života, znižuje riziko ochorení srdca a ciev, hypertenzie, cukrovky, zlepšuje psychický stav. Každá pohybová aktivita však musí zohľadňovať zdravotný stav, byť príjemná a pôsobiť motivačne. Odporúčané pohybové aktivity pre seniorov sú chôdza, plávanie, bicyklovanie, joga, tanec, tenis, bedminton. Zaťažovanie organizmu musí byť postupné a aby malo cvičenie zdravotný efekt, musí byť pravidelné. Dôležitá je aj príprava na cvičenie v podobe pitného režimu a opatrení, ktoré sa týkajú bezpečnosti. Seniori, ktorí sú diabetici, prípadne majú ortopedické problémy, by mali pri pohybových aktivitách používať špeciálnu obuv. Pri všetkých pohybových aktivitách sa snažiť predchádzať pádom a úrazom.

Hygiena – je potreba, ktorú by si mal senior zabezpečovať čo najdlhšie v rámci sebestačnosti a pravidelnosti. Odporúča sa používanie neдрáždivých prostriedkov, ktoré zvlhčujú a premasťujú kožu. Teplotu vody je nutné voliť podľa aktuálneho pocitu. Opatrne používať trenie kože. Osobitnú pozornosť venovať odevom, nezakrytými častiam kože, ktoré je nutné hydratovať a premasťovať častejšie aj viackrát počas dňa. Odev a obuv by mali byť vždy čisté a pohodlné, vyrobené z prírodných materiálov. Starostlivosť o chrup realizovať pravidelne a s ohľadom na prevenciu zubného kazu, paradentózy poškodenia skloviny, odstránenia zubného povlaku, a tak si zachovať zdravé zuby čo najdlhšie.

Udržiavanie telesnej teploty – patrí medzi potreby ovplyvnené zmenami v pociťovaní teploty. Vzhľadom na zmenené podmienky termoregulácie, zoslabenú schopnosť potiť sa, oslabené mechanizmy cirkulácie, prípadne výskyt ochorení ako anémia (chudokrvnosť) je nutné zmeniť charakter obliekania (vrstvy, použitý materiál) a výraznejšie zohľadniť teplotu okolitého prostredia. Tolerancia tepla je u žien podmienená aj hormonálnymi zmenami, ktoré sprevádzajú menopauzu. Odporúča sa využívať na zmiernenie

potenia byliny ako šalvia lekárska a perila krovitá, prípadne farmaceuticky vyrábané preparáty na prírodnej báze. Vhodné je tiež častejšie prezliekanie.

Režim farmakoterapie (užívania liekov) - S pribúdajúcim vekom narastá počet ľudí, u ktorých je nutné zmeny vo fungovaní organizmu a chorobné stavy riešiť užívaním liekov. Dôležité je užívať iba lieky predpísané lekárom, v správnej dávke, v správnom čase a rešpektovať úpravy v strave, ak sú nutné, napríklad pri užívaní liekov na riedenie krvi a riešenie cukrovky. Vzhľadom na zmeny v zmyslových orgánoch seniorov zvážiť prípravu a podávanie liekov iným členom rodiny. Mimoriadne dôležitý je správny manažment farmakoterapie, ktorý by mal koordinovať praktický lekár pre dospelých.

1.2.3 Prevencia chorôb u seniorov

Primárna prevencia

Prevencia v starostlivosti o zdravie seniorov je podľa Hegyiho (1996) zameraná na prípravu na starnutie, prevenciu chorobnosti, prevenciu osamelosti a izolácie, bezvládnosti a odkázanosti, motivizáciu a aktivizáciu na fyzickej, intelektuálnej a sociálnej úrovni. Prevencia v seniorskom veku v sebe zahŕňa rovinu environmentu- prostredia, v ktorom človek žije, a zdravotnú – týka sa starostlivosti o zdravie celkovo, ktorých cieľom je predísť predčasnému starnutiu a prispieť k predĺženiu aktívneho života.

Primárna prevencia má nasledovné ciele: dostupnosť zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, primerané sociálne a ekonomické zázemie, vyhľadávanie rizikových faktorov najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení, vyhľadávanie a evidenciu rizikových seniorov.

Dôležitou súčasťou primárnej prevencie seniorov je **očkovanie** - aktívna imunizácia.

Odporúčané očkovania pre seniorov sú nasledovné:

- proti **chrípke** - raz ročne. Chrápka je častá príčina chorobnosti, hospitalizácie a je podľa Košťálovej (2004) štvrtou hlavnou príčinou smrti medzi seniormi.
- proti **tetanu** – preočkovanie každých 10 až 15 rokov. Tetanus je veľmi závažné ochorenie nervovo - svalového systému, ktorému je možné predísť iba očkovaním.
- proti **pneumokokovým infekciám** - raz za 5 rokov po 65. roku života. Pneumokokové infekcie majú veľmi pestré prejavy od ľahkých zápalov

horných dýchacích ciest až po zápaly pľúc, môže sa vyskytnúť zápal mozgových blán, zápal stredného ucha, zápal srdcového svalu, preto je vhodné očkovanie absolvovať predovšetkým v tých prípadoch, keď človek trpí iným chronickým ochorením.

Prevenčia pádov a úrazov patrí u seniorov medzi nevyhnutnú časť úpravy životného štýlu (výživa, pitný režim, pohyb a odpočinok) a prostredia (dlažba, koberce, úprava schodov, osvetlenia, nábytku, kuchyne).

Sekundárna prevencia

Podstatou sekundárnej prevencie je skorá diagnostika a liečba vzniknutých ochorení a ich komplikácií. U seniorov sa pokračuje v preventívnych vyšetreniach a prehliadkach podobne ako u dospelých.

Preventívne prehliadky sú dôležitou podmienkou realizovania podporných a preventívnych aktivít v prospech zdravia seniora. Obsahom prehliadky je posúdenie životných funkcií, meranie výšky a hmotnosti, vyšetrenie rovnováhy, chôdze, pohyblivosti, posúdenie kože, hydratácia kože, stav výživy a hygieny, základné laboratórne vyšetrenie, RTG hrudníka, EKG, vyšetrenie zrakovej ostrosti, audiometrické vyšetrenie sluchu. Pri posudzovaní stavu zdravia sa hodnotia zmeny na jednotlivých systémoch organizmu.

Frekvencia preventívnych prehliadok a skríningu - cieleného vyhľadávania ochorení:

- **základná preventívna prehliadka** u praktického lekára pre dospelých - raz za dva roky,
- **preventívna stomatologická prehliadka** - raz ročne,
- **preventívna gynekologická prehliadka** - raz ročne,
- **skrínig rakoviny krčka maternice** - cytológia biologického materiálu z krčka maternice sa vykonáva u žien vo veku 23 - 64 rokov. Prvé dva odbery cytológie sa realizujú v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov sa pokračuje v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Skrínig sa vo veku 64 rokov ukončí, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne,
- **skrínig rakoviny prsníka** – mamografia u žien vo veku 40 - 69 rokov raz za 2 roky,
- **skrínig rakoviny prostaty** u mužov vo veku nad 50 rokov – urologická prehliadka raz za tri roky,
- **skrínig rakoviny konečníka a hrubého čreva** vyšetrením stolice na okultné/skryté krvácanie raz ročne vo veku nad 50 rokov, kolonoskopia

- endoskopické/optické vyšetrenie čreva každé dva roky u vysoko rizikových seniorov. (Preventívne prehliadky, 2013)

Terciárna prevencia

Prevencia v treťom stupni - terciárna prevencia je upriamená na zachovanie fyzickej a psychickej funkčnosti seniora na najvyššej možnej úrovni, zabránenie odkázanosti a bezvládnosti a určenie ich stupňa, zabezpečenie prevencie preťaženia opatrovateľa seniora, zabezpečenie rehabilitácie a reedukácie, sociálnej reintegrácie po úrazoch a operáciách (Hegyi, 1996). Mojtoová a Gažíková (2013) ju charakterizujú ako opatrenia na zníženie alebo elimináciu dlhodobých poškodení a invalidity, ktoré vznikajú ako následok choroby (úrazu). Súčasťou terciárnej prevencie je aj minimalizácia utrpenia spôsobeného neliečiteľnými ochoreniami a pomoc pacientovi v prispôbení sa zmenenému zdravotnému stavu.

LITERATÚRA

BARTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Vyd. Praha : Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BERMAN, A., SNYDER, S. 2012. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice*. 9th Edition, International Edition, New Jersey: Person, 2012. 1616 p. ISBN 13: 978-0-13-261137-4.

BRÁZDILOVÁ, D., POLEDNÍKOVÁ, L. 2013. *Geriatría a ošetrovateľstvo*. Nitra : UKF, 2013. 195 s. ISBN 978-80-558-0251-0

GULIŠ, G. a kol. 1999. *Podpora zdravia – Učebný text*. Bratislava : NCPZ, 1999. 266 s. ISBN 80-7159-122-X.

Health 21-the Health for all in the 21 century, WHO regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría. Diešková edícia. 4. Zväzok*. Bratislava: Herba, 2010. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HEGYI, L. a kol. 1996. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatríe*. Bratislava :IVZ, 1996, 73 s. ISBN 80-7163-005-5

KATZ, J., PEBERDY, A. 1997. *Promoting Health – knowledge and practice*. London : Open University, 1997. 365 p. ISBN 978-033-394-930-6.

KOŇOŠOVÁ, H. 2005. *Zdravie a ošetrovateľstvo*. In FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. s. 51-57. ISBN 80-8063-182-4.

KOŠŤÁLOVÁ, Z. 2005. Očkovanie v staršom veku In. Fižová. Mám 65+ teší ma, že žijem zdravo. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva SR s. 45 -49. ISBN 80-7159-156-4.

KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1, 2.* 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví.* Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví.* Praha : Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

LEPIEŠOVÁ, M. 2009. Špecifické problémy seniorov, metódy a prostriedky edukácie. In Bašková, M. a kol. *Výchova k zdraviu.* Martin : Osveta, 2009. s. 128-145. ISBN 978-80-8063-320-2.

LÍŠKOVÁ, M. 2009. Zdravie v komunitnom ošetrovatel'stve. In BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. a kol. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti.* Nitra: UKF, 2009. s. 56 - 81. ISBN 987-80-8094-576-3.

LÍŠKOVÁ, M. 2013. *Výchova k zdraviu, podpora zdravia, prevencia.* Nitra : UKF, 2013. 97 s. ISBN 978-80-558-0317-3

MOJTOVÁ, M. 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve.* Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o., 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

MOJTOVÁ, M., GAŽIKOVÁ, E. 2013. *Vybrané kapitoly zo sociálnej práce v zdravotníctve.* Nitra : UKF, 2013. 278 s. ISBN 978-80-558-0313-5.

MOJTOVÁ, M. – SEDLÁROVÁ, K. – ŠRANK, M. 2013. *Klinický sociálny pracovník.* Nitra, UKF, 2013, 263 s. ISBN 978-80-558-0269-5.

MOROVICSOVÁ, E. 2004. *Psychosociálne problémy starnutia a staroby.* In Revue ošetrovatel'stva a laboratórnych metodík. roč. 10, č. 2, s. 52-54. ISSN 1335-5090.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. 2008. [online] [cit.2013-12-11]Dostupné na internete: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

Národní program aktivního starnutia na roky 2014-2020. 2013. Materiál MPSVaR. 72s.

PACOVSKÝ, V. 1994. *Geriatrická diagnostika.* Praha : Scientia medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208 -1.

Preventívne prehliadky. 2013. [online] [cit. 2013-09-10] Dostupné na internete:<https://www.vszp.sk/poistenci/zdravotna.../preventivne-prehliadky.html>

ROVNÝ, I. 2010. *Verejné zdravotníctvo včera, dnes a zajtra*. Bratislava : ÚVZ SR, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7159-206-8.

SEEDHOUSE, D. 2006. *Health: The Foundations of Achievent*. New York : John Wiley and Sons, 2006. 139 p. ISBN 0-471-49011-3.

TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6.

WEBER, P. a kol. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno : IPDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

World Health Organization. 1999 : *Health 21*. Copenhagen.

2 DUŠEVNÉ ZDRAVIE A DUŠEVNÉ PORUCHY SENIOROV

Dana ZRUBCOVÁ

Ako včasná staroba býva označované obdobie po 60 roku života. Životný štýl a duševné zdravie seniorov sa do značnej miery formuje už v čase ich mladosti. „*Tí, ktorí sa naučili žiť vyvážený a uspokojivý život, sú v dôchodkovom veku oveľa úspešnejší*“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 671). Odchod do dôchodku v mnohých aspektoch predstavuje zmenu, ktorá môže negatívne ovplyvniť duševné zdravie. Medzi tieto aspekty patrí strata identity, strata moci, privilégií, a žiaľ, veľmi často aj strata príjmov. Ďalšou stratou súvisiacou s odchodom do dôchodku, je prerušenie priateľstiev a vzťahov so spolupracovníkmi (Janosiková, Daviesová, 1999). Ak sa senior na uvedené zmeny nepripraví v dostatočnom predstihu, môžu mu spôsobiť pocity úzkosti, osamelosti, zavrhnutia, hnevu, nepotrebnosti a smútku až depresie. Je preto nevyhnutné pôsobenie zdravotníckych, hospodárskych, kultúrnych a spoločenských opatrení, ktorými spoločnosť priamo či nepriamo upevňuje zdravie seniorov.

2.1 Duševné zdravie

Duševné zdravie ako súčasť zdravia je vnímané ako nenahraditeľná a nemerateľná hodnota. Pre človeka je jedným zo základných predpokladov tvorivého života naplneného šťastím. V ponímaní duševného zdravia bývajú často rozdiely, ktoré sa môžu meniť vplyvom predchádzajúcej skúsenosti, očakávania od seba samého, vnímania vlastnej identity, sebareflexie a sociálneho statusu.

Definície duševného zdravia majú široké kultúrne, spoločenské i politické dôsledky. Ako uvádzajú Janosiková, Daviesová (1999), existujú historické dôkazy o tom, že prevažujúce normy a postoje už v minulosti ovplyvňovali definície duševného zdravia. Duševné zdravie zahŕňa množstvo oblastí ľudského života. S niektorými je prepojené bezprostredne, iných sa dotýka okrajovo. Nie je to len stav bez prítomnosti duševného ochorenia. Často býva charakterizované ako žiaduci stav, ktorý je výsledkom vedomého alebo nevedomého dodržiavania zásad psychohygieny.

WHO (1999) definuje duševné zdravie ako „stav, keď všetky duševné procesy prebiehajú optimálnym spôsobom, harmonicky, umožňujú odrážať podnety a riešiť bežné aj neočakávané situácie, stále sa zdokonaľovať a mať pocit uspokojenia zo svojej činnosti.“

2.1.1 Indikátory duševného zdravia

Podľa Markovej, Venglárovej, Babiakovej (2006), duševné zdravie znamená dobrú kondíciu celej osobnosti, nie je to len neprítomnosť duševnej poruchy. Duševne zdravý človek má schopnosť prijímať a spracovávať informácie, riešiť problémy a logicky myslieť. Vie realisticky plánovať a plány aj uskutočňovať. Je schopný podieľať sa na zmenách a vytvárať nové veci. Dokáže komunikovať. Aktívne sa zúčastňuje na dianí vo svojom okolí. Dobré sa dokáže adaptovať na nové situácie. Pozná a podľa citovej vyrovnanosti zvláda vlastné emócie a zároveň dokáže relaxovať a uvoľniť sa. Dokáže efektívne pracovať a podávať adekvátny pracovný výkon. Dokáže žiť v partnerskom vzťahu.

Kafka a kol. (2004, s. 41-42) popisujú niekoľko vlastností, ktoré možno považovať za indikátory duševného zdravia:

1. **„Primerané vnímanie reality.** *Jedinci sú realistickí pri odhadovaní svojich reakcií, schopností a pri interpretácii toho, čo sa deje v ich okolí. Chápu správne, čo ostatní hovoria a robia, nepreceňujú svoje schopnosti a nepúšťajú sa do niečoho, čo nie sú schopní urobiť. Ani nepodceňujú svoje schopnosti a nevyhýbajú sa zložitým úlohám.*
2. **Sebapoznanie.** *Do istej miery si uvedomujú svoje motívy a pocity. Aj napriek tomu, že nikto si plne neuvedomuje svoje pocity alebo správanie, duševne zdraví jedinci o sebe vedia viac ako tí, u ktorých bola diagnostikovaná duševná porucha.*
3. **Schopnosť ovládať svoje správanie.** *Duševne zdraví jedinci sú presvedčení o schopnosti ovládať svoje správanie. V určitých situáciách sa môžu správať impulzívne, ale v prípade, že je to nutné, sú schopní ovládať svoje agresívne správanie a sexuálne pudy. Ak však porušia sociálne normy ich rozhodnutie takto konať je dobrovoľné.*
4. **Sebaúcta a akceptácia.** *Duševne zdraví jedinci majú primerané sebavedomie, sú prijímaní ľuďmi vo svojom okolí. Cítia sa dobre v spoločnosti iných ľudí, sú schopní správať sa spontánne v rôznych situáciách.*
5. **Schopnosť vytvárať citové väzby.** *Sú schopní vytvárať vo svojom okolí blízke a uspokojivé vzťahy. Sú vnímaví voči pocitom iných a nemajú neadekvátne požiadavky na druhých, aby uspokojovali ich vlastné potreby.*
6. **Činorodosť.** *Sú schopní uplatniť svoj talent a schopnosti v činorodej aktivite. Dokážu sa spontánne nadchnúť a nepotrebujú, aby ich niekto*

nútil do plnenia požiadaviek bežného života. Snažia sa efektívne riešiť svoje problémy“.

V mnohých teóriách duševného zdravia sa kladie do popredia osobnostná zrelosť, sebaaprijatie a sebaaktualizácia, nezávislosť, ale aj schopnosť prispôbiť sa meniacemu sa prostrediu. Vyzdvihované je i naplnenie zmyslu života, osobnostný rozvoj a pocit spolupatričnosti. „*Duševné zdravie predstavuje schopnosť prispôbovať sa situáciám a reagovať na ne*“ (Marková, Venglárová, Babiaková, 2006, s. 16). Pre udržanie duševnej pohody a duševného zdravia je dôležité určiť si vlastné priority. V každom životnom období je vhodné stanoviť si to, čo je pre človeka podstatné, čomu sa bude venovať. Zvoliť si správny životný štýl.

2.1.2 Stratégie podpory duševného zdravia

Podpora duševného zdravia a prevencia duševných ochorení tvoria základ starostlivosti o duševné zdravie. Zameriava sa na znižovanie a elimináciu zdrojov stresu, včasnú identifikáciu a intervencie pre osoby v krízových situáciách s cieľom prevencie vývoja duševných porúch.

Intenzívne vnímanie zlého duševného zdravia, ako problému, podnecuje politikov i odborníkov v oblasti zdravotníctva hľadať riešenia. Európska komisia predložila „Zelenú knihu : Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu“, založenú na ustanoveniach o verejnom zdraví stanovených v článku 152 Zmluvy o Európskom spoločenstve.

Na Slovensku bol na základe odporúčaní európskej komisie a v zmysle uznesenia vlády SR č.911 zo dňa 21. augusta 2002 vypracovaný Národný program duševného zdravia, ktorého zámerom je vytvoriť systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý na jednej strane umožní účinne posilniť duševné zdravie, a tak predchádzať duševným poruchám, a na strane druhej vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie a paternalizmu, či už formou sociálneho vylúčenia z komunity, alebo prehlbovania závislostí od inštitúcií (Národný program duševného zdravia, 2013).

Politika duševného zdravia na Slovensku je založená na troch základných strategických pilieroch :

1. **Zlepšenie zdravia obyvateľstva** - Politika duševného zdravia určuje ciele pre zlepšenie zdravia populácie. Pri hodnotení používa indikátory výsledkov ako sú kvalita života, postihnutie, chorobnosť a mortalita.

Ak nie sú dostatočne rozvinuté informačné systémy, môžu byť použité pre hodnotenie indikátory procesu (prístupnosť a využitie služieb).

2. **Zohľadňovanie očakávania ľudí** -Dôležité je rešpektovať človeka a jeho ľudské práva, dôstojnosť, právo na zachovanie lekárskej mlčanlivosti, jeho autonómiu a možnosť výberu služieb, s orientáciou na klienta (spokojnosť pacienta, kvalita vybavenia, prístup k sieti sociálnych služieb a možnosť výberu poskytovateľa služieb) s dosiahnutím rešpektovania nasledujúcich hodnôt a princípov : ľudí s duševnými poruchami treba zahrnúť do procesu plánovania, poskytovania a hodnotenia služieb, podporovať vzájomnú pomoc a advokáciu, ochraňovať ľudské práva osôb s duševnými poruchami, pre ženy, deti, starých ľudí a veľmi chudobných vypracovať špecifické stratégie.
3. **Zabezpečenie reálneho financovania** - rovnosť distribúcie finančných zdrojov v rôznych geografických lokalitách, dostupnosť základnej medicíny a určenie príslušného % pre duševné zdravie z celkového rozpočtu na zdravotníctvo(Národný program duševného zdravia, 2013).

Jednou z výziev stratégií podpory duševného zdravia je aj duševné zdravie seniorov. Populačné starnutie zasahuje všetky sféry fungovania spoločnosti. Cieľom **Národného programu aktívneho starnutia na roky 2014 - 2020** je podporovať prípravu na aktívne starnutie, rúcať stereotypy voči starším ľuďom, posilňovať medzigeneračné vzťahy. Národný program aktívneho starnutia sa zaoberá otázkami zdravia a prevencie chorôb, zdravého životného štýlu, aktívneho využitia voľného času a duševnej očisty seniorov. Definuje niekoľko základných princípov verejných politík vo vzťahu k starším ľuďom medzi najdôležitejšie patria :

- **Princíp dôstojnosti-** popisuje potrebu zabránenia vykorisťovaniu, fyzickému alebo duševnému zneužívaniu, potrebu slušného zaobchádzania a nehodnotenia podľa ekonomického prínosu.
- **Princíp rovnakého zaobchádzania-** ustanovuje zákaz diskriminácie na základe veku, osobitne v oblastiach zamestnanosti a odmeny za prácu, ale aj v oblastiach prístupu k zdravotnej starostlivosti, celoživotnému vzdelávaniu, bývaní, sociálnych a finančných služieb všetkého druhu.
- **Princíp rodovej rovnosti-** posilňuje význam dôstojnosti človeka bez ohľadu na jeho príslušnosť k pohlaviu a rešpektovanie rôznorodosti životných skúseností a volieb starších ľudí a seniorov, ktoré prekračujú

stereotypné očakávania spoločnosti vzťahujúce sa k starnúcim ženám a mužom.

- **Princíp nezávislosti-** ustanovuje, že starší ľudia potrebujú prístup k možnosti pracovať alebo mať príjem, k možnosti ovplyvniť tempo svojho vylúčenia zo zamestnania, potrebujú prístup k službám a k pomoci, prístup ku vzdelaniu a k doškoloňovaniu, k bezpečnému životnému prostrediu a možnosti bývať v prirodzenom domácom prostredí čo najdlhšie.
- **Princíp seberealizácie-** vychádza z chápania aktívneho starnutia ako dlhodobého procesu. Podmienkou pre uplatňovanie tohto princípu je dostupné celoživotné vzdelávanie, uľahčenie prístupu k novým „vekovo priateľským“ technológiám, rovnako aj podpora dobrovoľníctva starších ľudí a seniorov ako formy ich komunitnej participácie a budovania súdržnejšej spoločnosti.
- **Princíp zúčastnenosti-** zahŕňa možnosť spolurozhodovania, uplatnenia vedomostí, schopností, sociálnych iniciatív, možnosť zakladania hnutí alebo združení starších občanov.
- **Princíp starostlivosti-** definuje pomoc rodiny a spoločnosti, primeraný prístup k zdravotnej starostlivosti, sociálnym službám, službám právnej pomoci. (Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020, 2013).

„Krízu stredného veku“ opisujú Kozierová, Erbová, Olivieriová (1995) ako krízu „autenticity“, v ktorej si človek uvedomuje nesúlad medzi ambíciami mladosti a skutočnými úspechmi. V záujme podpory duševného zdravia ľudí v strednom veku, by zdravotnícki pracovníci mali :

- Povzbudiť ich, aby sa zaoberali aktivitami, na ktoré doteraz nemali čas.
- Podporovať ich, aby akceptovali zmeny, ktoré prináša vek a pomôcť im prispôbiť sa im.
- Povzbudiť ich, aby sa venovali i svojmu zovňajšku a cítili sa atraktívni.
- Rozprávať sa s nimi o zmenenom postavení v úlohe rodičov. Mnohé problémy vznikajú v období, keď deti opúšťajú domov.
- Zdôrazniť pozitívnu stránku udržiavania starých priateľstiev a nadväzovania nových.
- Hovoriť o ich úlohe pri starostlivosti o starých rodičov. Spoločne rozprávať o možnej frustrácii a obavách, ktoré z toho vyplývajú.

- Rozprávať o plánoch týkajúcich sa dôchodkového veku, o potrebe pestovať nové záľuby a aktívne tráviť voľný čas.

Úlohou týchto aktivít je pomôcť pri dosahovaní realistických a dosiahnuteľných cieľov pozitívne ovplyvňujúcich duševné zdravie.

Pri podpore duševného zdravia je tiež dôležité aktívne starnutie. Aktívne starnutie je proces optimalizácie príležitostí týkajúcich sa zdravia, účasti a zabezpečenia možností seniora zúčastňovať sa na kultúrnom, spoločenskom a politickom dianí s cieľom podporiť kvalitu života v procese starnutia. Umožňuje využitie fyzického, psychického a sociálneho potenciálu seniorov. Je dôležité povzbudzovať seniorov k zachovaniu čo najdlhšej sebestačnosti a nezávislosti, so zachovaním maximálnej bezpečnosti. (WHO,2002)

V rámci primárnej prevencie popisujú Janosiková, Daviesová (1999) jednotlivé kritické adaptačné úlohy spojené so starnutím:

1. Uvedomenie si starnutia a z neho vyplývajúcich obmedzení.
2. Nové definovanie svojho fyzického a sociálneho životného priestoru.
3. Náhrada alternatívnymi zdrojmi spokojnosti.
4. Nové prispôsobenie kritérií vlastného hodnotenia.
5. Registrácia životných cieľov a hodnôt.

Reintegrácia životných očakávaní a cieľov vyžaduje prehodnotiť túžby a hodnoty seniorov tak, aby našli význam a cieľ svojho súčasného života. Príprava na starnutie má individuálny rozmer, obsahuje niekoľko oblastí riešenia problémov nielen zdravotných ale aj psychologických a sociálnych. Neopomenuteľný je celospoločenský rozmer, ktorý vytvára predpoklady k vzájomnej tolerancii, rešpektu a väčšiemu porozumeniu medzi generáciami navzájom. (Hegyi, Krajčík 2006; Hegyi, Krajčík 2010; Zrubcová, Slamková, a kol.,2013).

2.2 Duševné poruchy v senu

Ako uvádzajú Kafka a kol. (1998), starecký vek je obdobím života, v ktorom nastáva výraznejšie poškodenie fyzických alebo psychických funkcií v porovnaní s predchádzajúcimi životnými obdobiami. Oslabenie zmyslových orgánov, funkčné zmeny mozgu, spomalenie psychickej aktivity, zhoršenie novopamäti patria k fyziologickým prejavom starnutia, ktoré môžu byť čiastočne kompenzované životnými skúsenosťami a rozvážnosťou seniorov.

Najmenej u 20 % seniorov sa však vyskytuje duševná porucha so špecifickými diagnostickými terapeutickými i prognostickými odlišnosťami. Najčastejšími psychickými poruchami v starobe sú poruchy kognitívnych funkcií, stavy zmätenosti, depresie, poruchy spánku, paranoidné (podozrievavé) stavy, závislosti a osobitný problém predstavujú aj samovraždy seniorov.

2.2.1 Poruchy spánku

Spánok je fyziologický stav, ktorý predstavuje opak bdenia. Zastúpenie hlbokého spánku podobne ako celková dĺžka spánku sa v starobe skraca (Kalvach a kol., 2004). Dôsledkom dlhšieho času stráveného v plytšom spánku sú časté prebudenia aj na nepatrné vonkajšie podnety. Vekom dochádza aj k zníženiu hladiny melatonínu, jedného z najdôležitejších spánkových regulátorov (Hegyi, Krajčík, 2010). Vyšší vek spôsobuje nielen skrátenie ale aj porušenie celistvosti spánku. Prítomný je väčší počet zášklbov končatín, gastroezofagiálnych refluxov a apnoických (bez dychu) páuz. Vyskytuje sa aj väčšie množstvo denných zdriemnutí. Poruchy spánku rozdeľujeme na **dyssomnie** (insomnia- nespavosť, porucha kontinuity spánku a hypersomnia- nadmerná spavosť) a **parasomnie** (neprirodzené stavy viažuce sa na spánok – napr. nočný des, nočná mora, námesačnictvo, vyskytujú sa častejšie v mladšom veku).

Na vzniku insomnie u seniorov sa podieľajú viaceré vplyvy:

- Somatické – bolesť, dušnosť, poruchy srdcového rytmu.
- Iatrogénne – užívanie niektorých liekov počas dňa s tlmivým efektom môže spôsobiť pospávanie počas dňa, časté nočné budenie pri užívaní diuretík.
- Vonkajšie – návykové látky kofeín, chronický nikotinizmus nadužívanie alkoholu.
- Psychické – delirantné stavy, depresia, úzkosť, demencia, strach z nespavosti.
- Involučné zmeny – väčší počet nočných prebudení, časté hospitalizácie, somatické ochorenia a bolesť, zmena životného štýlu spojená s vekom (Kalvach a kol., 2004).

Pre poruchy kontinuity spánku u seniorov je charakteristické dospávanie počas dňa a narušená spánková hygiena z dôvodu polievania počas dňa. Hypersomnie sa vyskytujú ako súčasť demencií alebo ako súčasť podávania nadmerného množstva tlmivej medicíny.

Terapia porúch spánku

- *Nefarmakologická terapia* – úprava režimu, eliminácia rušivých podnetov z okolia, úprava prostredia a vhodná ordinácia iných farmák, ktoré môžu svojím účinkom negatívne ovplyvniť kvalitu spánku (diuretiká, podané vo večerných hodinách, nútia na mikciu- (močenie). Relaxácia je vhodná u tých seniorov, ktorí netrpia demenciou. U seniorov, trpiacich demenciou, je vhodné pravidelné cvičenie. Jeho intenzita však musí byť individuálna, aby nedošlo k zvýšenej únave a bolestiam, ktoré by spánok naopak zhoršovali.
- *Farmakologická terapia* – Pre seniorov sú vhodné hypnotiká nenarúšajúce pamäť a ostatné kognitívne funkcie (zolpidem a zopiklon). U seniorov s výskytom delírií alebo trpiacich demenciou sa najčastejšie podávajú atypické neuroleptiká (tiaprid). V prípade spojenia nespavosti s depresívnou symptomatikou v mnohých prípadoch stačia na úpravu spánku antidepresíva (mianserin) (Hegyí, Krajčík, 2010).

2.2.2 Delírium

Delíriá sú najčastejšie a najzávažnejšie psychické poruchy vyskytujúce sa vo vyššom veku. Postihujú 10–50 % ľudí vo veku nad 70 rokov. Vznikajú v dôsledku mnohých príčin, napr. : vážne somatické ochorenia najčastejšie zápalového charakteru, pooperačné obdobie, chronické intoxikácie (otravy), organické poškodenia mozgu, vplyvom stresorov. Hanisková, Krajčík (2006) popisujú delírium ako globálnu, potenciálne zvrtnú zmenu kognitívnych funkcií a vedomia. Na delíriá mávajú pacienti spravidla amnéziu.

Delírium je najčastejšia neuropsychická porucha u hospitalizovaných seniorov. Ide o prechodný organický psychosyndróm s akútnym začiatkom vznikajúci v dôsledku somatickej alebo psychickej choroby alebo poruchy, presahujúcej adaptačné schopnosti mozgu (Németh a kol., 2009).

Diagnostika delíria :

1. *kompletná anamnéza* od rodiny alebo opatrovateľa, kedy stav vznikol, ako sa vyvíjal, čo mu predchádzalo, či v priebehu stavu dochádza k zmenám, akými ochoreniami trpí, výskyt poranenia alebo pádu v nedávnej minulosti, iné psychické problémy, výskyt stavu prvýkrát alebo opakovane.
2. *fyzikálne vyšetrenie* – hypertenzia(zvýšený tlak krvi), tachykardia (zrýchlený pulz), febrilie (horúčnaté stavy), tachypnoe (zrýchlené dýchanie), dyspnoe (sťažené dýchanie), mydriáza(rozšírené zrenice),

mióza (zúžené zrenice), nystagmus (kmitavý pohyb očných bulb), chropy na pľúcach, neurologický nález, opuchy DK,

3. *zhodnotenie mentálnych funkcií a psychiatrické vyšetrenie*,
4. *zhodnotenie užívaných liekov* – lieky s delirogénnym potenciálom, zmenená alebo nová medikácia, vysadenie návykových látok (benzodiazepíny, alkohol),
5. *laboratórne a inštrumentálne vyšetrenia* – štandardne moč (chemicky, sediment), hemogram, základné biochemické vyšetrenie, Rtg vyšetrenie hrudníka, EKG; výberovo toxikologický skrining, krvné plyny, funkcie štítnej žľazy, vitamín B₁₂, EEG, lumbálna punkcia, CT, serologické vyšetrenie na lues (syfilis). (Vörösová, Pet'ková, 2006; Höschl, Libiger, Švestka, 2004; Kalvach a kol., 2004).

Klinický obraz delírií:

Typický je náhly a rýchly začiatok. Porucha vedomia sa prejavuje zníženou schopnosťou koncentrácie. Prítomné sú poruchy najčastejšie krátko a strednodobej pamäte, poruchy učenia a dezorientácia. Delirujúci nie je schopný naplánovať a uskutočniť aktivitu skladajúcu sa z jednoduchých úkonov. Prítomné sú poruchy percepcie psychotického charakteru- halucinácie alebo bludy paranoidne- perzekučného obsahu (Kalvach a kol. 2004).

Zo somatických príznakov sú prítomné rečové poruchy, inkontinencia, poruchy chôdze. Z emočných príznakov sú najčastejšie prítomné úzkosť, strach, agresivita, eufória alebo depresívna nálada. Hlavným príznakom je znížená bdelosť (Kalvach a kol. 2004; Hegyi, Krajčík, 2010) .

Kalvach a kol. (2004); Pidrman (2007), uvádzajú nasledovné rozdelenie delíria na skupiny podľa klinického obrazu:

1. **Hyperaktívne** delírium je charakterizované psychomotorickým nepokojom, agitovanosťou, je sprevádzané úzkosťou a agresivitou. Často sa vyskytujú halucinácie, bludy, Je typické pri abstinenčných syndrómoch, pooperačných stavoch, či metabolickom rozvrate. Predstavuje približne 15% všetkých delírií.
2. **Hypoaktívne** delírium je apatia, útlm, zmätenosť, letargia, niekedy dosahuje až stupor alebo kómu. Hĺbka poruchy vedomia je kolísavá. Psychomotorické tempo je spomalené, emočné ladenie skôr subdepresívne. Toto delírium býva veľmi často prehliadnuté.
3. **Zmiešané** formy delíria znamenajú striedanie hyperaktívnych a hypoaktívnych prejavov predstavujú približne 55% všetkých delírií.

Prítomná je často polymorbidita (výskyt viacerých ochorení u jedného človeka súčasne) a lieková polypragmázia (užívanie viacerých druhov liekov súčasne)

4. **Subsyndromálne** delírium je stav, kedy sú jednotlivé príznaky vyjadrené neúplne. Toto delírium patrí medzi najčastejšie.

Terapia delírií :

- *Nefarmakologická terapia* – mierne osvetlenie miestnosti v noci, správna korekcia postihnutých zmyslových orgánov (správne okuliare, načúvací prístroj), vhodná úprava lôžka (smerom k oknu). Nevyhnutná a veľmi významná je psychosociálna podpora zo strany príbuzných a v prípade hospitalizácie majú významnú a nezastupiteľnú úlohu sestry (Kalvach a kol., 2004).
- *Farmakologická terapia* – môže priniesť podstatné zlepšenie stavu aj vtedy, keď kauzálnu patológiu nemožno ovplyvniť. V prvom rade treba vysadiť anticholinergickú farmakoterapiu. Najúčinnnejším opatrením je podanie (klometiazolu) alebo nízkych dávok atypických neuroleptík (tiaprid, melperon). Inou možnosťou je podanie (risperidonu) alebo (olanzapinu), a to najmä pri delíriách nasadajúcich na demenciu. Pri pretrvávajúcom nepokoji, spojeného s delíriom sa používa klasické neuroleptikum (haloperidol) (Höschl, Libiger, Švestka, 2004; Vörösová, Pet'ková, 2006).

2.2.3 Demencie

Demencia patrí medzi najťažšie ochorenia vyššieho veku. Vzniká v dôsledku progresívnych organických ochorení mozgu. Hegyi, Krajčík (2010) uvádzajú, že na Slovensku je približne 42000 ľudí trpiacich demenciou. Hlavným rizikovým faktorom vzniku ochorenia je vek. Výskyt narastá exponenciálne od 1-2 % vo veku 65 rokov až po 15-20 % po 85. roku života. Približne polovica ľudí trpiacich demenciou má nad 80 rokov. Celkové množstvo osôb trpiacich demenciou sa zdvojnásobilo za posledných 40 rokov a starnutie populácie znamená, že ich počet sa bude v budúcnosti zvyšovať.

Demencia je vo väčšine prípadov spôsobená Alzheimerovou chorobou (60% prípadov), vaskulárnou demenciou (20 % prípadov), demenciou s Lewyho telieskami, Parkinsonovou chorobou (10% prípadov) a frontotemporálnou demenciou (2% prípadov). Uvádzané ochorenia sa vzájomne nevylučujú a veľmi častá je aj zmiešaná patológia (Hegyi, Krajčík 2010).

Demencie sa rozdeľujú **podľa príčiny** do dvoch skupín:

- *demencie, atroficko – degeneratívneho pôvodu* –vznikajú z dôvodu prítomnosti procesov, ktoré spôsobujú zníženie počtu nervových buniek a ich spojov, dochádza k poruche funkcie nervových buniek, tvoria sa a ukladajú patologické bielkoviny. V dôsledku neurodegenerácie je porušená funkcia mozgu, ktorá vedie ku vzniku demencie. Do tejto skupiny zaradíme Alzheimerovu chorobu, demenciou s Lewyho telieskami a Parkinsonovu chorobu, frontotemporálnu demenciu, Huntingtonovu chorobu.
- *demencie symptomatické* (sekundárne), ktoré majú za podklad celkové ochorenia, infekcie, intoxikácie, úrazy, nádory, cievne poruchy, metabolické zmeny a iné poruchy postihujúce mozog. Symptomatické demencie je možné ešte deliť na vaskulárne a ostatné symptomatické demencie. Do tejto skupiny zaradíme demencie ischemicko – vaskulárneho typu, Multifaktorovú demenciu, Binswangerovu chorobu, demencie infekčnej etiológie (Höschl, Libiger, Švestka, 2004; Vörösová, Pet'ková, 2006; Solgajová,2013).

Diagnostika demencie :

Hlavnou diferenciálnou diagnózou je odlíšenie demencie od delíria a depresie.

1. *komplexná anamnéza* – je nevyhnutná podrobná história zdravotného stavu. Dôležitá je objektivizácia príznakov ďalšou osobou, od pacienta je nedostačujúca. Zisťujeme dĺžku a dobu vzniku, priebeh, úrazy hlavy, mozgové príhody, choroby srdca, poruchy metabolizmu cukrov a tukov, liečené depresie a iné psychické zmeny, prítomnosť demencie a iných neurologických a psychických porúch u priamych príbuzných, užívané lieky,
2. *fyzikálne vyšetrenia* - tlak krvi, pulz, telesná teplota,
3. *zhodnotenie mentálnych funkcií a psychiatrické vyšetrenie* –

Orientačné vyšetrenie poznávacích funkcií – používajú sa testy, bez ktorých nie je celkom možné určiť diagnózu. K najpoužívanejším patrí :

- Lawtonov – Brodyho test (test inštrumentálnych všedných činností),
- Barthelovej test – (test základných všedných činností),
- Folsteinov test (test kognitívnych funkcií – Mini Mental State Exam),
- Wechslerova škála pamäti – zisťujú sa ňou informácie o zrakovej a slovnej pamäti, testuje napríklad logickú pamäť, orientáciu,

- Test rečovej plynulosti,
- WAB – testy rečových funkcií,
- Bander – Gestaltov test – test priestorovej pamäte a konštruktívnej apraxie – testuje sa schopnosť obkresliť obrazce,
- Hachinského ischemické skóre – a jeho následné modifikácie sa zameriavajú na vyhládávanie vaskulárnych demencií,
- Test kreslenia hodín – Clock test,
- *laboratórne a inštrumentálne vyšetrenia* -(krvný obraz, hladina vitamínu B 12, kyselina listová, krvné minerály, urea, kreatinín, pečenné testy, c-reaktívny proteín, hormóny štítnej žľazy, neurologické vyšetrenie, EEG, magnetická rezonancia, CT mozgu, Elektroencefalografické vyšetrenie. Genetické testy – sú indikované individuálne. (Vörösová, Pet'ková, 2006; Hegyi, Krajčík, 2010; Solgajová, 2013).

Klinický obraz demencie:

Demencia postihuje tri základné okruhy fungovania

Porucha kognitívnych funkcií

- *Pamäť* – je porušená vo všetkých zložkách, štiepivosť, podržanie v pamäti, výbavnosť.
- *Intelekt* – narušená je chápanosť, intelektové funkcie sú redukované, neschopnosť riešiť nové situácie, chyby v úsudku, v správaní.
- *Pozornosť* – rýchla unaviteľnosť, v ťažších štádiách demencie neschopnosť deliť pozornosť medzi viac objektov, redukuje sa kapacita, distribúcia pozornosti.
- *Orientácia* – býva narušená až v ťažších štádiách demencie, pacient nevie, kde sa nachádza, ako sa volá, nespoznáva príbuzných. Býva spôsobená poruchou pamäti.
- *Jazyk* – používanejšie stále chudobnejšieho slovníka, nesprávne zamieňanie slov, v neskorších štádiách je prejav nevýpravný, prestáva byť prostriedkom komunikácie. Reč sa postupne redukuje na slová, v terminálnom štádiu nerozpráva vôbec.
- *Osobnosť* – strata záujmov, zjavujú sa také črty, ktoré boli predtým v úzadí, úpadok v citovej oblasti, strata schopnosti vykonávať základné matematické úkony, čítať, písať, strata schopnosti starať sa o seba, je odkázaný na pomoc iných. V konečných štádiách nie je schopný hovoriť, chodiť, samostatne jesť (Ondriášová, 2005).

Behaviorálne poruchy

- Vnímanie – prítomný výskyt ilúzií, halucinácií, bludov.
- Spánok – časté je pospávanie cez deň, nespavosť v noci, skoré ranné budenie sa.
- Stravovanie – odmietanie jedla alebo prejedanie sa.
- Správanie – neprimerané správanie, agresivita, bránenie v starostlivosti, túlanie sa, blúdenie, sexuálna odbrzdenosť.
- Emotivita – úzkostná alebo depresívna symptomatika.

Poruchy aktivít denného života

- Poruchy profesionálnych zručností.
- Poruchy schopností vykonávať základné aktivity – starostlivosť o svoj vzhľad, hygienu, obliekanie, nakupovanie, príprava jedla a stravovanie . (Kalvach a kol., 2004; Solgajová, 2013).

Terapia demencií :

- *Nefarmakologická terapia* – Existuje množstvo psychologických a doplnkových terapeutických prístupov, ktoré je možné využiť. Žiadny z nich však nie je možné a vhodné využiť pre všetkých. Nevyhnutný je individuálny prístup počas celého priebehu ochorenia. Hegyi, Krajčík (2006) uvádzajú niekoľko stratégií terapie :
 - a) *Podpora pamäte* – upevnenie každodennej rutiny, plánovanie denných aktivít s využitím environmentálnych podnetov a pomôcok, optimálna komunikácia s použitím neverbálnych techník kompenzácia zrakových a sluchových deficitov.
 - b) *Reminiscenčná terapia* – (terapeutická práca so spomienkami chorého) vyvolávanie spomienok na udalosti zo života pacienta s pomocou fotografií, hudby a dobových predmetov.
 - c) *Orientácia v realite* – poskytovanie informácií o mieste, osobe a čase s využitím hodín, obrázkov a orientačných nástieniek.
 - d) *Terapia kognitívnej stimulácie* – aktivácia prostredníctvom prostredia, terapia orientovaná na realitu, hry s pamäťou, numerické hry, tanečná terapia, prechádzky.
 - e) *Terapia snoezelen* – multisenzorická (viaczmyslová) stimulácia s využitím svetiel, jemnej hudby, vôní a hmatateľných predmetov.
 - f) *Validačná terapia* – špecifický spôsob komunikácie s chorým zameraný na jeho vnútorné prežívanie.

g) *Ďalšie prístupy* – muzikoterapia, arteterapia, zooterapia, masáž levanduľovým olejom.

- *Farmakologická terapia* – **kognitívna** - ovplyvňujúca predovšetkým porušené poznávacie funkcie. Využívajú sa inhibítory acetylcholinesteráz – (donezepil, rivastigmin, galantamín) základný liek u ľahkej a strednej formy Alzheimerovej choroby. Cholinesterázy sú enzýmy, odbúravajúce jeden z prenášačov vzruchu – acetylcholín. Táto látka sa menej tvorí a je menej uvoľňovaná v mozgu u pacientov s Alzheimerovou chorobou, demenciou s Lewyho telieskami i u ďalších demencií. Zablokovaním enzýmu cholinesterázy sa dosiahne zvýšenie mozgového acetylcholínu a tým zlepšenie pamäťových funkcií. V ťažších štádiách sa používajú inhibítory NMDA receptorov glutamátergného systému (memantin). Pôsobí cez excitačné amniokyseliny, chráni nervové bunky pred niektorými škodlivinami, zlepšuje schopnosť učenia sa. Využíva sa tiež celý rad ďalších látok, ktoré však majú skôr podporný charakter – nootropiká, vazodilatanciá, vitamín E, C, selén, betakarotén, retinol, Ginko biloba.
- *Farmakologická terapia* – **nekognitívna** na zvládanie nepokoja, psychotických príznakov, pridruženej depresie, delíria alebo nespavosti sa využíva nekognitívna farmakoterapia – antipsychotiká, antidepressíva, anxiolytiká, hypnotiká (Kolibáš, 2010; Solgajová, 2013).

Rady a odporúčenia pre príbuzných a opatrovateľov chorého s demenciou

Chorý s demenciou, žijúci v domácom prostredí, po určitom čase potrebuje pomoc pri organizovaní denných aktivít. Opatrovatelia vynechávajú chorého z bežných aktivít a snažia sa urobiť všetko sami, čím zredukovujú jeho možnosti a podporujú zabúdanie a stratu dosiahnutých schopností. Pestrý denný režim je vhodná aktivácia, ktorá prirodzene podporuje jeho mozgovú činnosť a udržiava schopnosť sebaobsluhy. Vzhľadom na progresiu ochorenia je nevyhnutné myslieť na určité zmeny a úpravy domáceho prostredia, ktoré zabezpečia bezpečné prostredie a zlepšia kvalitu života pacienta ale aj osôb žijúcich s ním v spoločnej domácnosti.

Stravovanie a výživa – strava má byť pestrá a vyvážená na potrebné živiny, hlavne na ľahko stráviteľné bielkoviny. Dôležitý je dostatok vlákniny a tekutín.

- *Odporúčenie* : Stolujte s chorým v pokojnom prostredí, pri prestretom stole, dostatočný čas. Dbajte na pravidelnosť, doba jedla je oporný bod denného režimu. Podávajte jedlá, ktoré mal chorý rád. Ak má problém s používaním príboru, jedlo nakrájajte na primerane veľké kúsky.

V pokročilom štádiu je vhodné stravu rozmixovať. Stravu podávajte primerane teplú, chorý nemusí byť schopný rozlíšiť teplé a studené a môže si popáliť ústa.

Bezpečnosť v domácnosti – zmenou prostredia predídeme nehodám. Zmeny treba robiť postupne, aby sa známe miesto nestalo odrazu pre chorého cudzím.

- *Odporúčenie* : V kuchyni vymeňte sporák plynový za elektrický. Zabezpečte elektrické zásuvky chráničmi, bezpečne schovajte nože a ostré predmety. Ak chorý fajčí, snažte sa fajčenie čo najviac obmedziť odvedením pozornosti na inú činnosť. Odstráňte z jeho dosahu lieky, čistiace a pracie prostriedky, chorý by si ich mohol spliesť s niečím na jedenie a pitie. Zabezpečte, aby z vodovodu netiekla horúca voda. Alzheimerova choroba mení spôsob vnímania bolesti a chorý by nemusel cítiť, že sa obaril. Zabezpečte protišmykovú podložku do vane a zabudujte madlá. Pokračujúca choroba zhoršuje schopnosť koordinácie pohybov, preto je potrebné odstrániť koberce, šnúry, káble. Schodište zabezpečte protišmykovým materiálom, prvý a posledný schod odlíšte farbou. Priestory bytu je potrebné dostatočne osvetliť.

Osobná hygiena a kúpanie – potrebné je upozorňovanie a dohliadanie na dodržiavanie osobnej hygieny. Chorý môže na hygienu zabudnúť, prípadne nebude vedieť ako a čo má urobiť. Neskôr je potrebná pomoc.

- *Odporúčenie* : Čo najviac zachovávajúte predošlé zvyklosti chorého. Umožnite mu, aby mohol urobiť čo najviac úkonov sám bez pomoci.

Obliekanie – potrebné je upozorňovať na pravidelnú výmenu bielizne a dohliadnuť na vhodnosť jednotlivých častí oblečenia, ktoré má chorý na sebe.

- *Odporúčenie* : Podporujte chorého, aby sa snažil obliekať sám do najvyššieho veku. Pripravte mu šaty v tom poradí, v akom si ich bude obliekať. Využívajte jednoduché zapínanie (suchý zips). Ak má chorý obľúbený kus ošatenia a nechce sa ho vzdať, kúpte viac kusov rovnakého druhu. Obuv by mala mať protišmykovú podrážku.

Dodržiavanie čistoty – zmeny správania môžu signalizovať, že chorý hľadá toaletu. Vplyvom ochorenia môže stratiť schopnosť rozpoznať, kedy ísť na toaletu, kde sa nachádza, prípadne na čo slúži.

- *Odporúčenie* : Označte dvere toalety symbolom a v nočných hodinách nechajte svietiť malé svetlo. Pri problémoch s vyzliekaním chorého na toaletu sprevádzajte. Chodievajte s nim na toaletu v pravidelných intervaloch á 2-3 hodiny. V prípade inkontinencie je vhodné použiť hygienické pomôcky pre dospelých (vložky, plienky). Získať ich môžete

na predpis u obvodného lekára na odporúčenie geriatra, urológa, neurológa.

Komunikácia – Postupným zhoršovaním ochorenia klesá schopnosť chorého komunikovať a dochádza k nedorozumeniam.

- *Odporúčenie* : Pre komunikáciu si vytvorte vhodné podmienky (tichšie prostredie). Uistite sa či vás chorý vníma, prípadne čo zamestnáva jeho pozornosť. Hovorte pomaly, zreteľne, používajte krátke vety, nekričte. Svoj slovný prejav podporte vhodnými gestami. Vnímajte jeho neverbálne (mimoslovné) prejavy. Chorý je schopný plniť len jednoduché činnosti (tu a teraz). Vyhnite sa v rozhovore otázkam týkajúcich sa nedávnej minulosti. Pristupujte k nemu vždy otvorene, priateľsky a láskavo, aj keď je situácia naliehavá alebo ste nahnevaný. Napätie sa môže preniesť aj na chorého.

Pamätajte, že aj pri najlepšej vôli nie je vždy možné zvládnuť starostlivosť o chorého v domácom prostredí a využite možnosti sociálnych a zdravotníckych inštitúcií. Nepreceňujte svoje sily a doprajte si odpočinok. (Pomoc opatrovateľom - Alzheimerova choroba ako ju zvládnuť v domácom prostredí, 2007; Zrubcová, Slamková, a kol., 2013).

2.2.4 Depresie

Depresia je závažné a veľmi časté ochorenie osôb vyššieho veku. Výskyt u osôb nad 65 rokov je 12-15 % (Kalvach a kol., 2004). Prítomnosť depresie negatívne ovplyvňuje sociálne a fyzické fungovanie. Jej výskyt môžu podmieňovať aj niektoré negatívne udalosti v živote človeka. Medzi najčastejšie patrí úmrtie partnera alebo rodinného priateľa, odchod do dôchodku, závažné somatické ochorenie, zmena životných podmienok. V pokročilejšom veku sa často vyskytuje ako súčasť syndrómu demencie.

Diagnostika depresie

1. *komplexná anamnéza* –podrobná história zdravotného stavu. Zisťujeme prítomnosť demencie a iných neurologických a psychických porúch u pacienta a priamych príbuzných. Prítomnosť suicídálnych myšlienok (myšlienok na samovraždu), výskyt bolesti, osamelosti, sociálnu situáciu, užívané lieky.
2. *fyzikálne vyšetrenia* - zistenie komplikácií depresie (sebapoškodzovanie, poruchy výživy, zlá osobná hygiena).

3. *zhodnotenie závažnosti symptómov a psychiatrické vyšetrenie. Medzi najčastejšie používané škály patria:*
- Geriatrická stupnica hodnotenia depresie- Yesavageho test,
 - Beckov dotazník depresie,
 - Hamiltonova škála depresie,
 - Cornellova stupnica hodnotenia depresie pri demencii,
4. *laboratórne a inštrumentálne vyšetrenia* - koncentrácia hormónov štítnej žľazy v sére, hladina glykémie, koncentrácia vápnika v sére.

Klinický obraz depresie

Medzi charakteristické symptómy Kalvach a kol. (2004) zaraďujú :

- depresívna nálada počas väčšiny dňa (smútok, pocit prázdnoty, plačlivosť pozorovaná inou osobou),
- znížený záujem, strata záujmu a potešenia z aktivít počas dňa,
- výrazný úbytok na hmotnosti, aj keď chorý nedrží diétu alebo priberanie (5 % zmena hmotnosti za mesiac), pokles alebo nárast chuti do jedla,
- ťažkosti so zaspávaním alebo udrжанím spánku, skoré ranné budenie alebo nadmerná potreba spánku,
- psychomotorická agitácia (nepokoj) alebo psychomotorická retardácia (spomalené správanie), únava alebo strata energie,
- pocit bezcennosti alebo prehnaného, neopodstatneného pocitu viny takmer každý deň, strata významu a zmyslu života,
- znížená schopnosť myslieť alebo koncentrovať sa, nerozhodnosť, neschopnosť akejkoľvek zmysluplnej činnosti,
- opakujúce sa myšlienky na smrť (nie iba strach zo smrti), opakujúce sa myšlienky na samovraždu bez konkrétneho plánu alebo s konkrétnym plánom na spáchanie samovraždy.

U osôb sa musí vyskytovať najmenej 5 z uvedených symptómov takmer denne počas minimálne dvoch týždňov. Jedným zo symptómov musí byť depresívna nálada alebo strata záujmu. Ich intenzita musí byť tak silná, že zasahuje do bežného fungovania osoby. Depresívne symptómy však môžu byť aj skorým indikátorom demencie najmä u tých osôb, u ktorých sa depresia objaví v senu po prvýkrát.

Terapia depresie :

- *Nefarmakologická terapia* – zo štruktúrovaných zásahov má najvyššiu účinnosť kognitívno behaviorálna terapia, ktorá napomáha korigovať

negatívne myšlienky súvisiace s depresiou. Interpersonálna psychoterapia pomáha zhodnotiť život u pacientov s obmedzenou nezávislosťou. K zmierneniu depresie napomáha u seniorov aj aerobický cvičebný program, ktorý zahŕňa chôdzu a jemné fyzické cvičenie 3x týždenne 60 minút počas 10-12 týždňov pod odborným vedením fyzioterapeuta.

- *Farmakologická terapia* – najpoužívanejšou liečbou sú antidepresíva (látky zvyšujúce obsah molekúl serotonínu a noradrenalinu v synaptickej štrbine v mozgu). Je nevyhnutné zvážiť vek pacienta, sprievodné fyzické a psychické ochorenia, možnosti liečby a jej účinnosť a efektívnosť v minulosti. Pre mnohých seniorov je dôležitá aj cena lieku (Hegyí, Krajčík, 2006).
- *Elektrokonvulzívna terapia* – indikovaná u pacientov s depresiou, ktorá je rezistentná (nereaguje) na farmakoterapiu. Je účinná až u 80 % starších pacientov (Hegyí, Krajčík, 2006 s. 472).

Ideálnym spôsobom je viacúrovňová liečba zahŕňajúca kombináciu viacerých možností s cieľom optimalizovať emocionálne, sociálne a fyzické fungovanie a kvalitu života. Efektívna liečba depresie vedie k lepšej starostlivosti pacienta o seba v prípade výskytu iných chronických ochorení a následnému zníženiu výskytu komplikácií a úmrtnosti.

2.2.5 Závislosť od psychotropných látok

Drogy sú „chemické látky, prírodné alebo syntetické, ktoré pomerne rýchlo vyvolávajú zmenu prežívania, pôsobia psychoaktívne a súčasne môžu vytvárať chorobnú závislosť“ (Kafka a kol., 1998, s. 209). Medzi rizikové skupiny seniorov Kalvach a kol. (2004) zaradujú :

- Osoby s nerozpoznaným dlhodobým škodlivým užívaním alkoholu, s často kombinovaným nadužívaním tabaku (5-15 % mužskej seniorskej populácie).
- Osoby s chronickými chorobami konzumujúce voľne dostupné analgetiká (20-50 % seniorov) v životnom štýle „samoliečby“.
- Osoby s poruchami spánku a úzkostnými stavmi konzumujúce hypnotiká (lieky na zlepšenie spánku) a anxiolytiká (lieky zmiernujúce úzkosť) dlhodobo (10-30 % seniorov).

Klinický obraz závislosti u seniorov

Dlhodobá konzumácia alkoholu urýchľuje proces starnutia, predovšetkým centrálného nervového systému a zvyšuje pravdepodobnosť úmrtia. 40-60 % starších alkoholikov má narušené kognitívne (poznávacie) funkcie a sú intelektovo a spoločensky degradovaní. Alkohol akceleruje rozvoj demencií a častý je výskyt psychotických stavov (delírium, halucinóza, amnestický syndróm, depresia) a samovražedné sklony (Kalvach a kol., 2004). Dochádza k poruchám telesných systémov a funkcií najmä kardiovaskulárneho (alkoholické poškodenie srdca) a gastrointestinálneho systému (alkoholické poškodenie pečene). Výrazné sú poruchy nervového systému (tras končatín a epileptické záchvaty) (Kafka a kol., 1998). Dlhodobá konzumácia analgetík vedie k poruchám osobnosti, neurotizácii a k hypochondrii. Nadužívanie hypnotík a anxiolytík sa prejaví pri náhlom ukončení ich užívania delirantným syndrómom.

Terapia závislosti

- *Nefarmakologická terapia* – podporná psychoterapia zameraná na aktuálnu životnú situáciu pacienta a podpora svojpomocných skupín vrstovníkov (seniorov). Znížená tolerancia na alkohol a nepríjemne prežívanou ebrietou (opitosťou) by mala zvyšovať motiváciu k trvalej abstinencii.
- *Farmakologická terapia* – začína krátkou detoxikačnou kúrou na psychiatrickom oddelení, zameranou na prevenciu abstinenčného syndrómu a terapiu somatických komplikácií, zapríčinených nadužívaním alkoholu. Z farmák sa používajú nootropiká, vitamíny skupiny B. Pri závislosti od analgetík sa pri ich postupnom znižovaní dávky podávajú nízke dávky neuroleptík a antidepresív (Kafka a kol., 1998; Kalvach a kol., 2004; Hegyi, Krajčík, 2006).

Úspešná liečba si však vyžaduje osobnú disciplínu - úplnú abstinenciu od alkoholu a rizikových psychotropných liekov. Prevenciou závislosti od farmák je ich predpisovanie v nižších dávkach, kratšiu dobu a len pri jasne definovanej diagnóze (Kalvach a kol., 2004).

2.2.6 Paranoidné stavy

Vyskytujú sa u 1% populácie seniorov a u 10% hospitalizovaných gerontopsychiatrických pacientov. Vyskytujú sa v dvoch formách: paranoické psychózy (bludová porucha) a paranoidne- halucinačné psychózy (Kolibáš,

2010). Bludy (nesprávne sudy a úsudky, ktoré nezodpovedajú skutočnosti, chorý je však úplne presvedčený o ich realite a podľa toho sa aj správa) a halucinácie (chorobné zmyslové vnemy, vznikajúce bez podnetu, chorý je však úplne presvedčený o ich realite a podľa toho sa aj správa) sú častým fenoménom v starnej populácii. Najčastejšie sa v starobe združujú s demenciou. Vo výraznej miere menia život seniora (Kalvach a kol., 2004; Kafka a kol., 1998).

Klinický obraz paranoidných porúch :

Ochorenie sa začína nenápadne, chorý sa postupne stáva podozrievavým, vidí súvislosti aj tam, kde nie sú. Je presvedčený o tom, že všetko je zamerané proti nemu. Sťažujú sa na odstrkovanie zo strany najbližších, ktorí im sťažujú život. Vlastné deti ich údajne zanedbávajú a usilujú sa ich pripraviť o majetok. Susedia sa proti nim „spikli“ a zámerne im škodia a ubližujú. Sťažujú sa, že ich niekto okráda a berie im veci. Prítomná môže byť aj plačlivosť a depresívna rozladenosť. Vyskytujú sa rôzne halucinácie – chorý má pocit, že do bytu mu z ulice preniká žiarenie, počuje rôzne zvuky (klopanie, búchanie, činnosť strojov). Sú presvedčení o tom, že cez steny im do bytu vstupujú cudzie osoby za účelom poškodiť ich. Vo všeobecnosti zlyháva sebakontrola a dochádza k neprimeranému vyhodnocovaniu realnej situácie a prostredia, kde žijú (Kalvach a kol., 2004; Kafka a kol., 1998).

Terapia paranoidných porúch :

Nevyhnutné je objektivizovať informácie a situáciu, ktoré chorý popisuje z viacerých relevantných zdrojov, aby sa predišlo prípadnému možnému zneužívaniu a týraniu seniora.

- *Nefarmakologická terapia* – významné miesto má podporná psychoterapia a spolupráca s rodinou chorého.
- *Farmakologická terapia* – spočíva v podávaní nízkych dávok neuroleptík. Depotné (s predĺženým účinkom, aplikujú sa do svalu v dlhších časových intervaloch 1x za niekoľko týždňov) neuroleptiká (meclopin) umožňujú dlhodobú kontrolu a život chorého v domácom prostredí(Kalvach a kol., 2004; Kafka a kol., 1998).

LITERATÚRA

HANISKOVÁ, T., KRAJČÍK, Š. 2006. Paliatívna medicína – depresia, anxieta a delírium. In : *Geriatría*. 2006. Roč. 12, č. 1, s. 36-41. ISSN1335-1850.

HEGY, L., KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava : Herba, 2006. 340 s. ISBN 80-89171-36-2.

HEGY, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava : Herba, 2010. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HÖSCHL, C, LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. 2004. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

KAFKA, J. a kol. 1998. *Psychiatria*. Martin : Osveta, 1998. 225 s. ISBN 80-88824-66-4.

KAFKA, J. a kol. 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice : Mercury, 2004. 286 s. ISBN 80-89203-01-9.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P a kol. 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOLIBÁŠ, E. 2010. *Príručka klinickej psychiatrie*. Nové Zámky : Psychoprof, 2010. 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80- 247-1151-6.

Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020. 2014. [online], [cit.9.1.2013] Dostupné na internete <https://lt.justice.gov.sk/Attachment/NPAS>

Národný program duševného zdravia. 2013. [online], [cit.19.12.2013]. Dostupné na internete : <http://www.rokovania.gov.sk/appl/material.nsf>

NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. Martin : Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.

POLEDNÍKOVÁ, L., a kol. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Martin : Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

SOLGAJOVÁ, A. 2013. Neurologické ošetrovatel'stvo. Nitra : FSV a Z UKF v Nitre, 2013. 105 s. ISBN 978-80-558-0294-7.

PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Praha : Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

Pomoc opatrovateľom- Alzheimerova choroba ako ju zvládnuť v domácom prostredí, 2007. [online], [cit.20.12.2013]. Dostupné na internete : <http://www.lundbeck.com/upload/sk/files/pdf/ine/Pomoc-opatrovateľom.pdf>

World Health Organization. 1999. *Health 21*. Copenhagen. *World Health Organization*. 1999. [online], [cit.22.12.2013]. Dostupné na internete : <http://www.euro.who.int>

World Health Organization. 2002. *Active Ageing a Policy Framework*. 2002. [online], [cit.9.1.2014]. Dostupné na internete : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

VÖRÖSOVÁ, G., PEŤKOVÁ, J. 2006. Ošetrovanie seniorov pri delíriu, demencii a depresii. In POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006. s. 151-172. ISBN 80-8063-208-1.

ZRUBCOVÁ, D., SLAMKOVÁ, A. a kol. 2013. *Ošetrovateľská starostlivosť v komunite*. Nitra : FSV a Z UKF v Nitre, 2013. 248 s. ISBN 978-80-558-0234-3.

3 VYBRANÉ SYNDRÓMY A OCHORENIA VO VYŠŠOM VEKU

Ľubica POLEDNÍKOVÁ

Problematika zdravia vo vyššom veku je často spájaná s predstavou jednej alebo viacerých chorôb v jednom tele, alebo je umocňovaná výrokom „staroba = choroba“. Staroba síce neznamená chorobu, ale starnúci a starý človek sa s chorobami stretáva častejšie ako v mladšom vekovom období. Vzhľadom na to, že priebeh choroby je osobitý, táto kapitola pojednáva o špecifikách chorôb vo vyššom veku a to pri vybraných chorobných stavoch a ochoreniach jednotlivých telesných systémov. Obsah kapitoly nie je vyčerpávajúci, dáva priestor pre doplnenie informácií z použitej literatúry v závere kapitoly alebo iných informačných zdrojov.

3.1 Zvláštnosti chorôb v starobe

V každom veku sú choroby spôsobené rovnakými príčinami, rozdielny je terén (organizmus jednotlivca), na ktorý choroby pôsobia. Jeho odlišnosť je daná predovšetkým procesom starnutia. Obraz akútnej alebo chronickej choroby prebiehajúcej vo vyššom veku je ovplyvnený zmeneným organizmom (zmenené príznaky choroby), zmenenou osobnosťou chorého seniora, resp. jeho zmeneným postojom k chorobe (podceňovanie alebo zveličovanie) a zmeneným postojom lekára k starému chorému (nedocenenie príznakov) (Hegyi, Krajčík, 2004). Organizmus staršieho človeka má modifikovanú (zníženú) funkčnú rezervu čo urýchľuje patologický proces a podmieňuje vznik chronického ochorenia. Niektoré choroby sa vyskytujú u seniorov častejšie ako v iných vekových kategóriách napr. ochorenia srdcovocievneho systému, onkologické ochorenia, cukrovka a úrazy (Weber a kol., 2000).

Najtypickejšími špecifikami chorôb vo vyššom veku sú polymorbidita, zmenený obraz ochorenia, sklon ku komplikáciám, sociálny rozmer ochorenia a poruchy adaptácie.

Polymorbidita je najrozšírenejším prejavom vyššieho a vysokého veku. Znamená prítomnosť viacerých chorôb, ktoré sa vyskytujú súčasne u jedného starého človeka. Odborníci udávajú, že vo veku viac ako 70 rokov trpí 70 % ľudí chorobami srdca a ciev, 50 % chronickými zápalovými procesmi a 30 % ľudí nad 60 rokov má poruchy tráviaceho systému. Klinický obraz, priebeh a prognóza sú dané nielen základnou chorobou, ale aj prejavmi pridružených chorôb a adaptačnou schopnosťou organizmu (Hegyi, Krajčík, 2010).

Zmenený obraz a priebeh ochorenia sa prejavuje *mikrosymptomatológiou*, pri ktorej sú chorobné príznaky málo vyjadrené (nevýrazné) a *oligosymptomatológiou* kedy chýba obvyklá škála príznakov alebo sú prítomné len niektoré (fenomén l'adovca), napr. pri srdcovom infarkte je neprítomná bolesť za hrudnou kosťou. *Nešpecifická symptomatológia* (slabosť, malátnosť a pod.) môže byť prejavom mnohých chorôb čo sťažuje diagnostiku a následne liečbu prebiehajúceho ochorenia. Ochorenie sa prejavuje *príznakmi iného orgánu* (vzdialené príznaky), napr. akútne infarkt myokardu sa prejavuje bolesťami brucha alebo metabolická porucha delirantným stavom. Všetky ochorenia, aj tie bežné (napr. chrípka) môžu viesť k úmrtiu, čím sa *zvyšuje úmrtnosť* vo vyššom veku.

Ochorenia vo vyššom veku majú často **sklon ku komplikáciám**, kedy jedna choroba vyprovokuje vypuknutie druhej alebo vznikne nešpecifická komplikácia tzv. geriatrický syndróm. Medzi geriatrické syndrómy patria imobilizačný syndróm (súbor príznakov z nepohyblivosti), poruchy výživy, geriatrický maladaptívny syndróm, demencia, depresia, delírium, inkontinencia, retencia (zadržiavanie močenia), zápcha, poruchy spánku, pády a úrazy, preležaniny a ďalšie.

Polypragmázia vzniká ako dôsledok polymorbidity. Pacientovi je predpisované veľké množstvo liekov, čo môže vyvolať poškodenie nežiaducimi účinkami liekov alebo ich vzájomnou neznášanlivosťou.

Ochorenia v starobe, akútne ale hlavne chronické často vedú k strate sebestačnosti a k vzniku následnej závislosti na inej osobe so sociálnymi dôsledkami. **Sociálny rozmer ochorení** sa prejavuje sociálnou izoláciou, zmenou sociálneho statusu, stratou komunikácie, stratou pocitu potrebnosti s vysokým rizikom adaptačného zlyhania.

Pre vyšší vek sú typické **poruchy adaptácie**, ktorých príčinou je chronický stres vyvolaný biologickými (ťažká choroba, imobilita, inkontinencia), psychickými (stavy zmätenosti, submisívny typ osobnosti) a sociálnymi (strata sebestačnosti, strata partnera, nízky príjem) stresormi.

3.2 Geriatrické syndrómy

Geriatrické syndrómy predstavujú nešpecifické komplikácie, ktoré môžu vzniknúť v súvislosti s chorobou, ktorou senior trpí. Sú komplexné, majú súčasne zložku somatickú, psychickú a sociálnu a to v príčinách aj v prejavoch. Medzi najčastejšie geriatrické syndrómy patria: imobilizačný syndróm, instabilita, pády a úrazy, inkontinencia, retencia, obstipácia, poruchy výživy,

preležaniny, poruchy spánku, poruchy termoregulácie, geriatrický maladaptálny syndróm, psychické poruchy a sociálne syndrómy.

3.2.1 Imobilizačný syndróm

Imobilita je vážnym zdravotným rizikom pre ktorúkoľvek vekovú kategóriu, zvlášť sa toto riziko zvyrazňuje u seniorov. Vedie k rozvoju imobilizačného syndrómu (syndróm dekonďionácie), ktorý sa prejavuje na všetkých orgánoch a orgánových systémoch, ovplyvňuje psychiku seniora i jeho sociálnu existenciu. Rozsah zmien závisí od množstva rizikových faktorov a od dĺžky trvania imobilizácie seniora.

Pohybový systém reaguje na imobilitu úbytkom počtu svalových vlákien s následnou náhradou väzivom. Nečinnosťou sa zmenšuje svalová sila. Ďalej dochádza k svalovej atrofii (úbytok svalstva) a to až o polovicu v priebehu 2 mesiacov ležania. Následkom straty antigravitačného pôsobenia, zníženia svalovej hmoty a komplexných endokrinných a metabolických zmien vzniká osteoporóza z inaktivity. Následkom nepohyblivosti kĺbov pri inaktivite sa kĺb stáva tuhým a bolestivým, po čase sa deformuje. Zodpovedajúce svaly kĺbu môžu byť permanentne skrátene a vznikajú kontraktúry, najčastejšie na dolných končatinách.

Funkcia *kardiovaskulárneho* systému sa zhoršuje, vzniká ortostatická (pri zmene polohy) hypotenzia, znižuje sa výkonnosť srdca, zvyšuje sa predispozícia k tromboembolickým príhodám.

Dýchací systém reaguje na imobilitu zníženou ventiláciou pľúc. Zmenšuje sa objem a pohyby hrudníka, je sťažená expanzia pľúc a znižuje sa prietok krvi v pľúcnom riečišti. Výsledkom je plytké dýchanie a pokles vitálnej kapacity pľúc. Dochádza k zadržiavaniu sekrétov a k vzniku pneumónie.

V súvislosti so zmenami na *tráviacom systéme* pozorujeme u imobilných seniorov menšiu chuť do jedla. Dochádza k oslabeniu črevnej peristaltiky (pohyb čriev) s následným vznikom zápchy, ktorú podporuje tiež užívanie niektorých liekov. Poruchu vyprázdňovania zhoršuje vyprázdňovanie na mise v nefyziologickej polohe a nízky príjem tekutín.

Močovo-pohlavný systém reaguje na imobilitu zhoršenou drenážou panvičiek, čím vzniká predispozícia ku kameňom, infekcii a urosepse.

Nervový systém a psychické zmeny. Imobilizácia ochudobňuje už aj tak málo podnetné prostredie, je tu absencia fyzickej a psychickej stimulácie. Dochádza k zmyslovej deprivácii, senior horšie vidí aj počuje. Narúša sa

emocionálna stabilita, objavuje sa nepokoj, úzkosť, depresia, rýchle zmeny nálady a nespavosť. Objavuje sa nepriateľské správanie pacienta, môžu byť prítomné aj prejavy zmätenosti.

Zmeny na koži sú u ležiacich pacientov spôsobené zníženým kapilárnym prekrvením nad kožnými výčnelkami, čo predisponuje vznik dekubitov. Pri zmene polohy vzniká trenie, ktoré môže ďalej kožu traumatizovať.

V rámci *sociálneho dopadu* imobilita znižuje schopnosť sebaopatery a vyvoláva závislosť na iných ľuďoch. Obmedzenie životného priestoru len na byt, izbu alebo posteľ znižuje možnosti pre sociálne kontakty a môže viesť až k sociálnej izolácii a zníženiu kvality života.

Predchádzanie imobilizačnému syndrómu súvisí s liečbou ochorení, ktoré imobilitu spôsobujú, s včasnou a účinnou rehabilitáciou (polohovanie, vertikalizácia, nácvik sedu, stoja, chôdze), s antitrombotickou prevenciou (šlapacie cviky, bandážovanie dolných končatín, antikoagulačná terapia), s hydratáciou a adekvátnou nutriciou (minimálne 1 500 ml/24 hodín, strava bohatá na bielkoviny, vlákninu a vitamín C) a so zapájaním pacienta do starostlivosti.

3.2.2 Instabilita, pády a úrazy

Instabilita je stav sprevádzaný prechodným alebo trvalým pocitom závratov, neistotou pri stoji a chôdzi, slabosťou v nohách a zhoršenou pohyblivosťou. Hlavné riziko instability sú pády (Kalvach a kol., 2004). Asi 25-40 % starších osôb v domácnosti utrpí pád v priebehu jedného roka, z nich asi 50 % umiera v priebehu nasledovných 6 mesiacov. (Hegyi, Krajčík, 2004) V starobe patria pády k najvýznamnejším príčinám morbidity a mortality. Frekvencia pádov narastá s vekom, s polymorbiditou a zhoršovaním sebestačnosti, výrazne sa na nich podieľajú aj faktory vonkajšieho prostredia (šmyklavá podlaha, zlé osvetlenie, nevhodné usporiadanie nábytku a pod.). Pády vznikajú hlavne pri niektorých činnostiach ako je vstávanie z postele alebo zo stoličky, chôdza po schodoch, kúpeľ vo vani, chôdza bez opory.

V prevencii pádov je potrebné zhodnotiť existujúce riziká a snažiť sa ich znížiť alebo eliminovať úpravou prostredia (odstránenie bariér, dobré osvetlenie, inštalácia držiadiel, ponuka signalizačných systémov) a edukáciou pacienta (o vhodnej obuvi, používaní kompenzačných pomôcok, cvičení na posilnenie svalstva, užívaní liekov).

3.2.3 Inkontinencia, retencia a obstipácia

Močová inkontinencia je každý mimovoľný únik moču, ktorý je objektívne dokázateľný. Predstavuje vážny sociálny, hygienický a zdravotný problém. Asi tretina starších ľudí, žijúcich v domácnosti, má ťažkosti s udržaním moču, v ústavnej starostlivosti je výskyt močovej inkontinencie vyšší (viac ako 50%) (Krajčík, 2000). Pôvod inkontinencie u seniorov je multifaktoriálny, prispievajú k nemu rôzne rizikové faktory vyplývajúce s telesných aj psychických chorôb, ktorými senior trpí, z ordinovaných liekov a výrazne sa na ňom podieľa vysoký vek (nad 80 rokov). Existuje niekoľko typov močovej inkontinencie, ktoré majú rozdielne príčiny, sú viazané len na jedno pohlavie a vyžadujú si odlišný terapeutický prístup.

Inkontinencia stolice znamená stratu schopnosti vôľovej kontroly a ovládania vylučovania stolice cez análny sfinkter s následným únikom stolice za sociálne neprijateľných okolností. Z hľadiska častosti výskytu je problémom menej významným ako inkontinencia moču, ale problémom veľmi závažným pre náročnosť ošetrovania na jednej strane a pocitmi poníženia a straty sebaúcty na strane druhej. Závažnosť inkontinencie spočíva v tom, že zasahuje hlboko do života postihnutých, je zdrojom psychických problémov a pacienta výrazne spoločensky obmedzuje. Je tiež záťažou pre rodinu a pre tých, ktorí sa o postihnutého starajú.

Retencia moču je zadržanie moču v močovom mechúre a neschopnosť jeho vyprázdnenia. Vzniká pri mechanickej obštrukcii močových ciest u mužov hlavne pri zväčšení prostaty, u žien pri striktúre (zúženie) močovej rúry. Vážnou príčinou retencie sú neurologické poruchy.

Obstipácia (zápcha) je sťažené vyprázdňovanie stolice alebo úplné zastavenie vyprázdňovania na určitý čas. Rozoznávame obstipáciu funkčnú (porucha funkcie konečníka alebo čreva) a symptomatickú (príznak rôznych ochorení). Príčiny obstipácie môžu byť: *somatické* - nedostatok vlákniny a tekutín, málo pohybu, choroby, *psychické* - zmena prostredia, prítomnosť viacerých ľudí, poloha v ľahu na posteli, nevhodné stravovacie návyky, nadmerné a návykové užívanie laxancií (preháňadiel), stres, extrémny v diétach, a tiež niektoré lieky (antidepresíva, antihypertenzíva, kortikoidy, diuretiká, antacidá, antiparkinsoniká, anticholinergiká, preparáty železa), a choroby (depresia, hypotyreóza hyperkalcinémia, stav po mozgovej príhode, sclerosis multiplex, hypokalcémia, parkinsonizmus). Rozdelenie príčin zápchy uvádza tabuľka 1.

Starobné zmeny	Oslabenie pocitu náplne rekta
Životospráva a diéta	Potláčanie defekačného reflexu Nízky príjem tekutín Málo vlákniny v potrave, čokoláda, zrelé syry
Choroby	Prekážka v čreve, Bolesti konečníka, Imobilita, Hypotyreóza (pokles produkcie hormónov štítnej žľazy), Cukrovka, Depresia, Hyperkalciémia (nadbytok kalcia)
Lieky	Opioidy (proti bolesti), Lieky s anticholinergným účinkom, Sedatíva a trankvilizéry (na upokojenie), Lieky s obsahom vápnika a železa

Tabuľka 1 Príčiny vzniku zápchy (Hegyí, Krajčík, 2004, s. 220)

3.2.4 Poruchy výživy

Patofyziológia starnutia a staroby sa premieta aj do stavu výživy. Poruchy výživy sa vyskytujú v starobe veľmi často. Pacovský (1994) ich delí do troch skupín:

- *Problémy s príjmom potravy* sú spôsobené nechutenstvom, ťažkosťami pri žuvaní a hryzení (defektný chrup, choroby ústnej dutiny), poruchami prehĺtania, funkčnými žalúdočno-črevnými poruchami ako je nútenie na zvracanie, zvracanie, hnačka, zápcha, potravinovou intoleranciou (neznášanlivosť niektorých potravín) alebo diétnym obmedzením, psychickým stresom a ekonomickou situáciou.
- *Malnutrícia* je chybný alebo nedostatočný príjem živín. Senior prijíma stravu ochudobnenú o niektorú živinu alebo komplex živín (bielkoviny, minerálne látky, voda a pod.). Malnutrícia negatívne vplyva na subjektívny stav seniora, zvyšuje riziko infekcie a preležanín, spôsobuje svalovú slabosť, čo vedie k imobilizácii seniora.
- *Obezita* je najrozšírenejší výživový problém u ľudí vyššieho veku, ktorý je zapríčinený hlavne nadmernou konzumáciou jedla a nedostatkom telesnej aktivity. V starobe sa často spája s cukrovkou 2. typu.

3.2.5 Preležaniny (dekubity)

Preležanina je miestna nekróza kože, podkožia alebo svalov s následným vredovitým rozpadom. Dekubity vznikajú na miestach kostných výčnelkov, kde sa sústreďuje tlak tela na pokožku. Sú to tzv. predilekčné miesta, ktoré sa menia podľa polohy, v ktorej sa senior dlhšiu dobu nachádza. Podľa stupňa poškodenia kože a ďalších tkanív rozoznávame štyri stupne rozvoja dekubitu.

Pretože liečenie dekubitov je veľmi náročné a nie vždy končí úspechom, treba sa zamerať na ich prevenciu. Cieľom preventívnych opatrení je obmedziť na minimum všetky príčiny vzniku dekubitov.

3.2.6 Poruchy spánku

Celková doba a potreba spánku klesá v súvislosti s vekom a to hlavne u seniorov starších ako 75 rokov. Poruchy spánku sa vyskytujú asi u 30% staršej populácie (Hegyi, 2001). Starší ľudia oproti mladším majú skôr problém zotrvať v spánku a budia sa unavení, neodpočínutí. V posteli trávajú viac času aj vzhľadom na dôchodkový vek, cez deň pospávajú, čo môže ovplyvniť aj kvalitu ich nočného spánku. Spánkové poruchy sa výrazne manifestujú pri hospitalizácii starších ľudí čo súvisí so zmenou prostredia, vlastným ochorením, ale zároveň majú výraznú väzbu na duševnú poruchu alebo chorobu. U dementných pacientov sú typické také poruchy správania, ktoré sa prejavujú nočným nepokojom, unikaním z postele, blúdením alebo inkontinenciou.

3.2.7 Poruchy termoregulácie

V starobe je účinnosť a presnosť termoregulačného mechanizmu znížená, čo vedie k podchladeniu alebo k prehriatiu. Nebezpečné sú predovšetkým vysoké teploty prostredia v horúcom lete, ktoré vedú k vzostupom úmrtnosti takmer o 50% (Hegyi, Krajčík, 2004). *Horúčka* u seniora signalizuje vždy závažný stav alebo vážne ochorenie, pritom sama osebe chorého vyčerpáva a komplikuje priebeh doterajších ochorení. Vysoká okolitá teplota, veľká fyzická námaha, nedostatok tekutín alebo mozgová príhoda zase môžu viesť k *prehriatiu* organizmu. *O podchladení* hovoríme pri znížení telesnej teploty pod 35°C. Príčinou je studené prostredie, neschopnosť pohybu, nedostatok stravy, niektoré lieky, alkohol a chorobné stavy (znížená funkcia štítnej žľazy, nedostatok krvného cukru, neurologické príhody a pod.).

3.2.8 Geriatrický maladaptatívny syndróm

Maladaptácia je narušená schopnosť prispôsobovania sa organizmu zmenám prostredia alebo rôznym záťažovým situáciám, ktorá je typická pre vysoký vek. Klinickým prejavom zlyhania adaptácie vo vyššom veku je *geriatrický maladaptatívny syndróm*. Rizikovými faktormi geriatrického maladaptatívneho syndrómu sú faktory psychické, sociálne a biologické.

Psychické riziká	1. stavy zmätenosti, 2. duševná choroba, 3. pasívny postoj k životu, 4. submisívny typ osobnosti
Sociálne riziká	1. strata sebestačnosti, 2. hrozba vzniku odkázanosti, 3. osamelosť, 4. strata partnera, 5. život v izolácii, 6. nízky príjem, 7. hrozba inštitucionalizácie, 8. zmena bydliska, 9. zmena životného štýlu, 10. zrušenie platných hodnôt, 11. strata programu
Biologické riziká	1. vysoký vek, 2. ťažká choroba, 3. imobilita, 4. inkontinencia
Prídatné biologické riziká	1. obezita, 2. hypertenzia, 3. hypercholesterolémia, 4. alkohol, 5. fajčenie, 6. nedostatok telesnej námahy

Tabuľka 2 Rizikové faktory geriatrického maladaptívneho syndrómu (Hegyi, Krajčík, 2004, s. 150)

Klinicky sa prejavuje najčastejšie na srdcovo-cievnom a imunitnom systéme vypuknutím vážneho ochorenia, ako je akútny infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, zápal pľúc a iné.

3.2.9 Psychické poruchy a sociálne geriatrické syndrómy

Psychické poruchy sú veľmi časté v celej populácii a ich výskyt vo vyššom veku rastie ruka v ruku so zlým sociálnym postavením človeka, s prítomnosťou telesných chorôb a zmyslových porúch. Demencia, depresia a delírium patria medzi najčastejšie geriatrické syndrómy.

Geriatrické sociálne syndrómy sú situácie alebo stavy charakteristické pre ľudí vyššieho a vysokého veku, ktoré vznikajú pri narušení ich sociálnej rovnováhy vplyvom nepriaznivých sociálnych činiteľov alebo pri neprimeranej reakcii seniora na ne (Pacovský, 1994, Hegyi, 2004). K najčastejším sociálnym syndrómom patrí *dysfunkcia rodiny, sociálna izolácia a násilie na starom človeku*.

3.3 Ochorenia srdcovo-cievneho systému

Choroby srdca a ciev sú najčastejšou príčinou smrti a hospitalizácie starých ľudí. V mnohom sa prejavujú podobne ako v strednom a mladom veku, ale v niektorých aspektoch sa odlišujú.

Vo vyššom veku sa často vyskytuje ischemická choroba srdca (angina pectoris, infarkt myokardu, srdcová nedostatočnosť – kardiálna

dekompenzácia), hypertenzia, posturálna hypotenzia, poruchy srdcového rytmu (dysrytmie) a vedenia vzruchu, chlopňové chyby, stenóza aorty, aneuryzma aorty, pľúcna embolizácia, reumatická horúčka a zápalové ochorenia (endokarditída – zápal vnútornej vrstvy srdca).

3.3.1 Artériová hypertenzia

Výskyt artériovej hypertenzie (ďalej AH) v populácii nad 65 rokov dosahuje 45-55 % a s pribúdajúcim vekom stúpa. Príčinou vyššieho výskytu AH v starobe sú starobné zmeny organizmu (zvýšená rigidita ciev, znížená tvorba vazodilatačných /cievy rozširujúcich látok/ a znížená schopnosť vylučovania sodíka z organizmu) a zmeny životného štýlu (sedavý spôsob života, obezita, nadmerný príjem alkoholu a kuchynskej soli, užívanie nesteroidných protizápalových liekov a kortikoidov (Hegyi, Krajčík, 2004).

Hraničnou hodnotou je TK 140/90 torr a pri izolovanej hypertenzii je to hodnota systolického tlaku nad 160 torrov a diastolického pod 90 torrov. Tlak krvi sa meria vždy na oboch ramenách, v sede a po postavení (Kalvach et. al., 2004). Z hľadiska príčiny vzniku sa rozoznáva esenciálna (primárna) a sekundárna forma AH (následok ochorenia iného orgánu). Ochorenie väčšinou prebieha asymptomaticky, avšak v neskorších fázach pribúdajú príznaky orgánového postihnutia (srdce, CNS, obličky a pod.). Hypertenzia urýchljuje manifestáciu kognitívnych porúch, ktoré sú v staršom veku početnejšie.

Základom liečby AH sú lieky a režimové opatrenia. Napriek dostatku antihypertenzív, len 20 % chorých seniorov je úspešne liečených. Súvisí to s klesajúcou spoluprácou pri dodržiavaní liečebného režimu. Pri liečbe musí byť pokles tlaku pozvoľný, preto sa vo vyššom veku začína liečba nižšou dávkou, ktorá sa postupne zvyšuje. Tlak krvi sa kontroluje raz mesačne do dosiahnutia cieľových hodnôt. Z režimových opatrení je dôležité dosiahnuť optimálnu hmotnosť (BMI medzi 18,5-24,9 m²), nefajčiť, mať pravidelnú fyzickú aktivitu, dodržiavať diétny režim: jesť denne ovocie a zeleninu, znížiť príjem nasýtených tukov, obmedziť solenie (menej ako 6g za deň), prijímať dostatok draslíka, vápnika a magnézia, obmedziť príjem alkoholu.

3.3.2 Ischemická choroba srdca

Ischemická choroba srdca (ďalej ICHS) je najčastejšou príčinou smrti a 80 % úmrtí na túto chorobu je u ľudí starších ako 65 rokov (Hegyi, Krajčík, 2010). Ide o poruchu srdcovej činnosti vyvolanú nedostatočným zásobením

srdcového svalu kyslíkom a živinami, pričom vzniká nepomer medzi ich potrebou a dodávkou, čo spôsobuje bolesť za hrudnou kosťou, tzv. stenokardiu. Najčastejšími príčinami ICHS sú ateroskleróza, aneuryzma (výduť v cieve) alebo embolizácia srdcových tepien (upchatie uvoľnenou krvnou zrazeninou). K rizikovým faktorom patrí zvýšený krvný tlak (najmä systolický), pokles koncentrácie HDL-cholesterolu a zvýšenie koncentrácie LDL-cholesterolu, zväčšenie ľavej komory, diabetes mellitus, obezita, fajčenie. V súčasnosti delíme rizikové faktory na neovplyvniteľné (vek, genetika, pohlavie) a ovplyvniteľné (civilizačné choroby, životný štýl). Ženy sú do obdobia menopauzy čiastočne chránené ženskými pohlavnými hormónmi, po 70. roku je výskyt u oboch pohlaví rovnaký.

ICHS má akútnu a chronickú formu. Príkladom akútnej formy je infarkt myokardu. Chronická forma prebieha pod obrazom stabilnej angíny pectoris (intenzita záťaže a intenzita, frekvencia a trvanie bolesti s ňou súvisiacej sa nemení) alebo chronického zlyhávania srdca, či porúch srdcového rytmu.

Liečba zahŕňa tieto opatrenia a liečebné postupy:

- *úprava životného štýlu* – nefajčenie, zníženie telesnej hmotnosti, odpočinok po jedení, primeraná strava (zelenina, ovocie, ryby, hydina, vylúčiť potraviny bohaté na cholesterol a nasýtené mastné kyseliny) primeraná námaha, vyhýbanie sa stresu a veternému, chladnému počasiu,
- *farmakologická liečba* – zahŕňa lieky, ktoré rozširujú cievy, upokojujú pacienta, rozpúšťajú krvné zrazeniny alebo zabráňujú ich vzniku, odvodňujú pacienta alebo posilňujú srdce (nitráty, sedatíva, blokátory kalciového kanálu, betablokátory, ACE-inhibítory, trombolýtiká, antiagreganciá, antikoagulanciá, koronárne vazodilatanciá, prípadne diuretiká, kardiotoniká),
- *chirurgická liečba* – perkutánna transluminálna koronárna angioplastika – balóniková dilatácia zúženého miesta (PTCA), pri neúspechu farmakologickej liečby bypass (premostenie zúženej tepny na srdci novým cievnym štepom),
- *liečba pridružených chorôb* (hypertyreóza, arytmie, hypertenzia, anémia).

3.3.3 Chronická srdcová slabosť

Ku chronickým formám ICHS patrí srdcové zlyhávanie (nedostatočnosť, slabosť) označované aj ako kardiálna dekompenzácia. Je to stav, pri ktorom

výdaj srdca nestačí uspokojovať metabolické potreby organizmu. Nedostatočne pracujúce srdce znižuje svoj výdaj, pretože nie je schopné prečerpať krv, ktorá doň priteká. To spôsobuje stagnáciu časti krvi v komore a zväčšovanie srdca. Krv sa zhromažďuje v častiach pred miestom zlyhávania (cievy veľkého alebo malého krvného obehu), zvýšený tlak v žilách sa prenáša do kapilár a tekutina z krvného riečišťa prestupuje do tkanivových priestorov. Vzniká opuch dolných končatín, s lokalizáciou najprv okolo členkov, alebo pľúcny opuch. Podľa toho rozlišujeme ľavostranné a pravostranné, akútne alebo chronické zlyhávanie. Prevalencia (výskyt) v mladších vekových skupinách je 2 – 3 % a stúpa na 10 % u 70-ročných a 20 % u ľudí nad 80 rokov. Asi 75 % pacientov so zlyhávajúcim srdcom sú ľudia po 60. roku života (Mikeš, 2010).

Najčastejšími príčinami srdcového zlyhania sú ischemická choroba srdca, hypertenzia, chlopňové chyby, zápaly srdcového svalu, zúženie aorty alebo iné pridružené a systémové ochorenia (ochorenia štítnej žľazy, málokrvnosť). V starobe môžu byť príznaky atypické, keď dominuje slabosť, zmätenosť, únava, spavosť a poruchy trávenia.

Základom liečby je pokoj na lôžku, poloha v polosedé až v sede a podávanie kyslíka. Okrem toho sa podávajú lieky na upokojenie, proti úzkosti a zníženie bolesti (sedatíva, hypnotiká, anxiolytiká, analgetiká), na posilnenie srdcovej činnosti a odvodnenie (kardiotoniká, koronárne vazodilatanciá, betablokátory, diuretiká). Z režimových opatrení sa odporúča diéta s obmedzením sodíka (nízky obsah sodíka v minerálnych vodách) a pri redukcii telesnej hmotnosti redukčná diéta s obmedzením tukov v potrave. Prospešná je adekvátna telesná aktivita, neodporúča sa pobyt vo vysokohorskom prostredí (nad 1200 m n. v.) a pobyt vo vlhkom a horúcom prostredí.

3.4 Ochorenia dýchacieho systému

Výskyt ochorení dýchacieho systému stúpa s vekom. Priaznivým trendom je zastavenie stúpajúcej krivky respiračných chorôb v SR v poslednom decéniu a aj mierny pokles úmrtnosti na tieto choroby (Hegyí, Krajčík, 2004). V starobe sa najčastejšie vyskytuje chronická obštrukčná choroba pľúc (ďalej CHOCHP), pneumónia, bronchopneumónia, bronchiálna astma, tuberkulóza pľúc a bronchogénny karcinóm.

3.4.1 Pneumónia

Pneumónia je ochorenie pľúcneho tkaniva vyvolané baktériami, vírusmi, mykoplazmou, plesňami alebo parazitmi. V populácii starých ľudí je zápal pľúc

jednou z najčastejších nozokomiálnych infekcií (infekcie získané v nemocnici) a výrazne sa podieľa na mortalite. Ide o závažné ochorenie, 30-50 % seniorov si vyžaduje hospitalizáciu (Hegyi, Krajčík, 2010).

Medzi rizikové faktory vzniku infekcie patria: vek, fajčenie, polymorbidita, prítomnosť chronických ochorení (chronický zápal priedušiek, srdcové zlyhávanie, podvýživa, cukrovka), závislosť od alkoholu, psychiatrické ochorenia, poruchy prehltania, zavedená nazogastrická sonda.

Pneumónia sa prejavuje typickým alebo atypickým obrazom. V mladšom veku dominuje horúčka, niekedy triaška, kašeľ, dýchavica, v starobe sa často stretávame s netypickými alebo minimálnymi príznakmi akými sú delírium (zmätenosť), strata sbestačnosti, zhoršenie mobility, závraty, pády. Horúčka býva prítomná len asi u 20 % chorých seniorov.

Základom liečby pneumónie je včasné nasadenie správnej antibiotickej liečby, ktorá býva doplnená podľa potreby liekmi proti horúčke, na uľahčenie vykašliavania, prípadne podávanie kyslíka. Liečebný režim zahŕňa dôslednú hydratáciu, nutričnú podporu v prípade nedostatočného príjmu potravy a dychovú rehabilitáciu. Vzhľadom na závažnosť priebehu ochorenia vo vyššom veku a vysoké riziko mortality je potrebné robiť prevenciu pneumónie očkovaním pneumokokovou vakcínou, ktorá sa odporúča všetkým osobám po 65. roku veku. Preočkovanie je potrebné po 5 rokoch.

3.4.2 Chronická obštrukčná choroba pľúc

CHOCHP je chronický chorobný stav charakterizovaný postupným zhoršovaním priechodnosti dýchacích ciest a poškodzovaním pľúcneho tkaniva. Ochorenie výrazne znižuje kvalitu života pacienta a celosvetovo patrí k výrazným príčinám morbidity a mortality. CHOCHP vedie k zvýšenej práceneschopnosti, invalidizácii a smrti. Najčastejšou príčinou je nikotinizmus (fajčenie v anamnéze má až 80 % chorých), vdychovanie priemyselných prachov a chemikálií, znečistené ovzdušie ako vonku tak aj vo vnútri (zistila sa súvislosť s kúrením tuhým palivom v nedostatočne vetraných miestnostiach a CHOCHP), genetická predispozícia a opakované infekcie dýchacích ciest.

Klinický obraz CHOCHP je charakteristický chronickým kašľom, zvýšenou produkciou hlienu, dýchavicou po námahe a častými infekciami dýchacích ciest. V pokročilých štádiách sa rozvíja chronická respiračná nedostatočnosť so zlyhávajúcim pľúcny srdcom (cor pulmonale) a hypoxémiou (nedostatok kyslíka v krvi), čo u starších pacientov vedie k zmätenosti, nepravidelnému srdcovému rytmu a poklesu krvného tlaku.

Pacient môže chudnúť z dôvodov zvýšenej práce dýchacích svalov a zníženého príjmu potravy, spôsobeného nechutenstvom.

Najdôležitejším liečebným opatrením je zákaz fajčenia, ktorý spolu s dlhodobou oxygenoterapiou (liečba kyslíkom) môže chorým s CHOCHP predĺžiť život. Pacienti by sa mali chrániť pred infekciou pravidelným očkovaním proti chrípke (1 raz ročne) a proti pneumokokom (raz za 5 rokov) a vyhýbaním sa prašnému prostrediu. Mali by piť minimálne 2 l tekutín denne, aby nedošlo k zahusteniu hlienov a k sťaženiu vykašliavania. Príjem potravy má byť pravidelný, v menších dávkach, aby po jedle neboli dýchaviční a strava musí obsahovať dostatočný energetický príjem, aby sa predišlo zhoršeniu stavu výživy. Z liekov sa podávajú inhalačné bronchodilatanciá a kortikoidy. Dôležitá je aj pravidelná fyzická aktivita.

3.5 Ochorenia tráviaceho systému

Ochorenia tráviaceho ústrojenstva sú štvrtou najčastejšou skupinou chorôb u seniorov a postihujú až 20 % seniorskej populácie (Jirásek, 2004). Je to spôsobené aj zmenami tráviaceho systému spôsobenými procesom starnutia.

U starých ľudí sa často stretávame s dysfágiou (porucha prehĺtania), karcinómom pažeráka, gastroezofagálnym refluxom (návrat potravy zo žalúdka do pažeráka), vredovou chorobou žalúdka a dvanástnika, s divertikulózou (tvorba vydutín v stene čreva), ulceróznou kolitídou a Crohnovou chorobou (črevné zápaly), kolorektálnym karcinómom, zápchou, hnačkou, s hepatitídou, cirhózou, cholelitiázou (kamene v žlčových cestách), karcinómom žlčníka, akútnou pankreatitídou a karcinómom pankreasu.

3.5.1 Porucha prehĺtania

Dysfágia je subjektívny pocit sťaženého prehĺtania niekedy sprevádzaný pohybom jedla smerom von, kašľaním alebo chrapotom. Príčinou vzniku týchto ťažkostí sú hlavne neurologické poruchy (mozgová príhoda, demencia, Parkinsonova choroba) alebo zápaly, nádory či divertikuly (vydutie v stene) hltana alebo pažeráka.

Medzi všeobecné opatrenia pri poruchách prehĺtania patrí úprava konzistencie stravy (mletá strava), jedlo má byť homogénne, nie lepkavé, sústa sa nesmú zapíjať. Dôležitá je správna poloha hlavy pri jedle (v miernom predklone), po jedle zostať aspoň 30 minút v polosedě. U seniorov so závažnou poruchou je indikovaná perkutánna endoskopická gastrostómia (otvor

do žalúdka cez brušnú stenu so zavedeným katétrom určeným na kŕmenie pacienta).

3.5.2 Vredová choroba žalúdka a dvanástnika

Vredová choroba, postihujúca sliznicu žalúdka a dvanástnika sa vyskytuje v starobe v porovnaní so stredným vekom častejšie a viac u žien ako u mužov. Presná príčina tejto choroby nie je dostatočne určená, je však známe, že na jej vzniku sa zúčastňujú viaceré faktory – infekcia *Helicobacter pylori*, fajčenie, alkoholizmus, užívanie nesteroidových antireumatík, strata odolnosti sliznice proti pôsobeniu žalúdočnej šťavy, reflux žlče i genetické vplyvy. Podstatou vzniku ochorenia je narušenie rovnováhy medzi ochrannými a agresívnymi faktormi sliznice.

Klasické príznaky v podobe bolesti brucha nalačno sa vyskytujú len u niektorých chorých. U starých ľudí sa ochorenie prejavuje dyspepsiou, poklesom telesnej hmotnosti, málokrvnosťou, nechúťou do jedenia, únavou, vracaním, ale aj viacerými komplikáciami. Najčastejšie komplikácie sú krvácanie a prederavenie vredu, ktoré sa vyskytuje až u 50 % pacientov. Vyššie je aj riziko ich zhubného zvratu (Németh a kol., 2009).

Liečba vredovej choroby spočíva v aplikácii kombinácie antibiotík (proti *Helicobacter pylori*), liekov blokujúcich sekréciu kyseliny chlorovodíkovej a znižujúcich kyslosť žalúdočnej šťavy a mukoprotektív, ktoré chránia sliznicu žalúdka pred poškodením.

3.5.3 Zápalové choroby čriev

V starobe je druhé maximum výskytu ulceróznej kolitídy a Crohnovej choroby. Obidve ochorenia sa zaraďujú medzi chronické nešpecifické črevné zápal, konkrétne baktérie neboli nikdy nájdené. Príčina ich vzniku je nejasná, teórie hovoria o autoimunitnom mechanizme zápalu, o dedičnom vplyve, ale aj o vplyve vonkajšieho prostredia.

Ulcerózna kolitída (UC) sa prejavuje chronickými hnačkami, často s prímiesou krvi a hlienu. Bolesti majú u 50 % pacientov charakter koliky. Neskôr sa pridávajú príznaky mimočrevné, ako sú bolesti kĺbov, očné zmeny, prítomnosť obličkových kameňov a poruchy krvotvorby. Po 15 rokoch trvania UC sa tiež zvyšuje riziko kolorektálneho karcinómu (rakovina hrubého čreva), po 20 rokoch je incidencia (počet novovzniknutých prípadov za rok) 5-10 %, po 30 rokoch 12-20 % (Souček, Špinar, Svačina a kol., 2005).

Liečba UC je dlhodobá a komplexná a v rôznej miere sa v nej uplatňujú: výživové opatrenia, farmakoterapia, psychoterapia a chirurgická liečba. Tradičná diéta, ktorá sa označuje ako bezzvyšková nie je nevyhnutná, hlavne v remisii (pokojová fáza). Skôr sa zdôrazňuje individuálny charakter diéty, voľba vhodných doplnkov výživy a enterálna výživa. Parenterálna výživa (priamo do žily) sa volí v akútnej fáze choroby. Z liekov sa podávajú protizápalové lieky (amínosalicyláty, kortikosteroidy), imunosupresíva (na posilnenie imunity) a antibiotiká.

Crohnova choroba (CCH) má priebeh dramatickejší pri podobných príznakoch ako UC. Bolesť sa sústreďujú najčastejšie v pravom dolnom kvadrante brucha, sú tlakového alebo kŕčového charakteru a sú sprevádzané nafukovaním a výraznými črevnými zvukmi. Ochorenie môže postihnúť ktorúkoľvek časť tráviacej trubice a to vo všetkých vrstvách jej steny. Mimočrevné príznaky pri CCH sú rovnaké ako pri UC, ale vyskytujú sa častejšie. Komplikácie CCH predstavujú abscesy (ohraničený hnisavý zápal v stene čreva), píšťaly (kanály spôsobené zápalom medzi črevom a orgánom, ktorý sa o črevo opiera), perforácie čreva, masívne krvácanie, zúženie čreva a nádorový proces.

Liečba je veľmi podobná ako pri UC. Rozdiely sú vo väčšom uplatňovaní parenterálnej výživy alebo enterálnej výživy sondou v období vzplanutia ochorenia a v prípade komplikácií.

3.6 Ochorenia pohybového systému

Choroby pohybového systému sú hlavnou príčinou fyzickej dysaptibility (redukcia schopnosti vykonávať bežné aktivity) u starých ľudí. Tieto ochorenia, ktorých sprievodným javom je bolesť, znižujú výkonnosť, prípadne vyradujú seniora z niektorých činností. Najzávažnejšie je však to, že nepriaznivo ovplyvňujú schopnosť sebaopatery a zvyšujú závislosť na iných osobách.

K najčastejším ochoreniam patrí osteoartróza, osteoporóza, syndróm bolestivého ramena, reumatoidná artritída, dna, reumatická polymyalgia (syndróm bolestivých svalov) a osteomalácia (mäknutie kostí).

3.6.1 Osteoartróza

Osteoartróza je najčastejšie ochorenie pohybového systému u starých ľudí, rentgenové príznaky osteoartrózy má väčšina obyvateľov nad 65 rokov a klinické ťažkosti pociťujú viac ako dve tretiny seniorov nad 80 rokov. Ide o nezápalové degeneratívne postihnutie hyalínovej chrupky so znížením jej

pevnosti a elasticity. Zároveň prebiehajú zmeny v kostenej časti kĺbu a v jeho okolí (Hegyi, Krajčík, 2004). Osteoartróza postihuje najmä kolenné a bedrové kĺby, kĺby bedrovej, krčnej a driekovej chrčtice a distálne (dolné) kĺby prstov ruky.

Artróza môže byť primárna a sekundárna. Pri primárnej artróze etiológia nie je známa, vie sa však to, že prvotné zmeny postihujú chrupku. Na vznik sekundárnej formy osteoporózy vplývajú tieto rizikové faktory: *systémová predispozícia* (genetická záťaž, ženské pohlavie, vyšší vek, nadmerná telesná záťaž, prítomnosť niektorých ochorení – artritída, hypertenzia, dna, cukrovka) a *lokálne rizikové faktory* (vrodená deformácia kĺbu, úraz, preťažovanie športom, obezita) (Németh a kol., 2009).

V klinickom obraze ochorenia dominuje bolesť, typická je námahová bolesť, ustupujúca v pokoji alebo štartovacia bolesť pri začatí pohybu. Kĺb je stuhnutý, čo obmedzuje jeho pohyblivosť a spôsobuje kĺbovú nestabilitu.

Liečba zahŕňa režimové opatrenia a úprava životosprávy: obmedziť preťažovanie postihnutého kĺbu, odporučiť zaťaženie len do nástupu bolesti, pohybovať sa s oporou, znížiť nadmernú hmotnosť, striedať pohyb s odpočinkom, preferovať športy, pri ktorých sa kĺby nepreťažujú (plávanie, bicyklovanie). Dôležitá je rehabilitácia a fyzikálna liečba, ktorá sa zameriava na prevenciu svalovej atrofie a kontraktúr (skrátene šliach). Základom medikamentózne liečby sú lieky proti bolesti (analgetiká a nesteroidové antireumatiká) a chondroprotektíva (lieky na obnovu chrupavky). Chirurgická liečba u seniorov sa zameriava na zmiernenie následkov artrózy tam, kde je konzervatívna liečba neúspešná. Najčastejšími výkonmi sú osteotómia (preťatie kosti v blízkosti kĺbu) a aloplastika (náhrada poškodeného kĺbu implantátom).

3.6.2 Osteoporóza

V súčasnosti sa osteoporóza pokladá spolu s kardiovaskulárnymi a onkologickými chorobami za civilizačnú chorobu. Predstavuje celosvetový zdravotný problém, ktorý vzhľadom na vysoký výskyt zlomenín výrazne prispieva k morbidite, mortalite a zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť. Výskyt osteoporózy sa zvyšuje s postupujúcim vekom. Častejšie sa vyskytuje u žien predovšetkým po menopauze. Po 65. roku ubúda kostná hmota u oboch pohlaví už v rovnakej miere. Vznik a priebeh osteoporózy ovplyvňujú rizikové faktory osteoporózy (tab. 3).

<i>Neovplyvniteľné</i>	Nízka maximálna kostná hmota dosiahnutá vo včasnej dospelosti, včasná menopauza (< 45 rokov), ženské pohlavie, vek nad 65 rokov, rodinná anamnéza
<i>Ovplyvniteľné</i>	Nízky prívod vápnika; nízka hmotnosť (BMI<19 kg/m ²); nedostatok pohybu, sedavý spôsob života, imobilizácia; alkoholizmus, nikotinizmus

Tabuľka 3 Rizikové faktory osteoporózy (Topinková, E., Neuwirth, J., 1995; Dzúrik, Štefíková, 2010)

Osteoporóza postupuje v určitých nárazoch. Spočiatku nerobí ťažkosti („tichý zlodej kostí“). Postupne sa deformuje chrbtica, nenápadne sa znižuje telesná výška, zjavujú sa bolesti chrbtice, najmä v noci. Ak sa množstvo kostnej hmoty výrazne zníži, u postihnutého často vznikajú zlomeniny stavcov, krčkov stehenných kostí alebo dolných častí predlaktia. Najmä zlomenina krčka stehennej kosti je veľmi závažná, pretože bez operácie je postihnutý dlhodobo upútaný na lôžko, čo môže byť u starších ľudí komplikované imobilizačným syndrómom.

Centrálnu úlohu v prevencii a liečbe osteoporózy hrá vápnik. Je potrebný na zabudovanie do novovytvorenej kosti. Odporúčaná denná dávka vápnika pre seniorov je asi 1200 až 1500 mg. V praxi to znamená dostatočný príjem mliečnych výrobkov. Ďalšími opatreniami sú: primeraná fyzická aktivita (chôdza, plávanie, bicyklovanie), posilňovanie svalového korzetu a liečebná telesná výchova, fyzikálna liečba (solux, ionoforéza, masáže, vodoliečba), používanie kompenzačných pomôcok, korzety, brušné a bedrové pásy. Hormonálna substitučná terapia (estrogény) je ordinovaná v liečbe postmenopauzálnnej osteoporózy. Vzhľadom však na vysoký výskyt nežiaducich účinkov by sa estrogény mali podávať veľmi uvažlivo. Medikamentózna liečba zahŕňa ďalšie lieky a liekové skupiny ako sú kalcitonín, fluoridy, bifosfonáty, analgetiká, antireumatiká.

3.7 Endokrinné ochorenie – Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) je ochorenie, ktoré sa v starobe vyskytuje veľmi často. Medzi 20. a 30. rokom života sa DM objavuje u 2 – 3 % populácie, zatiaľ čo u osôb nad 65 rokov sa jeho výskyt blíži k 20 % (Weber, Németh, 2010). Najmenej polovica prípadov DM nie je diagnostikovaná, preto sa v starobe odporúča raz ročne skrining (vyhladávanie) DM: vyšetrit' cukor v krvi nalačno + chemické vyšetrenie moču (Babčák, 2008).

Prevažne ide o tzv. *starecký diabetes 2. typu*. Je to syndróm chronickej hyperglykémie charakterizovanej nedostatkom inzulínu alebo jeho nedostatočným účinkom a následnou poruchou metabolizmu cukrov, tukov, bielkovín, minerálov a vody. Pri vzniku diabetu zohrávajú úlohu aj genetické faktory a faktory vonkajšieho prostredia (životný štýl, najmä spôsob stravovania, ale aj prežívanie a vplyv dlhodobého stresu).

Pri diabete je typická obezita (60–90 %) s vysokým indexom telesnej hmotnosti (BMI). Ochorenie sa väčšinou zistí náhodne pri laboratórnom vyšetrení, pretože prebieha latentne (skryto), asymptomaticky, resp. sa prejavuje takými príznakmi, ktoré sa pripisujú spravidla starnutiu a starobe. Ide o úbytok telesnej hmotnosti, svalovej hmoty a sily, a celkovú slabosť, únavu, zvýšené močenie a o poruchy videnia a citlivosti. Niekedy sa prejaví až hyperglykemickou kómou (hlboké bezvedomie), ktorú môžu vyprovokovať niektoré lieky (napr. diuretiká, betablokátory). U starších diabetikov dominujú príznaky chronických komplikácií ochorenia. Z nich najzávažnejšie sú pri postihnutí menších ciev - nefropatia (poškodenie obličiek), retinopatia (poškodenie očí), neuropatia (poškodenie nervov) a pri postihnutí väčších ciev - cievna mozgová príhoda, akútny infarkt myokardu alebo ischemická choroba dolných končatín, ktorá často končí amputáciou. Medzi dlhodobé komplikácie sa najnovšie zaraďujú aj kognitívne poruchy a demencia. U starších diabetikov bývajú pomerne často prítomné hypoglykemické príhody (náhly pokles krvného cukru), ktoré zhoršujú mentálne funkcie a môžu vážne poškodiť mozog.

Liečba zahŕňa tieto liečebné postupy a opatrenia:

- Dodržiavanie *diétneho režimu*, v ktorom strava musí byť primeraná, vyvážená, so zreteľom na stravovacie návyky. Odporúča sa šesť dávok jedla so správnym pomerom živín (pri redukcii hmotnosti nemusí obsahovať druhú večeru). BMI (Body mass index – index telesnej hmotnosti) treba udržať pod 25 kg/m².
- *Pohybovú aktivitu* treba individualizovať vzhľadom na zdatnosť starších diabetikov. Odporúča sa *kondičná rehabilitácia* chôdza, plávanie, bicyklovanie.
- *Selfmonitoring (sebakontrola)* – sledovanie zdravotného stavu, hodnôt glykémie pomocou glukomera, glykozúrie a ketonúrie pomocou indikátorových testovacích prúžkov s následnou korekciou terapeutického režimu (tieto vedomosti musí mať aj ošetrojúca osoba, ktorá sa o diabetika stará v domácich podmienkach).

- Farmakologická liečba je zastúpená *inzulínom* s krátkodobým, stredným alebo dlhodobým účinkom (možnosť aplikácie inzulínovým perom), alebo podávaním *orálnych antidiabetík* (lieky na zníženie hladiny krvného cukru).

LITERATÚRA

BABČÁK, M., RÁCZ, O., MERČIAKOVÁ, M., NÉMETH, F., SLIVKA, M. 2008. Epidemiológia diabetes mellitus 2. typu a jeho komplikácie u pacientov hospitalizovaných na Internej klinike I. FNsP J. A. Reimana v Prešove. *Molisa* 5, Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša, 2008, s.12-20. ISBN 978-80-8068-882-0.

DZÚRIK, R., ŠTEFÍKOVÁ, K. 2010. Choroby pohybového aparátu. In: HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. Bratislava : Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6, s. 420-430.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava : Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava : Herba 2004. ISBN 80-89171-06-0.

JIRÁSEK, V. 2004. Involuce a geriatricky významná onemocnění trávicího ústrojí. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. *Geriatría a gerontologie*. a kol. Praha : Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0548-6, s. 490-508.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. 2004. *Geriatría a gerontologie*. Praha : Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0548-6

KIRALOVÁ A., VAŇO I., MARCINKOVÁ D. 2008. Možnosti a hranice rehabilitácie v gerontológii. *Praktická medicína*, 2008, 2, s. 18-21.

KRAJČÍK, Š. 2000. *Geriatría*. Bratislava : Slovak Academic Press, 2000. ISBN 80-88908-68-X.

LÍŠKOVÁ, M. 2006. Ošetrovanie seniorov pri ochoreniach dýchacieho systému. In: POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1, s. 82-90.

LÍŠKOVÁ, M. 2006. Ošetrovanie seniorov pri ochoreniach tráviaceho systému. In: POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1, s. 111-120.

- MIKEŠ, Z. 2010. Choroby kardiovaskulárneho systému. In: HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. Bratislava : Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6, s. 204-230.
- NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.
- PACOVSKÝ, V. 1994 *Geriatrická diagnostika*. Praha : Scientia medica 1994. ISBN 80-85526-32-8.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
- POLEDNÍKOVÁ, L. 2011. Ošetrovanie pri chorobách gastrointestinálneho traktu. In: VÖRÖSOVÁ, G. a kol. 2011. *Ošetrovatel'ský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-358-5, s.101 – 112.
- BRÁZDILOVÁ, D., POLEDNÍKOVÁ, L. 2013. *Geriatría a ošetrovatel'stvo*. Nitra : FSVaZ UKF v Nitre, 2013. ISBN 978-80-558-0251-0.
- SOUČEK, M., ŠPINAR, J, SVAČINA, P. a kol. 2005. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. Praha : Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-1367-5.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. 1995. *Geriatría pro praktického lékaře*. Praha : Grada Publishing 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatría pro praxi*. Praha : Galén, 2005. 197 s. ISBN 80-7262-365-6.
- POLEDNÍKOVÁ, L., VÖRÖSOVÁ, G. 2011. Ošetrovanie pri chorobách respiračného systému. In VÖRÖSOVÁ, G. a kol. 2011. *Ošetrovatel'ský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-358-5, s. 77-86.
- VÖRÖSOVÁ, G. a kol. 2011. *Ošetrovatel'ský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-358-5.
- WEBER, P. a kol. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IPDVPZ 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- WEBER, P., NÉMETH, F. 2010. Diabetes mellitus. In HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. Bratislava : Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6. s. 448-456.

4 SOCIÁLNA MOBILITA, ZRUČNOSTI A SOCIÁLNE KOMPETENCIE SENIOROV

Mária KOVAĽOVÁ

Celosvetový trend demografického vývoja je jasnou výpoveďou novodobého problému. Ide o fenomén staroby. Čoraz viac priťahuje záujem odborníkov, ale aj laikov a politikov. Starnutie populácie dostáva pod tlak ekonomiku, medicínske odvetvia, sociálny systém, ale aj celý hospodársko-spoločenský vývoj. Starnutie je kontinuálny proces, ktorý je determinovaný mnohými faktormi, a súčasne má to špecifikum, že sa prejavuje u každého jednotlivca osobitným spôsobom. Kapitola chce poukázať na schopnosť individuálnej, ale aj skupinovej pomoci, ktorá vie mobilizovať samotného seniora, ako aj komunitu k starostlivosti o každodenné potreby starších ľudí.

4.1 Starostlivosť o denné aktivity seniora podľa Modelu Moniky Krohwinkel

Podľa nás je každý človek výnimočný. V sociálnej práci vychádzame z Rogersovho prístupu ku klientovi, ktorý odmieta diagnózu a klasifikáciu podmienok. Osobnosť človeka chápe ako proces, teda osobnosť je neustále vo vývoji a nikdy nie je úplne hotová. Ľudskú osobnosť charakterizuje týmito tézami:

- Človek má právo na vlastnú dôstojnosť a rozvoj, jeho podstata je prirodzene dobrá, ľudskú osobnosť je treba rešpektovať.
- Človek je schopný si uvedomovať svoje vlastné hodnoty a riadiť sa nimi, byť zodpovedný k sebe aj druhým.
- Človek je schopný usporiadať a hodnotiť svoje vlastné pocity, myšlienky a správanie.
- Človek je schopný sa sám rozvíjať a utvárať svoje pozitívne vlastnosti.
- Človek je schopný konštruktívnej zmeny a osobnostného vývoja k plnému uspokojivému vlastnému životu.

Podľa Rogersa (1961) zohrávala dôležitú rolu pre človeka principiálna sloboda. Zážitok slobody má podľa neho veľmi významný terapeutický efekt (1961, In Matoušek, 2007, s. 203). Metódy, postupy a prostriedky, využívané odborným personálom, vedú jeho konanie a správanie k tomu, aby napomáhal klientovi udržiavať si nezávislosť, sebestačnosť, trvalú sebaúctu, kvalitu života a dôstojnosť.

Monika Krohwinkel je profesorkou na Vysokej odbornej škole v Darmstadt v Nemecku. V roku 1984 zverejnila prvýkrát svoj koncepčný Model aktivít a existenčných životných skúseností. Model Moniky Krohwinkel je silne ovplyvnený teoretikmi z opatrovateľskej starostlivosti ako Orem, Peplau, Travelbee, Henderson, Logan, Thierney a psychológmi Maslow a Rogers.

Monika Krohwinkel (1984) definuje chorobu a zdravie ako dynamický proces. Odborný tím v starostlivosti o seniora koncentruje svoju prácu nie len na medicínske diagnózy (deficity), ale pracuje so zdrojmi seniora, ktoré sa dajú ešte podporovať a udržiavať. Zdravie je kvalifikované ako kvalita života, ktorú definuje opatrovaný klient ako pohodu a nezávislosť (1984, In Hug, 2000).

Primárnym cieľom modelu je udržať, podporovať alebo znova nadobudnúť nezávislosť, blaho a kvalitu života opatrovaného v jeho aktivitách a existenčných životných skúsenostiach. Aby tieto aktivity mohli byť realizované, je potrebné cieľovo zachytiť, opierať sa a podporovať schopnosti (spôsobilosti) seniora a alebo jeho príbuzného. Tieto ciele zostávajú nezávislé na tom, či je senior zdravý, chorý, postihnutý, alebo zomierajúci. Pre profesionálnu starostlivosť o seniora používa 5 základných princípov:

- konať v prospech seniora
- viesť ho a riadiť
- starať sa o prostredie, ktoré podporuje pozitívny vývoj seniora
- podopierať seniora
- seniora a jeho príbuzných inštruovať (usmerňovať), poskytovať rady, vyučovať a podporovať

Moniky Krohwinkel prináša opatrovateľské potreby v súvislosti s aktivitami a existenčnými životnými skúsenosťami. Aktivity a existenčné skúsenosti života orientuje na základe 13 životných oblastí, ktoré medzi sebou stoja vo vzájomnom vzťahu (korelácii), ale nepodliehajú žiadnej hierarchii. Aby sme videli človeka v jeho celosti, musíme brať na vedomie pozorovanie nielen každej aktivity, ale aj jej pôsobenie na iné aktivity. V rámci Modelu pracujeme s klientom na základe toho, ako:

- môže (vie) komunikovať,
- môže (vie) sa pohybovať,
- môže (vie) udržať (zachovať) vitálne funkcie,
- môže (vie) sa o seba postarať (sebaopatera),
- môže (vie) jesť a piť samostatne,
- môže (vie) samostatne vylučovať,
- môže (vie) sa samostatne obliekať (obúvať),

- môže (vie) vie si bez problémov oddýchnuť, spať a relaxovať,
- môže (vie) sa učiť zamestnávať a ďalej sa rozvíjať,
- môže (vie) sa cítiť a správať v role muža alebo ženy,
- môže (vie) sa starať o svoje bezpečné a podporujúce prostredie,
- môže (vie) zabezpečiť sociálnu oblasť svojho života a vytvárať sociálne vzťahy,
- môže (vie) zaobchádzať s existenčnými skúsenosťami života.

V starostlivosti o seniora skúmame jeho potreby. Podľa Matouška (2008) väčšina psychologických typológií ľudských potrieb ich delí na:

- okruh vzťahujúci sa k telesnej pohode,
- k psychickej rovnováhe a bezpečiu,
- okruh súvisiaci so vzťahmi k blízkym ľuďom,
- okruh vzťahujúci sa k spoločenskému uplatneniu,
- okruh spirituálnych potrieb.

Pre sociálnu prácu je dôležité naplnenie tzv. **sociálnych potrieb**. *„Sociálna potreba je to, čo bytosti chýba k zaisteniu jej organického života. Nedostatok pociťovaný osobou alebo spoločnosťou, ako aj túžba niečo získať. To, čo je pre jedinca, prípadne skupinu žiadúce. V sociálnej oblasti pod potrebami rozumieme komplexné potreby pre rozvoj jedinca, rodiny, skupiny a spoločnosti. Sociálne potreby (primárne alebo sekundárne – získané, umelé, kultúrne) sa vzťahujú k človeku ako k sociálnej bytosti v socializačnom procese.“* (Strieženec, 1996)

Osobitnú pozornosť si vyžiada určenie, (opis, systematizácia) tých potrieb a im zodpovedajúcich komplexných činností odborných pracovníkov v sociálnej práci, ktoré sa viažu na potreby spojené s dôstojným, kvalitným životom osoby, uspokojovaním každodenných fyzických, rozumových, citových a spirituálnych potrieb. Tiež na podporu zapojovania sa do spoločnosti a prevenciu izolovanosti osoby. *„Potreba je prejavom nedostatku niečoho alebo prejavom toho, že niečo v organizme chýba, niečoho sa nášmu telu, alebo duši nedostáva. Môže sa tiež prejavovať nadbytkom niečoho: napr. fyziologickú potrebu vyprázdnenia moču si uvedomíme vtedy, ak je naplnený močový mechúr. Potreba intimity a pokoja (potreba byť sám so sebou) sa môže objaviť pri nadbytku podnetov z okolia. Prežívanie nedostatku alebo nadbytku ovplyvňuje našu psychickú činnosť a vedie nás k určitej činnosti, ktorej cieľom je uspokojenie potreby. Pocity nedostatku alebo nadbytku nie sú vôbec príjemné, ale slúžia ako motivačná sila, ktorá nás vedie k určitému jednaniu a správaniu. Pomocou uspokojovania potrieb sa zaisťuje prežitie organizmu.“* (Mlýnková, 2011, s. 47).

4.1.1 Spolupráca odborných pracovníkov s rodinnými príslušníkmi

Akú rolu v starostlivosti o seniorov, zohrávajú príbuzní klientov v zariadeniach sociálnych služieb, alebo pri prijímaní sociálnej služby v domácom prostredí? Príbuzný je postavený do **role návštevníka zariadenia**. Na tejto roli by nebolo nič zlé, veď v skutočnosti ide o návštevníka, ale nie návštevníka zariadenia, ale návštevníka klienta.

Príbuzný, teda rodinný príslušník navštevuje klienta **v roli otca, matky, dcéry, syna, zaťa, nevesty, vnuka, vnučky, netere** alebo v iných rolách, v ktorých vytvárajú svoj vzájomný súkromný vzťah. Prejavy týchto vzťahov sa dostávajú nielen do intímneho života klienta, ale prenášajú sa aj do prostredia zariadenia, ako aj samotnej sociálnej služby a jednotlivých výkonov. Preto nesmieme príbuzných vynechať nielen z organizačných aktivít zariadenia, ale ani zo samotnej starostlivosti.

Ďalšou rolou príbuzných je **rola „tzv. zainteresovanej strany - zákazníka“**, ktorý si objednáva služby pre svojho rodinného príslušníka a zároveň ich aj platí. V tomto prípade, sa stáva partnerom zariadenia nielen vo vzťahu návštevník, ale aj zákazník – klient, ktorý má právo na bližšie a podrobnejšie informácie o poskytovaných službách a financovaní týchto sociálnych služieb. Táto rola sa vďaka Zákonu č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách stáva stále častejšou rolou, na ktorú sa nielen riadiaci pracovníci, ale aj odborný a obslužný personál musí začať profesionálne pripravovať.

Aby rodinní príslušníci neprijímali len výsledky a pôsobenie odbornej starostlivosti v zariadení, ale boli vtiahnutí do odborných procesov ako aj samotnej organizácie jednotlivých aktivít zariadenia, ktoré vplývajú na zabezpečovanie a zlepšovanie kvality poskytovaných sociálnych služieb, budeme musieť začať pracovať aj s rodinnými príslušníkmi.

Formy spolupráce s rodinnými príslušníkmi

K najčastejším formám spolupráce patrili **rozhovory a dopytovanie** sa prostredníctvom dotazníkov. Vedenie rozhovorov bolo buď spontánne, počas ich návštev, alebo bolo vykonávané na základe plánovania v prípade potreby a to predovšetkým sociálnym pracovníkom. Zvlášť ak išlo o zmeny v zmluvách, alebo o zmeny zdravotného stavu (za účasti hlavnej sestry), alebo pri nových požiadavkách, sťažnostiach samotného klienta, či príbuzného. Veľmi modernými sa stali aj dotazníky, ktorými sa snažili zariadenia získavať informácie o spokojnosti príbuzných s poskytovanými sociálnymi službami, alebo informácie o nových podnetoch, alebo negatívnych stránkach zariadenia.

Rozhovory s rodinnými príslušníkmi môžeme viesť napríklad organizovaným spôsobom prostredníctvom vopred naplánovaných a zorganizovaných stretnutí. Uvádzame príklady:

Organizované poobedia, alebo večere s rodinnými príslušníkmi k aktuálnym témam: Čo prináša demencia do rodiny, tréning toalety, adaptácia klienta na nové prostredie, terapeutické techniky voľnočasových aktivít, pracovná rehabilitácia pre seniorov, sociálna rehabilitácia, pamäťové cvičenia a i.

Rodinní príslušníci získavajú nové poznatky zo sociálnej práce, ošetrovateľstva, liečebnej pedagogiky, psychológie, psychiatrie, gerontológie, geriatrickej, alebo pastorálnej – spirituálnej starostlivosti. Okrem odborných poznatkov si môžu vzájomne vymieňať aj osobné skúsenosti, zážitky zo života svojich blízkych, ako aj ponúkať riešenia a odporúčania z vlastnej praxe, ktorá priniesla dobré výsledky.

Určené **návštevne hodiny** pre rodinných príslušníkov, v ktorých sa stretnú s interdisciplinárnym tímom, ktorý poskytuje starostlivosť a vedie dokumentáciu (individuálny rozvojový plán, záznam z opatrovateľskej vizity, záznam z adaptačného procesu, záznamy z terapie ...) a ktorý oboznámi rodinných príslušníkov o súčasnom sociálnom aj zdravotnom stave klienta a nových individuálnych cieľoch, napomáhajú obom stranám aktívne riešiť sociálne problémy príbuzných.

V rámci takýchto individuálnych stretnutí je možné ponúknuť rodinnému príslušníkovi aj jeho vtiahnutie do niektorých aktivít zariadenia. Táto forma sa pri práci s rodinnými príslušníkmi, ktorí prejavujú záujem o svojho blízkeho človeka, a trpia tým, že sa o neho nemôžu už sami starať, stala vo vyspelých krajinách EÚ jednou z najčastejších. Pocity viny, že svojho blízkeho „odložili“ im stále môžu spôsobovať traumy, alebo smútok, ktorý je možné postupne prekonávať tým, že svoje pasívne návštevy zmenia na aktívne návštevy, počas ktorých vykonávajú vopred odsúhlasené činnosti z odborných, alebo aj obslužných procesov a to buď za účasti pracovníka, alebo pod jeho dohľadom, dokonca aj samostatne, tak, aby neohrozili sociálny, alebo zdravotný stav klienta. Počas týchto organizovaných stretnutí môžu byť rodinní príslušníci oboznamovaní napríklad s novými metódami práce s klientom, s novými zavedenými kompenzačnými či zdravotníckymi pomôckami, alebo so zmeneným opatrovateľským, alebo ošetrovateľským procesom, v ktorom boli stanovené nové individuálne ciele, alebo zmeny v ubytovacom či v stravovacom procese. Tieto informácie zabránia dezinformáciám

a poplašným správam. Zároveň sa budú na týchto stretnutiach očakávať nové požiadavky a priania od rodinných príslušníkov, ktoré by sa vopred prediskutovali, aby potom mohli byť vložené do jednotlivých odborných, či obslužných procesov, alebo samotnej organizácie zariadenia. Nutné nájdienie kompromisov bude vďaka tejto spolupráci určite ľahšie a povedie k uvoľnenejšej atmosfére medzi pracovníkmi a rodinnými príslušníkmi.

Ďalšou veľmi obľúbenou, ale skôr neformálnou formou spolupráce je **realizácia Dňa otvorených dverí**.

V rámci tejto aktivity odporúčame spolupracovať s rodinnými príslušníkmi už pri samotnom plánovaní a ponúknuť im aj aktívne zapojenie sa do programových činností.

Odporúčania:

- Vytvoriť atmosféru dôvery
- Naučiť sa spolu komunikovať
- Naučiť sa organizovať a realizovať spoločné aktivity

4.2 Sociálna a pracovná rehabilitácia

Skôr, ako sa senior stane odkázaným na pomoc inej osoby a bude potrebovať aktívnu opateru, mali by sme každému seniorovi zabezpečiť sociálnu rehabilitáciu a/alebo pracovnú rehabilitáciu.

Zákon č.448/2008 o sociálnych službách definuje sociálnu rehabilitáciu podľa § 21 nasledovne:

(1) Sociálna rehabilitácia je odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobsluhe, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách.

(2) Ak je fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, sociálna rehabilitácia podľa odseku 1 je najmä:

- nácvik používania pomôcky,
- nácvik prác v domácnosti,
- nácvik priestorovej orientácie a samostatného pohybu,
- výučba písania a čítania Braillovho písma a sociálna komunikácia.

Súčasťou sociálnej rehabilitácie je výchovná a pracovná rehabilitácia. Výchovná rehabilitácia sa zameriava na pedagogické oblasti pôsobenia na klienta – rozvíjanie jeho sebestačnosti, nadania a schopností. Pri pracovnej

rehabilitácii ide o snahu pomôcť klientovi uplatniť sa na trhu práce. Tento typ je zameraný na profesijnú prípravu, prieskum možností, kariérne a pracovné poradenstvo (Mátel – Oláh – Schavel, 2011).

Pracovnú rehabilitáciu ovplyvňuje aj spôsob života a životný štýl. Spôsobom života podľa Veselej (2011) prejavujeme svoje vzťahy k vonkajšiemu svetu, k ľuďom v našom okolí, k práci a k životu vôbec. Patrí k nemu náš režim dňa, štýl bývania a obliekania sa, spôsob jedenia, zabávania sa, prežívania voľného času, ale aj prístup k plneniu našich povinností, správanie k ľuďom a celkové ovládanie našej osobnosti. Spôsob života je definovaný ako komplex konkrétne historických činností, ktorými ľudia rôznymi spôsobmi uspokojovali svoje potreby. Voľný čas predstavuje sumu činností, ktorým sa jednotlivец venuje podľa vlastnej ľubovôle, aby si oddýchol, zotavil sa, rozvíjal svoju účasť v spoločenskom živote, svoju informovanosť vzdelávaním po tom, čo sa uvoľnil od pracovných, rodinných a spoločenských povinností a záväzkov. Aktivity voľného času rozdeľuje Veselá (2011) na:

- manuálne,
- fyzické (šport, turistika),
- kultúrno-umelecké (receptívne, interpretačné),
- kultúrno-rationálne (čítanie tlače a kníh),
- spoločenské (formálne a neformálne),
- hry,
- pasívny odpočinok.

Zdravý výkonný starý človek je schopný plánovať a organizovať si svoje aktivity samostatne, ale človek s rôznymi obmedzeniami je vo svojich aktivitách limitovaný. Čím väčšie je fyzické alebo duševné obmedzenie v dôsledku zdravotného stavu, tým dôležitejšia je podporná funkcia prostredia. Cieľom programovania aktivít (aktivizácie) je vytváranie podporného prostredia materiálneho, sociálneho, psychologického i duchovného (Janečková, 2003 In Bartošovič, 2006).

4.3 Mobilita seniora na pracovnom trhu

Seniori (občania starší ako 50 rokov) patria k tzv. znevýhodneným uchádzačom o zamestnanie. Preto sú zaradení do programov „Aktívne opatrenia na trhu práce“. Aj starší občania majú právo na prácu. V zákone o službách zamestnanosti č. 280/2013 úplné znenie zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v §15 zákon určuje, ktoré zamestnanie je pre znevýhodneného uchádzača vhodné. Je to zamestnanie, ktoré zohľadňuje zdravotný stav občana, prihliada na jeho

kvalifikáciu, odborné zručnosti alebo druh doteraz vykonávanej práce a týždenný pracovný čas nie je kratší ako polovica z ustanoveného týždenného pracovného času. Ak uchádzač o zamestnanie odmietne prijať ponúknuté zamestnanie, ktoré je vhodné, je vyradený z evidencie na tri mesiace, so všetkými dôsledkami, ktoré z toho vyplývajú. K aktívnym opatreniam na trhu práce zaradíme (Hetteš, 2013):

- Odborné poradenské služby (§43)
- Vzdelávanie a príprava pre trh práce (§44)
- Vzdelávanie a príprava pre trh práce zamestnanca (§47)
- Príspevok na samostatnú zárobkovú činnosť (§49)
- Príspevok na podporu zamestnávania znevýhodneného uchádzača o zamestnanie (§50)
- Integrácia znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie v sociálnom podniku (§50b)
- Príspevok na zriadenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska (§56) a iné.

V prípade, že senior má zdravotné postihnutie, môže byť zamestnaný v chránenej dielni, alebo na chránenom pracovisku. Napriek tomu, že seniori patria k znevýhodneným uchádzačom na pracovnom trhu, ich vstup je posudzovaný rovnako ako u mladších uchádzačov:

- osobný postoj k práci,
- doterajšie skúsenosti a znalosti,
- doterajšia prax,
- schopnosť tímovej spolupráce,
- adaptabilnosť na meniace sa situácie,
- flexibilita,
- samostatnosť,
- nadobudnuté vzdelanie,
- požiadavky a očakávania,
- príčiny záujmu o danú pracovnú pozíciu.

Aj u seniorov sa hodnotí pracovný výkon a pracovná výkonnosť. Pracovný výkon je výsledok určitej pracovnej činnosti človeka, dosiahnutej v danom čase a za daných podmienok. Pracovnú výkonnosť ovplyvňuje mnoho činiteľov, napríklad technické, organizačné, sociálne, osobné, mikroklimatické podmienky atď. Osobné determinanty výkonnosti zahŕňajú znalosti, zručnosti, prax, skúsenosti, motiváciu, fyzický stav (únava, choroba, fyzická zdatnosť atď.), osobnostné vlastnosti (Provazník a kol., 1999).

Seniori majú problémy so zníženou pracovnou schopnosťou (pracovným výkonom) predovšetkým z dôvodu vzniku zdravotných problémov, ktoré rokmi pribúdajú. Ďalším problémom je adaptabilnosť a flexibilita, a to predovšetkým z dôvodu zníženej mobility (cestovania za prácou), ale aj využívania nových pracovných technológií. Rok 2012 bol vyhlásený za Európsky rok aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami. Pri napĺňaní tejto politiky aktívneho starnutia je dôležitá spolupráca štátnej správy s orgánmi územnej samosprávy, mimovládnyimi organizáciami, cirkvami, ale aj ďalšími sociálnymi partnermi, nevynímajúc samotných občanov komunity. Riadením tejto spolupráce je určený Výbor pre seniorov pri Rade vlády Slovenskej republiky.

4.4 Úprava domáceho prostredia pre denné a pracovné aktivity

Až keď má človek uspokojenú základnú potrebu, začína myslieť na iné potreby. Ak postupujeme podľa Maslowovej hierarchie potrieb, potom nasledujú potreby bezpečia: potreba istoty, stability, ochrany, štruktúry, poriadku, limitov, práva, oslobodenia sa od strachu a iné. Pichaud a Thareauová (In Hrozenská a kol., 2008) rozlišujú tri stupne potreby bezpečia:

- Potreba ekonomického zabezpečenia.
- Vedomie človeka, že má dostatok peňazí na živobytie. Táto subkategória potreby bezpečia môže byť príčinou prenikavej úzkosti až strachu, najmä u starších ľudí. V súčasnosti sa starší ľudia, ktorí žijú v zariadení pre seniorov, alebo v domove sociálnych služieb, obávajú, že ich dôchodok nebude stačiť na vyplatenie poplatku za pobyt.
- Potreba fyzického bezpečia.

Seniori, ktorí sa ťažšie pohybujú, mávajú strach a obavy z pádov. Túto potrebu možno saturať rôznymi kompenzačnými a zdravotníckymi pomôckami a v zariadení sociálnych služieb aj zabezpečením bezbariérovosti.

- Potreba psychického bezpečia.
- Pre seniora je dôležité mať pocit istoty, nemať strach, necítiť sa stratený napr.: v čase, v priestore a v spoločnosti.

Závažným problémom starostlivosti o starých ľudí sú pády, ktoré sú zapríčinené tak vnútornými príčinami (chorobami) ako aj vonkajšími príčinami, tzv. vplyvmi prostredia. Vnútorné príčiny vždy objasňuje lekár. K vonkajším príčinám môžeme zaradiť: (Krajčík, 2005)

- šmyklavý nerovný povrch,
- nedostatočné osvetlenie,

- nízke predmety, ktoré sú mimo zorného poľa seniora (elektrické šnúry, stolíky),
- nízke stoličky,
- zle udržiavané pomôcky na chodenie (vydratá guma na palici),
- schodištia.

Seniori bývajú zväčša v starších domoch a bytoch, s rizikami pádov a úrazov v domácnosti, bez telefónov a obmedzenou možnosťou dovolať sa pomoci. Nedostatok bezbariérových bytov je zrejmý, preto jediným riešením je nutnosť inštitucionalizácie. (Hrozenská a kol. 2008). Pády spôsobuje zhoršená koordinácia pohybov. Seniori, ktorí už mali úraz, po páde sa boja a prestávajú chodiť. Práve tu nachádzame veľký priestor pre využitie zdravotníckych a kompenzačných pomôcok. Vďaka zdravotníckym pomôckam môžeme udržať seniora dlhodobejšie aj v pracovnom pomere. K pádom a úrazom vedie často aj blúdenie a nepokoj seniorov. Týmto syndrómom trpia seniori so stredne ťažkou až ťažkou demenciou. Nepokoj sa prejavuje hľadaním a ukladaním vecí, bezcieľnou chôdzou na dlhé vzdialenosti alebo neprimeranou aktivitou v noci. (Krajčík, 2006). Je veľmi dôležité u seniora so zdravotným postihnutím obnovovať jeho adaptačné schopnosti a navrátiť mu schopnosť k pôvodnej aktivite. Preto je dôležité skúmať štyri základné veličiny:

- limitujúce faktory prostredia,
- adaptačné schopnosti organizmu,
- intervenciu,
- aktivitu. (Schavel, Oláh, 2008)

Najzákladnejším pravidlom pre prípravu prostredia seniora pre dlhodobé udržanie pracovných aktivít, alebo samostatných aktivít seniora je vytvorenie bezbariérového prostredia. Krajiny Európskej únie majú vypracované svoje vlastné legislatívne rámce, zaisťujúce bezbariérové prostredie.

Ďalším veľkým problémom pre ľudí so zdravotným postihnutím a pre starších seniorov je používanie toaliet. Pri zníženej pohyblivosti sa odporúča toaleta, ktorá je o sedem centimetrov vyššia ako sú bežné toalety s normovanou výškou 43 cm. To znamená, že sedacia výška by mala byť okolo 50 cm. Takto sa dostávajú na úroveň invalidného vozíka. Závesné misy by mali byť špeciálne upravené (dĺžka misy od steny by mala byť cca 70 cm). Ide o požiadavku jednoduchej prístupnosti. Podobne by mali mať upravené parametre aj závesné umývadlá, pri ktorých ide tiež o požiadavku jednoduchej prístupnosti klienta,

a to buď chodiaceho, alebo klienta na invalidnom vozíku. Upravený podomietkový sifón zjednodušuje prístup klienta na invalidnom vozíku. Podobne je potrebné, aby boli upravené aj klozety, ktoré by mali byť vzdialené od steny po prednú hranu cca 70 cm. Nápomocné je aj spomaľujúce sklápanie toaletnej dosky. Ak takúto nemáme, potom je lepšia doska bez poklopu. V súčasnosti sa odporúča špeciálna povrchová úprava Antibac, ktorá zjednodušuje údržbu toalety vďaka obohateniu o antibakteriálnu a antimykotickú zložku a zaručuje vysokú hygienu plastových dosiek na sedenie. Pre ľudí so zrakovým postihnutím, alebo ľudí, ktorí majú opäť zníženú pohyblivosť, sa odporúčajú zdravotné umývadlá, ktoré vďaka svojmu dizajnu sú široké viac ako 60 cm, majú ergonomické tvary a väčšie odkladacie plochy. Pri niektorých umývadlách si môžu klienti odložiť napríklad aj francúzske barle.

Z upratovacieho a hygienického hľadiska je dôležité, aby napríklad na keramickom obklade bola vykonaná vodoodpudivá povrchová úprava. Táto úprava zabráni priľnutiu vody, prachu alebo vodného kameňa na povrch keramických výrobkov. Údržba je menej náročná na čas. Kúpeľňový nábytok by ma byť čo najviac úžitkový a praktický pre seniora. Bezbariérová kúpeľňa musí poskytovať dostatok priestoru na pohyb. Pred umývadlom a klozetom by mal byť voľný priestor cca 15 cm, čo umožní jednoduchý prístup i s invalidným vozíkom. Veľkú rolu v kúpeľni zohrávajú madlá. Najideálnejšie sú sklápacie madlá. K samozrejmosti už dnes zaraďujeme protišmykovú úpravu podlahy. Architektonicko – stavebné a typologicko-prevádzkové minimum bezbariérovej architektúry na Slovensku špecifikuje vyhláška č. 532/2002 Z.z. Ministerstva životného prostredia SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie (4.časť), ďalej len vyhláška č. 532/2002 Z.z. Súčasťou vyhlášky je príloha k vyhláške 532/2002 Z.z., v ktorej sú uvedené konkrétne technické požiadavky na stavby bez architektonických bariér. Bezbariérovosť prostredia je potrebné určovať podľa skupiny klientov. Najčastejšie problémy, s ktorými sa stretávame v starostlivosti o seniorov a o ľudí s telesným postihnutím spôsobujú:

- vysoké schodišťové stupne,
- nástup a výstup do a z dopravných prostriedkov,
- klzkosť terénu,
- prekážky v ceste (koberce, koberčeky...).

Seniori si musia dávať pozor rovnako na pracovisku, ako aj v domácom prostredí. V rámci ochrany zdravia je dôležitá prevencia. Prevencia je systém plánovaných a vykonávaných opatrení, ktoré sú zamerané na vylúčenie alebo obmedzenie rizika a vzniku faktorov, ktoré podmieňujú vznik úrazov. Pre seniorov je dôležitá účasť na školeniach bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, ako aj požiarnej ochrany.

4.5 Rola seniora v komunitnej práci

Podľa Hartla (In Matoušek, 2008) je komunita miestom, kde si človek môže získavať emocionálnu podporu, ocenenie a praktickú pomoc v každodennom živote.

- Rieši problémy a navodzuje zmeny v miestnom spoločenstve.
- Vzťahuje problémy jedincov a skupín ku zdrojom a možnostiam miestnej komunity.
- Zapája do riešenia problémov a do rozhodovania a života komunity jej klientov, rovnako tak ako miestne organizácie a inštitúcie.
- Vedie k prerozdeleniu a zdieľaniu zdrojov, zodpovednosti a kompetencií.
- Rozširuje možnosti ľudí ovplyvniť to, čo sa s nimi deje.

Je potrebné spomenúť, že komunitnú prácu veľmi úzko spájame s decentralizáciou verejnej správy, ktorá priniesla nové pôsobnosti samotným obciam a mestám. Prenesenie pôsobnosti aj do oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti spôsobilo to, že sa komunitná práca postupne etablovala aj vďaka rozvoju sociálnej práce a komunitného ošetrovateľstva.

História komunitnej práce aj keď je v niektorých krajinách už veľmi starou formou starostlivosti o občanov komunity, na Slovensku sa začína len rozvíjať.

Gerontológovia a vedci dokázali, že starší ľudia prežijú viac stresu ako iné generačné skupiny. Telesné premeny často spôsobujú, že sa starší ľudia radšej utiahnú do izolácie. Strata životného partnera je najsilnejším stresom. Silným stresom je aj nemožnosť vykonávať doteraz bežné práce či už remeselné, manuálne alebo duševné. Nastupuje tu nielen frustrácia z dôvodu ubúdania síl, ale aj frustrácia z pocitu zbytočnosti a márnosti. Preto je dôležité nachádzať nové činnosti, ktoré by akceptovali aktuálne schopnosti starého človeka a čo najviac ich udržiavali. Sebaúcta človeka trpí najmä v prípadoch, kedy stratil zručnosť pre vykonávanie práce, ktorú vykonával dlhé roky.

V poradenských rozhovoroch je potrebné zoznámiť seniorov s procesom starnutia. Uvedieme dve fázy, ktoré môžu pomôcť obom stranám.

Fázy procesu:

- *Zvyknúť si na straty*

Hlavnou úlohou v procese starnutia je zvyknúť si na straty. Strata partnera, strata rovesníkov, strata pracovnej činnosti. To, čo zostáva, je potreba byť ešte užitočný pre niekoho.

- *Dosiahnuť vnútorný rast*

V starobe však nejde len o to, vyrovnať sa so stratami. Naopak, je tu možnosť dať rásť niektorým schopnostiam. Rabbi Abraham Heschel píše: „*Roky staroby môžu uschopniť k tomu, aby sa starý človek mohol usilovať o vyššie hodnoty, ktoré boli doteraz na druhej koľaji. Vedomosti a múdrosť života môžu byť realizované. Očakávajú sa formujúce roky, ktoré ponúknu veľké možnosti.*“ (In Gasperová, 2008). V súčasnosti sme skôr svedkami sociálnej izolácie seniora, ako integrácie a preto nám chýbajú príklady zapojenia seniorov do komunitnej práce. Pýtame sa, akú rolu môže teda senior prevziať v komunite? Ako môže prispieť senior k riešeniu problémov miestnej komunity?

Človek si v starobe hľadá novú pozíciu, nové postavenie nielen v rodine, ale aj v komunite.

Dôležitú úlohu zohráva tzv. sociálna adaptácia. Sociálna adaptácia je proces, pri ktorom sa jedinec začleňuje do štruktúry sociálnych vzťahov v rámci skupiny i do širšieho sociálneho prostredia. Pre sociálnu adaptáciu je podľa nás dôležité, aby si senior naplnil sociálne potreby. Podľa Hrozenkej a kol. (2008) je dôležité, aby mal istotu, že niekam patrí. Nemožnosť naplnenia potrieb príнадлежитosti a lásky, nedostatok psychologickej intímnosti a kontakty s inými ľuďmi, možnosť byť a komunikovať s nimi, môžu spôsobiť napríklad sociálnu izoláciu. Sociálne potreby v sebe zahŕňajú niekoľko druhov:

- Potreba informovanosti – mať informácie o svete, v ktorom človek žije, vedieť, čo sa deje v okolí, a pod.
- Potreba príslušnosti k skupine, byť členom nejakej skupiny: rodiny, priateľov, klubu, komunity (obce).
- Potreba lásky – mať niekoho rád a prijímať tento cit od druhého.
- Potreba vyjadrovať sa a byť vypočutý – mať možnosť s niekým hovoriť, konverzovať, vyjadrovať svoj názor.

V procese sociálnej adaptácie zohrávajú dôležitú rolu tzv. subjektívne predpoklady:

- teoretická a praktická pripravenosť a životná skúsenosť,
- výkonová pripravenosť (fyzická zdatnosť, neuropsychická odolnosť, osobné zvyky...),
- osobná vyhranenosť (súbor osobných vlastností, ktoré sa priamo podieľajú na zvládaní pracovných úloh a morálny profil),
- hodnotová orientácia, motivácia, postoje zamerané a objektívne predpoklady: vonkajšie prostredie, technické vybavenie, sociálne vybavenie, organizačné požiadavky, sociálna klíma, kultúra komunikácie (Veselá, Veselá, 2011).

Jednou z úloh sociálnych pracovníkov v rámci komunitnej práce, bude zapájať seniorov do samotného procesu prípravy komunitných plánov. Komunitné plánovanie sociálnych služieb je metóda, ktorá umožňuje spracovávať rozvojové materiály oblasti sociálnych služieb verejného života na úrovni obce i kraja, a ktorá výrazne posilňuje princípy zastupiteľskej demokracie (Vasková, Žežula, 2002).

Charakteristickým znakom metódy je kladenie dôrazu na:

- zapájanie všetkých, ktorých sa spracovávaná oblasť týka,
- dialóg a vyjednávanie,
- dosiahnutie výsledku, ktorý je prijatý a podporovaný väčšinou účastníkov.

Aby občania mohli uspokojovať svoje záujmy, potreby a nároky musia spolupracovať s ďalšími ľuďmi. Ich záujmy a potreby sa môžu líšiť. Ľudia musia o svojich potrebách a záujmoch diskutovať, informovať sa o možných zdrojoch ich naplnenia a spoločne hľadať kompromisné riešenia, ktoré by aspoň čiastočne vyhovovali všetkým a pre nikoho by neboli prehrou.

Slovo „plánovanie“ označuje proces, v rámci ktorého sa komunita chce dostať zo súčasnej situácie do budúcnosti, ktorá by lepšie vyhovovala občanom komunity. Plánovanie jej cestou z miesta nazvaného „súčasnosť“ do miesta pomenovaného „dohodnutá budúcnosť“.

Podľa Topol'ovského a kolektívu podporuje komunitné plánovanie aktivity, ktoré môžu viesť k zlepšovaniu kvality života občanov, posilňovaniu solidarity, sociálnej integrácie ale aj vlastnej zodpovednosti (Topol'ovský a kol., 2004).

Zapojenie seniorov do komunitnej práce je dlhodobým procesom, ktorý je etablovaný v krajinách, kde má komunitná práca už svoju históriu. Na Slovensku sú etablované len kluby dôchodcov, denné centrá a dobrovoľnícka činnosť jednotlivcov. Priestor pre prácu seniorov vidíme napríklad v terénnej sociálnej práci, a to konkrétne s dysfunkčnými rodinami s prejavmi sociálnopatologických javov, s rizikovou mládežou, s rodinami, v ktorých jeden alebo viacerí členovia sú osoby s ŤZP, s rodinami so staršími ľuďmi, s rodinami, ktorých člen je závislý (látkové a nelátkové závislosti), s rodinami s nezamestnaným členom, s ľuďmi bez domova, alebo s marginalizovanými rómskymi komunitami. Zapojenie do komunitnej práce si bude vyžadovať vedomosti z projektovej činnosti. Skříčková a kol. (2007) predstavujú princípy, ktoré sú dôležité pri riadení komunitného plánovania:

- Princíp rovnosti - každý má právo starať sa o veci verejné a spoločné. Každý má právo sa vyjadriť. Nikto nesmie byť vylúčený a diskriminovaný. Organizácia a procesy plánovania musia zaistiť všetkým účastníkom rovnosť postavenia a hlasu v priebehu všetkých rokovaní.
- Princíp skutočných potrieb – analýzy popisujúcu stav služieb a ich porovnania s normatívmi môžu byť nápomocné pre plánovanie.
- Princíp dohody – výsledný plán je svojho druhu zmluvou, v ktorej sa najmenej tri strany, tzn. Tripartita, navzájom zaväzujú. Dohoda musí byť nielen o zámeroch, ale tiež o spôsobe a postupe realizácie odsúhlasených aktivít.
- Princíp všetko je verejné – informácie o dianí v plánovaní sú verejne dostupné, stretnutia a rokovania sú otvorené. Výstupy sú zverejňované.
- Princíp dosiahnuteľnosti riešení
- Princíp cyklického opakovania – komunitné plánovanie tvorí špirálu, v ktorej sa viaceré problémy cyklicky opakujú a je potrebné ich vyhodnocovať na novej úrovni vývoja.
- Princíp kompetencie účastníkov – v riadení musí byť profesionalita, kompetentní ľudia s jasnými zodpovednosťami a pozíciami.
- Princíp priamej úmery – kvalita výstupu plánovania je priamo úmerná kvalite jeho priebehu.

4.5.1 Komunitná starostlivosť

V odbornej literatúre nachádzame niekoľko druhov definícií pojmu „komunita“. Autori Mattessich, Monsey, Roy (1997) definujú komunitu nasledovne: „Ľudia, ktorí žijú v geograficky definovanej oblasti a medzi ktorými existujú vzájomné sociálne väzby (v zmysle príbuzenstva, priateľstva

a známostí v geografickej oblasti a taktiež v zmysle účasti na aktivitách komunity a niektorých formách ekonomickej výmeny, napríklad pri nákupe tovaru a služieb, práce pre miestnych zamestnávateľov ap.) a ktorí sú citovo viazaní k sebe navzájom a k miestu, kde žijú “. Hartl (1997) predkladá nasledovnú definíciu: *„Komunita je miesto, kde človek môže získavať emocionálnu podporu, ocenenie a praktickú pomoc v každodennom živote“*. (In Matoušek 2008, s. 253)

Podľa Strieženca (1996) má komunitná sociálna práca zabráňovať vzniku sociálnych problémov alebo napomáhať v riešení už vzniknutých problémov. Jej cieľom je tiež hľadať kompromisy, napr. sociálny konsenzus medzi minoritami, so zásadným prihliadaním na miestne (lokálne) ponímanie demokracie. Jedna z najdôležitejších stránok je spolupráca s ľuďmi, ktorí majú prirodzenú autoritu v komunite a pomáhajú vyvolať aktivitu u ďalších členov komunity. Potreba výkonu komunitnej sociálnej práce vzniká pri náraste sociálnopatologických javov v konkrétnej komunite, v prípadoch sociálneho vylúčenia, respektíve znevýhodňovania komunity majoritnou spoločnosťou a v prípade, kedy je potrebné ovplyvniť sociálnu úroveň života členov komunity vo viacerých jej oblastiach, najmä v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Komunitná sociálna práca je strategickým nástrojom pomoci pri riešení problémov klientov, ktorí, ako už bolo vyššie spomenuté, obývajú geograficky ohraničené územie, alebo vykazujú spoločné znaky na základe príslušnosti k istej sociálnej skupine. Komunitná sociálna práca zahŕňa také techniky a postupy práce s klientom, ktoré zohľadňujú riešenie spoločných problémov klientov, avšak aj s prihliadnutím na riešenie individuálnych potrieb členov komunity. Pre jej realizáciu sú príznačné isté etapy práce s komunitou. V zmysle zásad istého univerzálneho princípu práce s klientom vnímame prácu s komunitou v nasledovných etapách:

- Získanie informácií o danej komunite – jej špecifické znaky, okruhy problémov, s ktorými sú konfrontovaní jej členovia.
- Analýza problémov – analýza príčin, ktoré spôsobujú problémy členom komunity, rizikové faktory, ktoré vyvolávajú napätie a konflikty, medzi členmi komunity, ale aj medzi komunitou a externým prostredím.
- Vytvorenie plánu cielenej pomoci a sprevádzania členov komunity, ktorý má najčastejšie znaky projektu.
- Realizácia plánu – prostredníctvom využitia vybraných metód sociálnej práce, zapojením spolupracujúcich subjektov do pomoci komunite, predovšetkým samosprávy, ktorá má podľa zákona č.448/2008 Z.z.

o sociálnych službách významné kompetencie a povinnosti v rámci komunitného rozvoja.

- Vyhodnotenie – výsledkov komunitnej sociálnej práce pre jej členov, napríklad aj prostredníctvom SWOT analýzy, ktorá jasne poukazuje na prínosy a prípadne nové výzvy v oblasti ďalšej práce s komunitou. (Minařovičová, 2013, s. 55)

Uvádžame vybrané pojmy z komunitnej práce:

- Komunitná starostlivosť = smerovanie usporiadania sociálnych a zdravotných služieb, ale aj vzdelávania, dopravy a i. pre skupiny (seniorov a občanov s hendikepom), aby mohli zostať so svojím hendikepom vo svojej komunite a žiť v nej plnohodnotný život.
- Komunitný prístup = akceptuje tú stránku komunitných procesov, ktoré sa týkajú spolupráce sektorov: verejného, podnikateľského a miestnych občanov.
- Občianska komunita = spoločenstvo osôb, ktoré v spoločnom priestore vykonávajú každodenné aktivity.
- Výcviková komunita = spoločenstvo osôb, ktoré sa zameriava na sebaopoznávanie, nácvik zručnosti a postojov a pod.
- Terapeutická komunita = (špecifická forma organizácie liečebnej inštitúcie, ktorá umožňuje otvorenú komunikáciu všetkých členov inštitúcie vrátane klientov a ich spolurozhodovania a podieľania sa na liečbe).
- Spirituálna komunita = (spoločenstvo osôb, ktoré zdieľa podobné myšlienky a snaží sa spoločne o spirituálny rozvoj, niekedy aj žijú v spoločnom priestore.

Proces komunitného plánovania je rozdelený do troch fáz, ktoré sa skladajú z desiatich krokov (Krbcová, Mašíňová – Polesný, 2008)

- **Prípravná fáza**
 - Príprava prostredia
 - Ustanovenie riadiacej štruktúry komunitného plánovania, zapojenie užívateľov.
- **Spracovateľská fáza**
 - Regionálny informačný systém sociálnych služieb.
 - Analýzy a mapovanie potrieb užívateľov.
 - Spracovanie návrhu komunitného plánu.
 - Proces konzultácii komunitného plánu.

- Spracovanie konečnej verzie komunitného plánu.
- **Realizačná fáza**
 - Implementácia plánu do praxe.
 - Evaluácia plánu.
 - Zmluvné vzťahy.

Komunitný plán má slúžiť k orientácii v zložitej problematike týkajúcej sa pomoci ľuďom so sociálnym znevýhodnením a v možnostiach regiónu (Loutná, 2010).

4.6 Nácvik sociálnych kompetencií

Matoušek (2008) uvádza definíciu sociálnej kompetencie podľa V. Smékala ako *„obratnosť a efektivita v jednaní s ľuďmi v spoločenskom styku. Je to súbor zručností, návykov, postojov. Ich jadrom je schopnosť reflexie sociálnej situácie aj sebareflexie vlastného konania. Sociálna kompetencia je spolu s odbornou kompetenciou základným predpokladom profesioanálneho uplatnenia.“*

Sociálne kompetencie získava senior sociálnymi zručnosťami. Ak chceme seniorovi pomôcť zúčastňovať sa aktívne na denných činnostiach, musíme mu pomáhať udržiavať si sociálne kompetencie:

- spolupracovať s druhými,
- budovať vzťahy s druhými,
- aktívne tvoriť a ochraňovať životné prostredie,
- kooperatívne riešiť konflikty.

Mali by sme podporovať prácu seniorov v kluboch, v spoločenských združeniach a účasť na socio-integratívnych aktivitách v komunite (obci), alebo v zariadení sociálnych služieb, v ktorých sa bude zúčastňovať osláv, slávností, spoločensky významných udalostí, zvykov v spojitosti s ročnými obdobiami. Ak má senior problémy s mobilitou, je potrebné ho vybaviť pomôckami, ktoré mu pomôžu sa týchto aktivít zúčastniť. Senior sa spravidla viac obáva straty sebestačnosti, nezávislosti a schopnosti sebaobsluhy, ako choroby samej. Sebestačný je ten človek, ktorý sa adaptuje na požiadavky prostredia. Ide o určitý stav rovnováhy medzi potrebami človeka a podmienkami jeho prírodného a sociálneho prostredia. Výchova každého jedinca je od detstva zameraná na samostatnosť, schopnosť nebyť odkázaný v základných životných úkonoch na pomoc ostatných (Kociová, 2003). Preto je dôležité, aby sociálna

a zdravotná starostlivosť bola v budúcnosti smerovaná touto filozofiou života. K udržaniu sebaopatery zaradujeme aj sebarealizáciu seniorov.

Sebarealizáciou rozumieme rozvíjanie a sústavné využívanie nadania a schopnosti individua, teda uplatnenia prirodzených a utváraných dispozícií jedinca k určitej činnosti, k určitej práci či sociálnej aktivite (Matoušek, 2010, s. 104). To platí aj u seniora. Ak seniorovi nezabezpečíme sebarealizáciu, začne nám upadať a odchádzať. K sebarealizácii však opäť potrebujeme zdravotnícke a kompenzačné pomôcky. K prioritám Národného programu podpory zdravia patrí hneď na prvom mieste zvýšenie pohybovej aktivity. Ide teda o aktivizáciu starších ľudí. Starší ľudia sú však naopak vedení k tomu, aby neprekážali, sú „odkladaní“ do zariadení sociálnych služieb, alebo izolovaní od spoločenského diania. Aby sme tomu predišli, musíme pripraviť kampane na aktivizáciu seniorov v domácom prostredí, ale aj v pobytových zariadeniach. Krajčík (2005) tvrdí, že aktivitu seniorov by sme mohli využívať napríklad ich zapojením do dobrovoľníckych aktivít, členstva v rôznych združeniach, dobrovoľníckych organizáciách, ktoré pomáhajú starým, chorým osamelým a tiež pri príležitosti zbierok. Za najdôležitejší faktor považujeme aj účasť seniorov vo vzdelávacom procese. Čornaničová (In Bočáková, 2010) hovorí, že s narastajúcim podielom starších ľudí v dnešnej populácii má dôležité postavenie edukácia, celkové smerovanie, ako aj všeobecné spoločenské a individuálne výchovné zacielenie. Čornaničová (In Balogová, 2009) hovorí o troch rovinách edukácie:

- Vzdelávacie aktivity, ktoré sú zamerané na získavanie poznatkov, informácie a zručnosti formou vzdelávania a seba vzdelávania prostredníctvom univerzít a akadémie tretieho veku, alebo prednášok na úrovni klubov,
- kultúrno – kultivačné aktivity, ktoré sa sústreďujú na rozvoj osobnosti človeka prostredníctvom umenia, kultúry, záujmových činností a výchovy,
- sociálno – psychologické edukačné aktivity, zacielené na uchovanie primeranej kvality života.

Všetky tri roviny, podľa nás, sa môžu týkať seniorov, ktorí žijú v domácom prostredí, ako aj seniorov žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb. Rozdielom však je, že aktívnejší musia byť seniori žijúci doma, pretože sa musia aktívne pričiniť o to, aby si našli formy vzdelávania a možnosti im vyhovujúce, ale pre seniorov v pobytových zariadeniach sa o zapájanie do vzdelávacích činností starajú odborní pracovníci. Podľa Livečku, 1979

a Čornaničovej, 1998 (in Bočáková, 2010) môže vzdelávanie u seniorov plniť 10 funkcií:

- Preventívnu: prostredníctvom nej edukačné aktivity pozitívne ovplyvňujú priebeh starnutia a kvalitu života v starobe.
- Anticipačnú: sú zamerané na pozitívne naladenie seniora pre budúce zmeny v jeho živote.
- Rehabilitačnú: zabezpečuje udržanie fyzických aj duševných síl.
- Adaptačnú: zabezpečuje vyváženosť prostredia a organizmu človeka.
- Posilňovaciu: napomáha rozvoju záujmov, potrieb a schopností seniora.
- Komunikačnú: udržiava seniora v komunikácii so svojím okolím a spoločnosťou.
- Kompenzačnú: nahrádza úbytok sociálnych kontaktov a stratu profesijnej roly a nedostatok možností študovať v minulosti.
- Aktivizačnú: prispieva k začleneniu do spoločnosti a k pocitu uspokojenia.
- Relaxačnú: kultivuje prežívanie voľnočasových aktivít.

Pri práci so seniormi nesmieme zabúdať na prácu s autobiografickým portrétom. Práca s biografiou je na Slovensku veľmi podceňovaná, alebo ešte veľmi málo rozvinutá. Autobiografický portrét pozostáva zo životného príbehu a životopisu. Životopis je celok, ktorý obsahuje zážitky a príležitosti človeka, ktoré ho sprevádzali počas života od narodenia až po aktuálny deň hodnotenia.

Autobiografický portrét:

- opisuje, zobrazuje históriu pôvodu, vzdelanie, preberanie rolí, pozícií, dôležité príležitosti a rozhodnutia daného klienta.
- sa vzťahuje na životné podmienky a osobné zážitky, ale zároveň porovnáva a nadväzuje na životné udalosti klienta v jeho bezprostrednom okolí, v spoločenskom aj v politickom.

Životný príbeh klienta nám má predstaviť charakteristické prvky popisujúce udalosti, správanie klienta, zbieranie jeho zážitkov a skúseností. V sociálnej práci je preto dôležité, aby sme sa dozvedeli tzv. objektívne životné údaje (fakty) o klientovi, potom, samozrejme, nesmieme zabudnúť a ignorovať subjektívne udalosti, subjektívny životný príbeh, a to preto, aby sme spoznali a vedeli vyvodiť účinky z týchto udalostí, a tak si objasnili osobnostnú identitu klienta. Autobiografický portrét nám predstavuje zbieranie skúsenosti skúseností klienta, ako aj jeho reakcií na udalosti v jeho živote. Životopis a životné zážitky a skúsenosti ovplyvňujú správanie sa človeka.

LITERATÚRA

BALOGOVÁ, B. 2009. *Seniori*. 3. doplnené vydanie. Prešov : Akcent Print, 2009. 158 s. ISBN 978-80-89295-18-0.

BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava: Charitas, 160 s. ISBN 80-887-43-63-X.

BOČÁKOVÁ, O. 2010. *Problémy stárnucej populácie*. Trenčín : Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2010. 222s. ISBN 978-80-8075-460-0.

GASPEROVÁ, M. 2008. *Staroba - vysoká škola viery*. Martin: Osveta, 186 s. ISBN 978-80-8063-271-7.

HETTEŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 192 s. ISBN 978-80-8132-031-6.

HETTEŠ, M. 2013. *Zamestnanosť a sociálna práca*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 160 s. ISBN 978-80-8132-089-7.

HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 182 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

HUG, A. U. 2000. *IQP Pflegedok Instrumente für den Pflege –Regelkreis*, Luzern : A.U. Hug and Partner, 189s. bez ISBN

KOCIOVÁ, K. 2003. *Fyzioterapia v geriatrici*. Martin: Osveta, 2003. 41s. ISBN 80-8063-123-8.

KRAJČÍK,Š. 2005. *Geriatricia*. Bratislava : SAP – Slovak Academic Press, 2005. 82 s. ISBN 80-88908-68-X.

KRAJČÍK, Š.. 2006. *Geriatricia pre sociálneho pracovníka*: Bratislava: SAP, 2006. 96 s. ISBN 80-969449-8-3.

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

MÁTEL, A. – OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.

MATOUŠEK, O. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portal, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549.

MATOUŠEK, O. a kol. 2010. 2. vyd. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2010. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MINAROVÍČOVÁ, K. 2013. *Sociálna práca v obci – Špecifiká terénnej sociálnej práce v obci*. Nitra: UKF Nitra, 2013. 78 s., ISBN 978-80-558-0266-4.

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

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany I*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

PICHAUD, C.- THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

PROVAZNÍK, J. 1999. *Celostný manažment*. Bratislava: SPRINT, 1999. 493s. ISBN 80-88848-36-9.

SCHAVEL, M. - OLÁH, M. 2008. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. 224s. ISBN 80-8068-487-1.

SKŘÍČKOVÁ, Z. a kol. 2007. *Metodiky pro plánování sociálních služeb*. Praha : MPSV, 2007. 112s. ISBN 978-80-86902-44-9.

STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava : Sapientia, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

TOPOLOVSKÝ, M. a kol. 2004. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. Praha : MPSV, 2004. 59 s. ISBN 80-86878-03-1.

VASKOVÁ, V. – ŽEŽULA, O. 2004. *Komunitní plánování věc veřejná*. Praha : MPSV, 2002. 15 s. ISBN 80-865552-30.

VESELÁ, J.-VESELÁ, P.K. 2011. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada, 2011. 198 s. ISBN 978-80-247-2792-9.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách.

5 SOCIÁLNA OCHRANA A KVALITA ŽIVOTA OSÔB VYŠŠIEHO VEKU

Andrej MÁTEL

Sociálna ochrana seniorov sa týka celej spoločnosti. Realizovať sa môže na rozličných úrovniach a dotýka sa viacerých rovín. Z nich predstavujeme v nasledujúcej kapitole vybrané sociálno-politické nástroje (medzinárodné dokumenty), komunikačné nástroje (asertívna komunikácia), podporné adaptačné mechanizmy, kvalitné sociálne služby a dobrovoľníctvo ako nástroj aktívneho starnutia. Osobitú a ústrednú pozornosť venujeme ochrane pred týraním, zneužívaním a zanedbávaním seniorov.

5.1 Ochrana ľudských práv z medzinárodného aspektu

Zmienky o ľudských právach možno vystopovať už v antickej filozofii (náznaky cítiť napríklad v stoickej filozofii) či v stredoveku (Jean Gerson, Johannes Althusius atď.), no koncepčne sa o univerzálnych právach človeka začalo hovoriť až v 17. a 18. storočí v rámci tzv. novovekej školy prirodzených práv. Teórie prirodzených práv nájdeme v tomto období v dielach takých filozofov ako Hugo Grotius, Thomas Hobbes, John Locke či Jean-Jacques Rousseau. Ľudské práva možno chápať jedine tak, ak ich aplikujeme univerzálne, t. j. na každého človeka bez akéhokoľvek rozdielu.

5.1.1 Organizácia spojených národov

Tým prvým a najvýznamnejším ľudsko-právnym dokumentom v 20. storočí je *Všeobecná deklarácia ľudských práv*, ktorú v roku 1948 prijala Organizácia Spojených národov (angl. United Nations Organisation). Táto bola založená v roku 1945 a združuje väčšinu štátov sveta. Samostatná SR je členom OSN od 19. januára 1993. Tridsať článkov Všeobecnej deklarácie ľudských práv sa zvykne rozdeľovať do troch základných skupín, tzv. generácií ľudských práv. V prvej generácii nachádzame občianske práva (na život, na nedotknuteľnosť osoby a jej súkromia, na osobnú slobodu, na ochranu osobnej cti, na vlastníctvo, na spravodlivý proces, na slobodné myslenie, náboženské vyznanie, na slobodný pohyb a pobyt atď.) a politické práva (sloboda prejavu, právo na informácie, petičné právo, právo na zhromažďovanie, právo na združovanie, volebné právo, právo na odpor). V druhej generácii sa nachádzajú hospodárske práva (na prácu, na podnikanie, na štrajk, na osobitné pracovné podmienky a na zvýšenú ochranu zdravia pri práci pre ženy, mladistvých a pre osoby zdravotne postihnuté atď.), sociálne práva (právo na zdravotnú starostlivosť, právo na dôchodkové zabezpečenie, právo na ochranu rodiny atď.) a kultúrne

práva (právo na vzdelanie, na slobodné vedecké bádanie atď.). Napokon, v tretej generácii možno nájsť tzv. práva solidarity, resp. postmoderné práva, ako napríklad právo na mier, právo na priaznivé životné prostredie, práva národnostných a etnických menšín, právo na prístup ku kultúrnemu dedičstvu a pod. Všetky tieto práva rešpektujú vrodenu dôstojnosť, rovnaké a nescudziteľné práva všetkých členov ľudskej rodiny bez ohľadu na vek, štátnu príslušnosť, národnosť, rasu, etnický pôvod, jazyk, rod, sexuálnu orientáciu.

Tento dokument zaručuje starším mužom a ženám rovnaké práva ako ostatným členom spoločnosti. Všetci sme sa narodili rovní a toto sa nemení ani naším starnutím. Hetteš (2011) upozorňuje na normatívny deficit, deklarujúci absenciu určitého globálneho dokumentu na úrovni dohovorov OSN, ktorý by chránil špecifické práva starších osôb. Jestvuje však systém „mäkkého práva“, ktorý upravuje zaobchádzanie so staršími ženami a mužmi a súčasne zahŕňa *Princípy OSN pre staršie osoby* (1991) a *Madridský medzinárodný akčný plán starnutia* (MIPAA, 2002). Ich záväznosť je pre štáty skôr morálnou než právnou povinnosťou.

V roku 1982 sa uskutočnilo vo Viedni prvé celosvetové zhromaždenie OSN k starnutiu. Mnohé krajiny, osobitne európske nechceli priznať právo na prácu pre starších (Hetteš, 2011). Rok 1999 vyhlásila OSN za Medzinárodný rok starších ľudí. Druhé svetové zhromaždenie OSN o starnutí sa uskutočnilo v Madride roku 2002. Ako hlavný rozvojový cieľ zhromaždenie prijalo, že osoby by mali mať súčasne so zvyšujúcim sa vekom možnosť aktívne sa zúčastňovať na hospodárskom, sociálnom, kultúrnom a politickom živote spoločnosti.

5.1.2 Rada Európy a Európska únia

Rada Európy (RE) je medzinárodná organizácia európskych štátov s cieľom ochrany ľudských práv, posilňovania pluralitnej demokracie, prispievania k uvedomovaniu si a rozvoju európskej kultúrnej identity, hľadania riešenia problémov typu xenofóbia, menšiny, ochrana životného prostredia a podobne. Vznikla v roku 1949 v Londýne, jej sídlo je vo francúzskom Štrasburgu. Samostatná Slovenská republika je členom RE od 30. júna 1993.

V roku 1961 prijala RE *Európsku sociálnu chartu*, ktorá bola revidovaná v roku 2006. Slovensko chartu ratifikovalo v roku 2009. Podľa nej majú všetci pracovníci a osoby na nej závislé právo na sociálne zabezpečenie a každá staršia osoba má právo na sociálnu ochranu. Podľa tejto charty majú zmluvné strany utvoriť nasledovné opatrenia (článok 23):

- na umožnenie starším osobám zostať podľa možnosti čo najdlhšie plnohodnotnými členmi spoločnosti prostredníctvom:
 - a) príslušných zdrojov, ktoré im umožnia dôstojný život a aktívnu účasť na verejnom, spoločenskom a kultúrnom živote;
 - b) poskytovania informácií o službách a o dostupnom materiálnom vybavení pre staršie osoby a o príležitostiach ich využitia;
- na umožnenie starším osobám slobodne si zvoliť spôsob života a viesť nezávislý život v ich zvyčajnom rodinnom prostredí tak dlho, ako si želajú a ako je to možné, prostredníctvom:
 - a) obstarania bývania prispôsobeného ich potrebám a zdravotnému stavu alebo príslušnej podpory na úpravu ich bývania;
 - b) zdravotnej starostlivosti a služieb, ktoré vyžaduje ich stav;
- na zabezpečenie primeranej pomoci starším osobám žijúcim v príslušných inštitúciách pri rešpektovaní ich súkromia a na zaručenie ich účasti na určovaní životných podmienok v danej inštitúcii.

Európska únia (EÚ) je medzinárodné spoločenstvo, ktoré v roku 2013 tvorí 28 členských štátov. Slovenská republika je členskou krajinou EÚ od 1. mája 2004.

Charta základných práv Európskej únie (2000) uznáva a rešpektuje právo starších ľudí na dôstojný a nezávislý život a na účasť na spoločenskom a kultúrnom živote (článok 25). Okrem toho zakazuje akúkoľvek diskrimináciu na základe veku (článok 21) a rešpektuje nárok na sociálne zabezpečenie v starobe (článok 34.1).

Európska komisia vyhlásila rok 2012 za Európsky rok aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami.

5.2 Adaptácia na starnutie a starobu

Úsilie o odstránenie, resp. minimalizovanie rôznorodých rizikových faktorov staroby spočíva v celoživotnej príprave na starnutie. Jej cieľom je príprava jedinca na aktívnu starobu, podľa možnosti v dobrom zdraví, tvorivej pohode a v dôstojnom prostredí s patričným sociálnym zabezpečením. Podľa Hrozenskej a kol. (2008) príprava na starobu by mala prebiehať v dvoch fázach:

1. Ako *permanentná* alebo *dlhodobá* príprava. Prebieha počas života človeka, je súčasťou výchovy k manželstvu, občianskej a etickej výchove

na školách. Premieta sa do systému primeraných postojov k starnutiu a staršej generácii vôbec.

2. Ako *aktuálna* alebo *krátkodobá* príprava. Podľa autorky sa začína približne päť rokov pred dosiahnutím dôchodkového veku. Tomeš (2011) identifikuje preddôchodkový vek ako obdobie desiatich rokov pred právnym nárokom na starobný dôchodok z verejnej sústavy (na Slovensku v súčasnosti 62 rokov). Práve v preddôchodkovom veku začína dôležitá intenzívna fáza adaptačného procesu na obdobie staroby.

Podľa Hrozenskej a kol. (2008) možno rozdeliť prípravu na starnutie na tri oblasti:

- *Zdravotnícka príprava* – spočíva v lekárskom vyšetrení zameranom najmä na včasnú diagnostiku chorôb, najmä kardiovaskulárnych, prevenciu a diagnostiku rizikových faktorov, najmä hypertenzie, hyperglykémie a pod.
- *Psychologická príprava* – cez stálu stimuláciu psychických funkcií primeranými požiadavkami v rodinnom i spoločenskom živote, pri práci, športe, v zmysluplnom využívaní voľného času.
- *Sociálna príprava* – zabezpečenie zmeny organizácie práce v súlade s vekom, výkonnosťou, vzdelaním a zdravotným stavom. Patria sem aj otázky finančného zabezpečenia, prispôsobenie bývania na zmenené pomery, vytváranie bezbariérového prostredia, nových pracovných a voľno-časových aktivít (napr. dobrovoľníctva) a nových sociálnych kontaktov. S odchodom do dôchodku sa spája prerušenie kontaktov a priateľstiev s kolegami, čo môže viesť k pocitu osamelosti a odvrhnutia až k sociálnemu vylúčeniu.

Balogová (2009) k nim pridáva aj *duchovnú prípravu* na starnutie, ktorá spočíva v uspokojovaní potrieb religiozity a jej významu pre duševné zdravie človeka.

Špecifickou zložkou adaptačného procesu osôb vyššieho veku je príprava na dlhodobý pobyt v inštitucionálnom zariadení, ktorý je na Slovensku predstavený najmä zariadením pre seniorov. Podľa Bartošoviča (2006) vlastná adaptácia na inštitucionálny pobyt prebieha v troch fázach:

1. fáza *očakávania* – obdobie od rozhodnutia a podania žiadosti;
2. fáza *vlastnej adaptácie* – nasleduje tesne po prijatí do zariadenia a trvá v priemere šesť mesiacov. Obe fázy sú poznačované prebiehajúcou

stresovou reakciou s možnými komplikáciami, vážnym ohrozením zdravia i života;

3. *následná fáza* – je doznievajúcou stresovou reakciou, ktorá v psychosociálnej sfére prechádza do akceptácie pobytu s prejavmi aktívnej adaptácie.

Pri poruchách adaptačných schopností vo vyššom veku je možné rozlíšiť *geriatrický maladaptatívny syndróm*. Ide o prejav adaptačného zlyhania, typického pre vyšší vek, ktorý vzniká na báze chronického stresu. Obvykle je stresor psychosociálny a klinická manifestácia najčastejšie v kardiovaskulárnom alebo imunitnom systéme (Hegyi, 1997, In Bartošovič, 2006). Na rozdiel od hospitalizácie v nemocnici znamená presťahovanie sa do zariadenia pre starého človeka zvyčajne konečnú, poslednú novú reguláciu jeho životných pomerov. Z doterajšieho dôverného okolia si môže vziať väčšinou len niekoľko malých predmetov. Starší človek sa týmto spôsobom dozvedá veľmi názorne, že musí doterajší spôsob svojho života nadlho, ak nie navždy opustiť (Gasperová, 2008, s. 44).

Keďže proces adaptácie na nové inštitucionálne prostredie predstavuje zvýšené riziká, je mu potrebné zo strany celého tímu pracovníkov zariadení sociálnych služieb venovať zvýšenú pozornosť. Sociálny pracovník má pred sebou klienta, ktorý sa vyrovnáva so svojimi sociálnymi aj zdravotnými problémami sám, so svetom okolo seba a vo svete, v ktorom je obklopený. Tieto tri roviny ovplyvňujú nielen samotného klienta, ale aj všetkých ľudí, ktorí sa pohybujú v jeho blízkosti. Či sú to jeho príbuzní, jeho spolubývatelia v zariadení, alebo aj pracovníci, ktorí sa o neho starajú.

Každý človek a teda aj každý klient je v zariadení osobitosťou. Má svoje individuálne potreby aj individuálne požiadavky. Je potrebné zdôrazniť, že sociálna adaptácia je závislá od viacerých faktorov. Ak vychádzame zo všeobecnej psychológie, tak podľa nás závisí adaptácia klienta na svoju novú situáciu v zariadení sociálnych služieb, alebo v domácej starostlivosti od:

1. osobnosti klienta,
2. od veľkosti zmien,
3. od priaznivosti a pripravenosti podmienok k adaptácii.

Okrem týchto troch spomenutých faktorov sa domnievame, že je potrebné skúmať adaptáciu z ďalších dvoch hľadísk. Po prvé z hľadiska vekových zmien v prispôbovaní sa menlivým životným podmienkam a po druhé z hľadiska prispôbovania spôsobu života vzhľadom k vlastnému

organizmu. Adaptácia- prispôsobenie sa je dynamickým procesom. Rozlišujeme aktívnu a pasívnu adaptáciu. Pri aktívnej adaptácii si jedinec upravuje a prispôsobuje okolité podmienky svojim potrebám. Pri pasívnej adaptácii sa naopak, sám človek prispôsobuje podmienkam okolia.

Človek, ktorý nezvládol úspešne proces adaptácie prežíva predovšetkým negatívne city a to sa môže prejaviť v zhoršenom zdravotnom stave, citovej labilita a v celkovom pociťovaní životnej nespokojnosti. K najväčším rizikám zlyhania adaptácie zaraďuje Hegyi (In Bartošovič, 2006, s. 51)

- psychické riziká
- biologické riziká
- sociálne riziká

K psychickým rizikám uvádza napr. duševnú chorobu a pasívny postoj k životu. K biologickým rizikám vysoký vek, ťažkú chorobu, imobilitu, inkontinenciu a k tzv. prídavným biologickým rizikám uvádza napr. hypertenziu, fajčenie, obezitu. K sociálnym rizikám zaraďuje stratu sebestačnosti, hrozbu vzniku odkázanosti, osamelosť, stratu partnera, život v izolácii, nízky príjem, hrozbu inštitucionalizácie, zmenu bydliska a životného štýlu, zrušenie platných hodnôt a stratu programu.

Pri adaptačnom procese je potrebné spomenúť teóriu krízy, ktorú v roku 1977 predstavila Aquilera & Messick, a ktorá hovorí o rovnováhe človeka. (Berghoff, 2002) Zimbardo (In Berghof, 2002) uvádza pri období vysokej staroby krízu: ja – integrita verzus beznádej (zúfalstvo). Z tejto krízy je možné neprimerané riešenie a to pociťovanie márnosti a sklamaní a primerané riešenie pociťovanie plnosti a základnej spokojnosti so životom.

Adaptačný proces sa má končiť adaptovanosťou. *Adaptovanosť* vyjadruje podľa Veselej, Veselej (2011) najskôr priebežnú úroveň vyrovnania sa s podmienkami meniaceho sa prostredia (napr. počiatočná adaptovanosť), a potom nasleduje dosiahnutý výsledok celého procesu (čiastočnú, alebo úplnú adaptovanosť.) Ak hovoríme o adaptácii, tak sa niekedy dostaneme aj k pojmu socializácia. Aj keď neexistujú ostré hranice medzi socializáciou a adaptáciou, podľa uvedených autoriek predsa existujú rozdiely:

- Socializácia je procesom celoživotným, sociálna adaptácia je skôr procesom krátkodobým, spojeným s konkrétnou situáciou v živote človeka.

- Socializácia je funkciou pôsobenia spoločnosti na jedinca, sociálna adaptácia je funkciou aktívneho vyrovnávania sa jedinca s pôsobením spoločnosti.
- V procese socializácie si človek vzorce konania osvojuje, v procese sociálnej adaptácie ich skôr využíva.
- V procese sociálnej adaptácie je človek výrazne aktívnejší, vyberavejší.

Podľa Janečkovej (2005) je dôležité, aby nový klient hneď od začiatku dostal svojho „kľúčového pracovníka“, osobu, ktorá mu bude v celom zariadení najbližšie, na ktorú sa s dôverou môže obrátiť, ktorá sa mu bude venovať. Zvlášť na počiatku pobytu je potrebná maximálna pozornosť. Spolu s príchodom nového klienta do zariadenia by sa mal tvoriť adaptačný plán ako súčasť individuálneho rozvojového plánu. Je potrebné, aby nový obyvateľ dostal dostatok informácií o prostredí, kde bude žiť, aby bol podporený v nadviazaní nových priateľských a susedských kontaktov, aby získal členstvo v rôznych skupinách a aby dostal príležitosť vykonávať aktivity, ktoré mu pripadajú zmysluplné. V tomto procese môže veľmi účinne pomôcť rodina, priatelia, susedia z pôvodného bydliska, ktorí môžu prinášať informácie, predmety, spomienky a prepojiť tak úspešne to, čo bolo, s tým, čo je dnes. Záujem o rodinu zo strany inštitúcie jej pomáha vyrovnať sa so skutočnosťou, že sami starostlivosť o staršieho člena rodiny nezvládli a udržať ich záujem a spoluprácu. Potrebné je pripomenúť, že inštitúcia nezabúva na rodinu zodpovednosti za starostlivosť o príbuzného. Príchodom do zariadenia nekončia rodinné vzťahy ani povinnosti detí voči svojim rodičom. Rodinní príslušníci pomáhajú s úpravou prostredia (staré fotografie, predmety, kniha spomienok a pod.), trávajú voľný čas so starším členom svojej rodiny v zariadení aj mimo neho.

Podľa Mühlpachra (2008) patrí k najzávažnejším rizikám dlhodobej starostlivosti v zariadení tzv. *hospitalizmus*. Ide o stav dobrej adaptácie na umelé ústavné podmienky, sprevádzané znižujúcou sa schopnosťou adaptácie na neústavný život. V ústave má klient úplné zaopatrenie, o to ťažšia je adaptácia na prirodzené prostredie. Jednou z hlavných úloh sociálneho pracovníka by malo byť optimalizovať priebeh adaptácie klienta na nové prostredie.

Významnú skupinu starých ľudí tvoria dlhodobo chorí. Od prelomu sedemdesiatych a osemdesiatych rokov 20. storočia dochádza k transformácii starostlivosti o seniorov a k organizácii sociálnych služieb. Oproti tradičnému

prístupu s dôrazom na ústavnú (inštitucionálnu) starostlivosť je podľa Kroutilovej - Novákovej (2011) požadovaná predovšetkým:

- *Demedicinácia chronických stavov*: scivilnenie“ života chorého (zvlášť v ústavnej starostlivosti) a zvýšenie kvality života chorého.
- *Deinštitucionalizácia*: nahradenie starostlivosti terénnou, úpravou prostredia s odstránením hendikepujúcich situácií, v ústavoch prirodzené prostredie umožňujúce súkromie, rozvoj domácej starostlivosti, opatrovateľskej služby, osobnej asistencie, chráneného autonómneho bývania, tiesňovej starostlivosti, hospicovej starostlivosti, ergoterapie, fyzioterapie, terénnej sociálnej práce, zdravotnej sociálnej starostlivosti atď.
- *Desektorializácia*: prelomenie bariér medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnou, ústavnou a terénnou, profesijnou a laickou, predpokladom je koordinácia starostlivosti, tzv. case management, a cieľom je ucelený zdravotno-sociálny systém.
- *Deprofesionalizácia*: postaviť starostlivosť na laikoch s dôrazom na rodinnú, susedskú a dobrovoľnícku starostlivosť, súčasťou je ponuka tzv. odľahčovacích služieb pre opatrovateľské rodiny.

Inštitucionalizácia sama o sebe zohráva podľa Bartošoviča (2006) aj výrazne negatívnu úlohu. Jednotlivci stále viac podliehajú anonymite, uniformite a inercii inštitucionálneho života. Obyvatel' sa stáva pasívnym, stráca svoju identitu a mení sa na súčasť inštitúcie. Závažnosť a riziko inštitucionalizácie spočíva predovšetkým v:

- zmene prostredia, prerušenie existujúcich kontaktov,
- ohrození alebo strate autonómie a súkromia,
- zmene sebahodnotenia a strate životnej perspektívy, sebarealizácie,
- strate alebo obmedzení hlbších kontaktov s vonkajším svetom,
- deprivácii zmyslových vnemov, podnetov, kontaktov, komunikácie,
- nevhodnom správaní a konaní personálu alebo spolubývajúcich.

Sociálna adaptácia je proces, pri ktorom sa jedinec začleňuje do štruktúry sociálnych vzťahov v rámci skupiny i do širšieho sociálneho prostredia. Ak sa preukáže u starého človeka nutnosť presťahovania sa do niektorého zo zariadení sociálnych služieb, musíme mu pomôcť nastaviť sa na úplne nové okolie a nový rytmus dňa. To sa najprv ukáže ako ťažké bremeno. Nič na tom nezmení ani skutočnosť, že presťahovaniu predchádzalo

už dlho premyslené rozhodnutie. Toto rozhodnutie sa totiž zo psychologického hľadiska považuje ako osobnou situáciou vynútené rozhodnutie.

Do procesu adaptácie na domov dôchodcov (dnes zariadenie pre seniorov, alebo Domov sociálnych služieb) vstupujú podľa Guráňa (In Bartošovič, 2006) rôznou váhou aj pomerom:

1. subjektívne činitele (tzv. individuálne životné histórie), ktoré tvoria komplex sociálnych, rodinných a osobnostných charakteristík:
 - sociálne (typ predchádzajúcej práce, miesto bývania)
 - rodinné (počet a návštevy detí, odchody na víkend)
 - osobnostné (otvorenosť, komunikatívnosť, religiozita)
2. objektívne činitele (informovanosť o zariadení, sociálna klíma, zdravotná starostlivosť, možnosť aktivít...)

Pri adaptácii je dôležité počúvanie klienta, ktorý vyjadruje svoje požiadavky, potreby a túžby. Sollárová (2005) odporúča empatické počúvanie, ktoré nehodnotí. Sociálny pracovník vidí vyjadrenú myšlienku a postoj z hľadiska toho druhého, cíti, ako, to cíti on, dosahuje jeho referenčný rámec vo veci, o ktorej klient rozpráva. Je to najúčinnější prostriedok na dosiahnutie zmeny základnej štruktúry osobnosti jednotlivca a na zlepšenie jeho vzťahov a komunikácie s ostatnými ľuďmi.

Podľa nás by si mal sociálny pracovník nájsť dostatok času na vyššie uvedené empatické počúvanie. Empatické počúvanie mu pomôže spoznať skutočné príčiny problémov v adaptácii klienta.

5.3 Syndróm EAN v kontexte ageizmu

Výraz *ageizmus* je uplatňovanie stereotypov voči inej osobe, je to diskriminácia niekoho z dôvodu jeho veku. Ide pritom často o porušovania práv starších mužov a žien. Jedným z najhorších prejavov takéhoto porušovania je *elder abuse*, ktoré sa dá do slovenčiny preložiť v najširšom význame viacerými výrazmi ako týranie, zneužívanie alebo zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi. V niektorých krajinách (napr. Juhoafrická republika) sa od *abuse* výraznejšie rozlišuje anglický pojem *mistreatment*, ktorým sa rozumejú verbálne ataky, zanedbávanie, finančné zneužívanie a pod. Od *abuse* v užšom význame slova ako fyzického, psychického a sexuálneho násilia a sociálno-ekonomického zneužívania sa dá rozlíšiť aj anglický výraz *neglect*, teda zanedbanie alebo zanedbávanie. Myslí sa ním najmä opomenutie povinností, ktoré majú voči osobám vyššieho veku rodinní príslušníci a pracovníci pomáhajúcich profesií,

v ktorých starostlivosti sa seniori nachádzajú. V anglickej terminológii sa v súčasnosti najčastejšie uvádza spojenie „elder abuse and neglect“, ktorého akronymom je EAN (obdobne ako známy CAN syndróm).

Svetová zdravotnícka organizácia prevzala definovanie „elder abuse and neglect“ od britskej organizácie *Action on Elder Abuse* (AEA), ktorá sa týmto špecifickým sociálno-patologickým javom zaoberá od roku 1993. Ním sa chápe *„každé jednotlivé alebo opakované konanie alebo zanedbanie primeraného konania spôsobujúce poškodenie alebo ohrozenie staršej osoby vyskytujúce sa v akomkoľvek vzťahu, v ktorom sa predpokladá dôvera“*. Gasperová (2008, s. 26) upozorňuje na problém, ktorý ťaží predovšetkým postkomunistické krajiny, kde sa ešte tradične silne zachováva rodinný krb, neraz aj násilu. Deti napríklad pociťujú nátlak rodičov: „Vy sa o mňa musíte postarať. Ja si to zaslúžim. Očakávam to od vás, veď som vás vychoval/a.“ Násilné formy vynútenia opatery však prinášajú so sebou kontroverzné a nežiaduce následky. Jedným z nich je skrytá nenávisť dieťaťa, ktoré sa musí o rodiča, rodičov postarať, hoci nie z vlastného presvedčenia, dokonca cíti voči nim averziu. Niekde táto skrytá nenávisť vyústi až do otvorenej nenávisti a na rad prichádza násilie v rodinách.

Týranie seniorov v domácom prostredí môže mať rozličné formy. Podobne ako u ostatných podôb domáceho násilia, môže ísť o fyzické násilie, psychické (emocionálne), sexuálne, ekonomické (finančné), sociálne násilie alebo ide o úmyselné či neúmyselné zanedbávanie. Špecifické podoby fyzického násilia na senioroch sú napríklad obmedzovanie slobody pohybu, odopieranie zdravotníckych pomôcok, nesprávne alebo neoprávnené podávanie liekov (napr. na upokojenie). Z psychických foriem sa okrem bežne používaných nadávok, ponižovania (zvlášť rečami o ich nepotrebnosti a neschopnosti), pomerne často vyskytuje vyhrážanie opustením, či umiestnením do ústavu. Aj keď sa sexuálne násilie voči osobám vyššieho veku vyskytuje menej často, ekonomické násilie vykazuje zvýšenú mieru. Patrí sem odoberanie alebo neoprávnené užívanie financií zo starobného dôchodku, nútenie k fyzickým darom, k zmenám závetu v prospech danej osoby, či prevod majetku pod nátlakom. Do sociálneho násilia patrí najmä sociálne izolovanie, obmedzovanie pohybu a sociálnych kontaktov. Zanedbávaním sa rozumie napríklad neposkytovanie potrebnej pomoci v bežnom živote, akými sú nedostatočná hygienická starostlivosť, či odopieranie jedla, nápojov, liekov, šiat a pod. U osôb pripútaných na lôžko sa pri nedostatočnej starostlivosti objavuje výskyt dekubitov (Mátel, 2012).

5.3.1 Rizikové faktory EAN

Akákoľvek forma týrania, zneužívania, zlého zaobchádzania a zanedbávania starostlivosti o starých ľudí veľmi úzko súvisí so stratou rešpektu a úcty k nim v spoločnosti. K dôležitým rizikovým faktorom patria podľa dokumentu EESC (2008) kvalita vzťahu pred začatím opatrovania, závislosť na návykových látkach, psychické poruchy pomáhajúceho pracovníka, ale aj agresívne správanie samotných opatrovaných osôb. Svetová zdravotnícka organizácia na základe mnohých výskumov uvádza viacero rizikových faktorov ležiacich v štyroch základných oblastiach, ktoré vzájomne spolupôsobia a môžu mať kumulatívny efekt (Krug a kol., 2002).

Individuálne faktory	Faktory vzťahu	Faktory komunity	Spoločenské faktory
▪ poruchy osobnosti agresora ▪ nadmerné pitie alkoholu a iné látkové závislosti agresora ▪ finančné problémy ▪ kognitívne a psychické poškodenia seniora ▪ slabomysel'-nosť seniora ▪ veľmi vysoký vek seniora	▪ nadmerná záťaž a stres osôb poskytujúcich starostlivosť ▪ závislosť seniora na inej osobe a naopak ▪ násilné správanie seniora môže byť spúšťačom pre opatrovateľov ▪ dlhodobé nezhody a narušené vzťahy ▪ spoločné bývanie	▪ sociálna izolácia seniorov ▪ narušenie až rozklad rodinných medzi-generačných pút ▪ strata tradičných rolí seniorov v rodinách ▪ strata úcty a rešpektu voči starým ľuďom	▪ marginalizácia seniorov v spoločnosti ▪ kultúrne normy: ▪ ageizmus, sexizmus, ▪ kultúra ▪ násilia ▪ slabá intervencia spoločnosti v prospech seniorov

Tabuľka 4 Faktory zvyšovania rizika násilia voči seniorom (Krug a kol., 2002)

Zlé zaobchádzanie so seniormi v domácom prostredí je vysoko latentné. Jeho skrytosť sa odvíja od viacerých faktorov. Na makroúrovni doposiaľ jestvuje istá – v niektorých krajinách pomerne vysoká – miera tolerancie spoločnosti voči konaniu, ktoré sa odohráva za dverami domácností (o čom svedčia výroky typu: „Čo sa doma upečie, to sa doma zje... Je to ich vlastný problém, nemiešajme sa do toho...“). Popri tom býva nedostatočná legislatívna ochrana obetí, deficitom je aj absencia podporných služieb pomoci, krízových liniek dôvery, resp. slabá informovanosť o tých službách, ktoré jestvujú. Vzhľadom na takéto nedostatky si ohrozené osoby oprávnené kladú otázky typu: „A čo bude ďalej, ak to oznámim? Kto a kde mi poskytne pomoc? Zmení sa potom niečo? Nezhorší sa moja situácia ešte viac?“ Často majú strach z pomsty, hanbia sa za to, ako vychovali deti, či vnukov, ktorí im ubližujú. Z hľadiska

mikroúrovne je potrebné uvedomiť si ambivalentnosť vzťahu, kde je osoba vyššieho veku na jednej strane na pomoc inej osoby odkázaná a závislá – táto je nezriedka jediným zdrojom spoločenského styku, – na druhej strane je jej ubližované práve ňou. Osobu, ktorá jej ubližuje, môže mať v zásade rada, čo je zosilnené, ak sa jedná o deti, vnukov a pod. Akékoľvek zlé zaobchádzanie bude ospravedlňovať osobitými okolnosťami. Vinu násilnej osoby je schopná preniesť celkom na seba (Mátel, 2012).

5.3.2 Prevencia EAN syndrómu

Vo všetkých pomáhajúcich profesiách platí pravidlo, že prevencia sociálno-patologických javov je lepším riešením než intervencia nasledujúca po ich výskyte. Najúčinnnejšie preventívne stratégie sú orientované systematicky a systémovo na všetkých úrovniach spoločnosti. Vzhľadom na týranie, zneužívanie, zlé zaobchádzanie a zanedbávanie seniorov je potrebná stratégia tzv. „nulovej tolerancie“.

Z hľadiska medzinárodnej komunity pojednáva o globálnej prevencii syndrómu EAN tzv. *Torontská deklarácia* (2002). Jej signatármi sú okrem dvoch kanadských univerzít aj WHO a Medzinárodná sieť pre prevenciu zlého zaobchádzania so starými ľuďmi (INPEA). Podľa nej a ďalších medzinárodných dokumentov (por. Krug a kol., 2002; WHO, 2002; EESC 2008) môžeme predstaviť predchádzanie EAN na všetkých úrovniach prevencie (Mátel, 2012).

PRIMÁRNA (UNIVERZÁLNA) prevencia. Predchádzanie akémukoľvek zlému zaobchádzaniu so seniormi je v súčasnosti záležitosťou každého občana. Širším kontextom tohto negatívneho javu je *ageizmu*, ktorým sú od 60. rokov 20. stor. označované stereotypné a generalizujúce názory na starých ľudí (hoci v širšom význame môže označovať akúkoľvek diskrimináciu na základe veku – angl. *age*). Títo sú podceňovaní, braní ako neužitoční – zvlášť s dôrazom na ekonomickú záťaž spoločnosti, prirovnávaní k deťom a pod. Jedným z najdôležitejších nástrojov prevencie ageizmu a EAN syndrómu je *vzdelávanie a výchova* zacielená na pozitívne prijímanie osôb vyššieho veku ako významných členov spoločnosti. Vzdelávanie môže byť nasmerované aj k utváraniu lepších medzigeneračných vzťahov so seniormi. V rámci primárnej prevencie by z inštitucionálneho hľadiska malo byť takéto vzdelávanie súčasťou vzdelávania na základných školách, resp. už v predškolských zariadeniach. Slovenský Parlament seniorov (In Fórum, 2012) odporúča organizovať a realizovať projekty na základných a stredných školách zamerané na medzigeneračnú spoluprácu. Okrem školy ústrednú rolu v súčasnej

spoločnosti zohrávajú *masmédiá*. Preto je nutné ich potenciál využívať pri odstraňovaní stereotypov o starých ľuďoch, prekonávaní rôznych tabu v spoločnosti a zvyšovaním povedomia verejnosti o pozitívnom prínose starších v rodine, komunite a spoločnosti. Dôležité je odtabuizovanie témy týrania seniorov sjednoznačným signálom, že takéto správanie je neakceptovateľné porušovanie ľudských práv i zákona. Vhodné je za týmto účelom organizovanie dlhodobějších informačných a osvetových kampaní.

Úspešná prevencia zlého zaobchádzania so starými ľuďmi bude v konečnom dôsledku možná len v kultúre, kde sa bude v spoločnosti systémovo pestovať medzigeneračná solidarita a odmietat' akékoľvek objavujúce sa násilie. Hetteš (2011, s. 21) v tejto súvislosti upozorňuje na *mainstreaming starnutia*, čím sa rozumie stratégia, proces a mnohostranné úsilie na začlenenie problematiky starnutia do všetkých oblastí a všetkých úrovní politiky. Konečným cieľom je dosiahnuť spravodlivejší rozvoj v rámci spoločnosti, z ktorého budú mať úžitok všetky sociálne skupiny. Úspešný *mainstreaming* znamená zahrnúť všetkých dôležitých aktérov do rozhodovania, aby sa zabezpečilo, že sa uspokojia potreby všetkých vekových skupín vo všetkých oblastiach politiky. Násilie nie je nikdy súkromnou záležitosťou, ale je narušením základných ľudských a občianskych práv, je vecou verejnou, kde spoločnosť musí zasiahnuť. Preto dôležitou súčasťou prevencie je *legislatívna opora*. Skutočnosť, že týranie seniorov je škodlivým sociálno-patologickým javom, dáva štát explicitne najavo najmä vhodnou legislatívou, ktorá dostatočne chráni obeť a postihuje páchateľov. Na Slovensku je dôležitou legislatívnou oporou trestný zákon, ako aj novelizovaný zákon o policajnom zbore z roku 2008 (rozšírený o inštitút vykázania). Platí však, že legislatíva musí byť nielen utvorená, ale aj uskutočňovaná a jej dodržiavanie pravidelne monitorované a kontrolované. Musí jestvovať zákonom chránená istota, že všetky oznámenia budú citlivo a účinne preskúmané a riešené. Preto považujeme za náležité pripomienky slovenského Parlamentu seniorov (In Fórum, 2012) ohľadom zvýšenia účinnosti a vykonateľnosti legislatívy, ako aj zabezpečenia rozšírenia ochrany týraných osôb predĺžením doby vykázania agresora z príbytku zo 48 hodín na dlhšiu a primeranejšiu dobu (štandardom v Rakúsku, Nemecku, ČR je minimálne 10 resp. 14 dní).

V sociálnej práci je jedným z najdôležitejších princípov tzv. *empowerment*, ktorým sa rozumie posilňovanie a zmocňovanie klientov. Vzhľadom na seniorov má *empowerment* za cieľ pomôcť seniorom konať pre svoj vlastný prospech v čo najväčšej miere, pokiaľ je to možné. Pre profesionálnych pracovníkov i členov rodiny to znamená neriešiť problémy

a nepreberať zodpovednosť za seniorov, ale akcentovať ich vlastné práva, možnosti a zodpovednosti, aby primárne oni konali pre svoj vlastný prospech. Zvlášť vo Švédsku tento princíp aplikujú mnohé inštitúcie a organizácie pracujúce so seniormi.

SEKUNDÁRNA (SELEKTÍVNA) prevencia obsahuje kroky zamerané na detekciu a diagnostiku EAN v ich ranom štádiu. Hlavným cieľom je včasne identifikovať zneužívanie a týranie a predchádzať tomu, aby sa zhoršovalo. Do tejto cieľovej skupiny patria starší ľudia, ktorí majú skúsenosti s počiatočným štádiom týrania a zneužívania.

Vzhľadom na osoby vyššieho veku, ktoré už zažívajú niektorú z foriem EAN syndrómu, resp. vzhľadom na rizikové faktory, je potrebné *zlepšenie informovanosti* práve tejto cieľovej skupiny. Toto by malo byť obsahovo cielene zamerané už na rozpoznávanie symptómov takéhoto násilia, jeho nepriaznivých dôsledkov, informovanie o právach obetí najmä je potrebné, aby seniori získali praktické informácie o spôsoboch pomoci (kontakty na linky dôvery, poradne, zariadenia sociálnych služieb, políciu a pod.).

Keďže do rizikových faktorov EAN patrí aj nadmerná záťaž a stres osôb poskytujúcich starostlivosť, treba systémovo zabezpečiť, aby rodinní príslušníci, vykonávajúci opateru starého a chorého človeka, mali dostatok informácií o symptómoch a vývoji nemoci a aby im bola poskytnutá náležitá podpora, vrátane školení a tréningov. Odbremenenie a podpora rodinných príslušníkov zabezpečujúcich opateru znamená, aby títo mali možnosť oddychu, pomoci ambulantných služieb, lekárskej pomoci. Je potrebné zabezpečiť, aby sa rodinní príslušníci mohli uvoľniť zo zamestnania z dôvodu poskytnutia starostlivosti bez toho, aby utrpeli ich záväzky v zamestnaní a aby sa to uplatňovalo z genderového hľadiska rovnako pre mužov aj ženy. Cieľom je zmierňovanie stresu z prípadnej 24 hodinovej opatery. Na Slovensku je podpornou sociálnou službou je tzv. *odľahčovacia služba* (por. § 54 zákona č. 448/2008 Z. z.).

V rámci sekundárnej prevencie je dôležité prioritne zabezpečiť dostatočné *školenia a tréningy* pre profesionálnych pracovníkov v pomáhajúcich profesiách, najmä pracovníkov v zdravotníctve, ošetrovatelstve, opatrovateľských službách a zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov, vrátane pracovníkov polície o tom, ako rozpoznať príznaky EAN a ako náležite na ne zareagovať. Primárna zdravotná starostlivosť zohráva zvlášť dôležitú rolu pri identifikovaní násilia, hoci často v nej zlyháva. Vyššie zmienené školenia a tréningy zdravotníckych pracovníkov môžu pomôcť

k včasnému rozpoznaníu znakov a symptómov zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi a poskytnutíu náležitej pomoci, vrátane distribúcie kďalším odborníkóm zo sociálnej práce, psychológie, prípadne aj polície. Mühlpachr (2004, s. 79) upozorňuje na nedostatočnosť a podceňovanie diagnostiky týrania. Navrhíuje prítom, aby pri konkrétnom podozrení na zneužívanie či násilie boli opatrne a v prítateľnom rozsahu kladené cielené otázky týkajúce sa možného týrania a úrovne domáceho zabezpečenia. Odporúčané sú napr. otázky typu: „Cítite sa doma bezpečne? Neublížiíue vám doma niekto? Máte časté nezhody so svojimi príbuznými a susedmi? Čo sa pri takýchto nezhodách odohráva? Môžete pri takýchto nezhodách vychádzať z izby? Nemusíte potom dlho čakať na jedlo a lieky? Ako presne došlo k poraneniu? atď. Tieto by mali byť kladené v súkromí, bez prítomnosti iných osôb.

V procese včasného identifikovania zlého zaobchádzania so starými ľuďmi sú dôležité *telefonické linky pomoci*. Na Slovensku fungíue od roku 2008 bezplatná telefonická Senior linka, ktorú prevádzkíue Fórum pre pomoc starším (0800 172500). Prípady zlého zaobchádzania však nestačí len identifikovať. Na celonárodnej i regionálnej úrovni je dôležité utvorenie dostupných sociálnych služieb ako primeraná odpoveď a prevencia tohto problému. Potrebné je zabezpečiť, aby sociálne služby boli schopné poskytnúť miesta núdzového príjmu, utvárali podporné skupiny a poskytovali špecializované sociálne poradenstvo. V niektorých krajinách (Kanada, USA, Nemecko, Japonsko, Fínsko) boli zriadené špecializované zariadenia, resp. centrá zamerané na prevenciu a pomoc týraným senioróm. Napríklad v Japonsku od roku 1993 pracíue *Society for the Study of Elder Abuse* (SSEA), ktorá okrem výskumných aktivít poskytuje aj poradenstvo cez telefón, právne služby a komplexné sociálne služby v útulkoch.

Účinným preventívnym nástrojom vzhľadom na seniorov využívajúcich rezidenčialnu starostlivosť je vysoký štandard kvality sociálnych služieb (u nás najmä zariadení pre seniorov). Okrem nastavených vysokých štandardov kvality sociálnych služieb je dôležité, aby boli v jednotlivých krajinách utvorené účinné monitorovacie a inšpekčné služby s právomocou prijímať nápravné opatrenia. Z hľadiska komunitnej práce je dôležité zabezpečiť sieťovanie dostupných podporných služieb pomoci.

V rámci selektívnej prevencie je dôležitá citlivosť na *zraniteľnejšie podskupiny seniorov*. V každej spoločnosti jestvujú isté podskupiny starých ľudí, ktorí sú zraniteľnejší vzhľadom na zlé zaobchádzanie – ako sú veľmi starí ľudia (zvyčajne nad 80 rokov; prípadne u nás sedemdesiatnici, por. Fórum, 2012),

osoby s obmedzenou funkčnou kapacitou, ženy a chudobní ľudia. Z hľadiska komunitnej práce by osobitá pozornosť mala byť venovaná vidieckym a odľahlým oblastiam, kde sa starší ľudia môžu ocitnúť vo väčšom ohrození.

Do sekundárnej prevencie EAN patrí aj vytváranie *sociálnych sietí starých ľudí* v miestnych komunitách, obciach, mestských častiach a susedstvách, ako aj podpora *dobrovoľníctva*, a to nielen pre starších ľudí, ale aj zo strany samotných seniorov, ktorí sa môžu stať dobrovoľníkmi. Účinným nástrojom je pobádanie a výcvik starších osôb k službe pomoci iným seniorom, zvlášť s individuálnymi rizikovými faktormi EAN syndrómu. Sem patrí aj tzv. „buddy system“, ktorým sa rozumie proces, v ktorom dve osoby pracujú spolu takým spôsobom, že sú schopné navzájom sa monitorovať, chrániť a pomáhať si. Tento systém ochrany začali užívať príslušníci amerických vojenských jednotiek (napr. Air Force, „Battle Buddies“, „Shipmates“), ale neskôr sa osvedčil aj medzi školákmi, zvlášť pri spoločných školských výletoch. Nedávno sa začal tento spôsob vzájomnej ochrany a pomoci uplatňovať aj v rizikových skupinách seniorov, zvlášť tých, ktorí bývajú osamote, trpia Alzheimerovou chorobou či inou kognitívnou poruchou. „Priatelja“ (buddy) sa môžu vzájomne navštevovať, telefonovať si, povzbudzovať sa k aktivitám, či odpočívaniu, pripomínať užívanie liekov, pomôcť nakúpiť, sprevádzať sa pri návšteve lekára a pod. V krízových situáciách či nečakaných udalostiach napomáhajú k rýchlej a včasnej pomoci. V niektorých krajinách (najmä v USA a Kanade) jestvujú podporné telefónne linky slúžiace ako „buddy system“.

TERCIÁRNA (INDIKOVANÁ) prevencia obsahuje opatrenia a programy zamerané na zlepšenie života obetí a na poskytnutie nástrojov na predchádzanie tomu, aby sa stali v budúcnosti opäť obeťami. Medzi nástroje terciárnej prevencie patrí utváranie podporných a svojpomocných skupín pre seniorov, ktorí zažili týranie, zneužívanie a zlé zaobchádzanie. Dôležité je aj systematické monitorovanie a podporovanie tých osôb, ktoré boli v minulosti obeťami zneužívania a aj napriek zastaveniu priameho násillia patria do rizikovej skupiny. V rámci domáceho násillia patrí do indikovanej prevencie aj práca s páchatel'mi, najmä cez terapeutické programy. Tie sú určené na to, aby nabádali páchatel'ov k uznaniu chýb a prijatiu nenásillného vzorcu správania.

5.4 Kvalita života

Kvalitu života je odrazom subjektívneho prežívania a jeho životnej spokojnosti. Aj veľmi chorý človek môže mať subjektívny pocit vysokej kvality

života. Naopak relatívne zdravý, ale so svojím životom nespokojný človek môže mať pocit, že jeho život má nízku kvalitu. Všeobecne môžeme tento pojem chápať ako úroveň fyzických, psychických a sociálnych aktivít človeka vo vzťahu k jeho ekosystému. Týka sa naplnenia životných potrieb a spokojnosti v živote a vyjadruje mieru adaptácie chorého alebo postihnutého na jeho životnú situáciu (Kociová, 2003, s. 45). Mohli by sme tiež parafrázovať: *„Keď k nám prichádza klient po nejakú službu, predpokladáme, že prichádza jednoducho po samotnú službu. Čo zostáva až príliš často skryté mimo našej pozornosti, je skutočnosť, že ľudia prichádzajú s očakávaním – často zásadným – zmeny kvality života. Miera očakávanej zmeny je mnohokrát výrazne väčšia, ako sa dá rozumne očakávať.“* (Vavrda, In: Payne, 2005, s. 176). WHO definovala kvalitu života ako „vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy. Tento koncept je komplexným spôsobom ovplyvňovaný fyzickým zdravím a psychickým stavom človeka, úrovňou jeho nezávislosti vzťahmi k významným znakom prostredia“ (WHO, 1997).

Medzi najdôležitejšie faktory ovplyvňujúce kvalitu života ľudí odkázaných na sociálnu pomoc a sociálne služby, patrí:

- *zdravie* – akútne a chronické ochorenia a poruchy, zlý zdravotný stav a subjektívne ťažkosti,
- *osamelosť a izolácia* – absencia medzil'udských vzťahov vrátane vzťahov v rámci rodiny,
- *ekonomické podmienky* – nevhodné bývanie a nízky finančný príjem zhoršujú podmienky života človeka, zvyšujú riziko ochorení a znižujú jeho spokojnosť a kvalitu života.

Aj keď je zrejmé, že kvalita života má silné subjektívne prvky hodnotenia, jej zabezpečovanie v čo najvyššej možnej miere sa stalo jednou zo základných požiadaviek na kvalitu sociálnej služby. Nachádzame ju vyjadrenú taktiež v zákone o sociálnych službách. Subjektívna spokojnosť alebo nespokojnosť s pociťovanou kvalitou svojho vlastného, individuálneho života má významný dopad na celkové hodnotenie kvality služby zo strany klienta. Klient môže byť so sociálnou službou trvalo nespokojný navzdory tomu, že z objektívneho hľadiska spĺňa všetky zákonné a odborné požiadavky. Treba pri tom celkom jasne povedať, že klient má právo na nespokojnosť so svojou životnou situáciou bez ohľadu na objektivizované parametre kvality poskytovanej sociálnej služby. Logicky z toho ale vyplýva požiadavka

na odborný personál, aby našiel príčiny tejto individuálnej nespokojnosti a snažil sa ich vyriešiť.

Problém vnímanej kvality života má aj svoju druhú stránku. Starší človek môže byť so svojím stavom veľmi spokojný a to aj v situácii, keď sa mu poskytujú služby, ktoré nespĺňajú objektivizované požiadavky na kvalitu. Dokonca môže byť spokojný aj so službami, ktoré ho reálne ohrozujú.

5.5 Asertívna komunikácia

Komunikácia ako nástroj dorozumievania medzi ľuďmi zohráva nezastupiteľnú úlohu v každodennom živote ľudí, vrátane seniorov. Klincková (2008, In Mátel, Schavel a kol., 2013) uvádza nasledovné podmienky efektívnej komunikácie:

- *zrozumiteľnosť* – prejav má byť jednoznačný, pravdivý;
- *pripravenosť* – pripraviť sa na rozhovor tak, aby sme vedeli reagovať;
- *jednoduchosť* – nepodceňovať komunikanta, ale dôležité je, aby sme sa vyjadrovali nekomplikovane a dosiahli tak väčšie porozumenie;
- *aktívnosť* – prejav by mal byť dynamický, pútavý;
- *prirodzenosť* – bez teatrálnych prejavov, prejav by mal odrážať povahu človeka;
- *stručnosť* – vyjadrovať sa výstižne.

Predpokladom úspešnej verbálnej komunikácie je uplatňovanie aktívneho počúvania. Platí preň niekoľko zásad:

- vnímať a sledovať myšlienky, pointu a podstatu prejavu;
- reagovať preformulovaním, parafrázovaním, krátkym súhrnom toho, čo sme počuli;
- vnímať a sledovať citový prejav v spojitosti s obsahom hovoreného;
- reagovať empaticky, neverbálne, empatia je jednou z možností poznávania a pochopenia druhého človeka;
- neuvádzať svoje reflexie nasilu, neuvádzať príklady podobných pocitov zo svojho života;
- povzbudzovať klienta v komunikácii krátkymi podpornými otázkami.

Predpokladom úspešnej komunikácie je využitie asertívneho správania. Ide o schopnosť vyjadriť vlastné stanovisko, spontánne reagovať, primerane prejaviť svoje emócie, presadzovanie svojho oprávneného nároku tak, aby sme neporušili práva druhých. Asertívne sa správajúci človek presne a zreteľne povie o čo mu ide, čo si o probléme alebo situácii myslí, ako ju prežíva. Má

pozitívny postoj k druhým ľuďom a primerané sebavedomie. Asertívny človek presadzuje vlastné záujmy a vyhýba sa hádkam bez zraňovania druhých a s rešpektom k ich životným nárokom. Medzi základné asertívne práva, ktorými sa môže účastník komunikácie riadiť zaradujeme (In Mátel, Schavel a kol., 2013):

- mám právo posudzovať svoje vlastné správanie, myšlienky a city a byť za ne a ich dôsledky zodpovedný;
- mám právo neospravedlňovať sa a nevyhovárať sa za svoje správanie;
- mám právo posúdiť či a nakoľko som zodpovedný za riešenie problému iných;
- mám právo robiť chyby a byť za ne zodpovedný;
- mám právo zmeniť svoj názor;
- mám právo povedať „ja neviem“;
- mám právo byť nezávislý na dobrej vôli ostatných;
- mám právo robiť nelogické rozhodnutia;
- mám právo povedať „ja ti nerozumiem“;
- mám právo povedať „je mi to jedno“.

Pri uplatňovaní asertívneho správania je potrebné využívať techniky nácviku tohto správania, akými sú pokazená gramofónová platňa, otvorené dvere, negatívne presadzovanie sa a pod.

5.6 Dobrovoľníctvo ako nástroj aktívneho starnutia

Svetová zdravotnícka organizácia (2002) chápe aktívne starnutie ako proces, v ktorom sa optimalizujú možnosti zdravia, účasti a bezpečnosti s cieľom zvýšiť kvalitu života starnúcich ľudí. Aktívne starnutie umožňuje ľuďom realizovať svoj potenciál telesnej, spoločenskej a duševnej pohody počas celého života a zapájať sa do spoločnosti, pričom im poskytuje primeranú ochranu, bezpečnosť a starostlivosť vtedy, keď to potrebujú. Podporovanie aktívneho starnutia si teda vyžaduje viacrozmerný prístup, zodpovednosť a trvalú podporu všetkých generácií.

Jedným z dôležitých nástrojov aktívneho starnutia je dobrovoľníctvo. Ono patrí k potrebným formám sociálnej participácie pre ľudí, ktorí inak nie sú schopní byť aktívni v zamestnaní alebo pre ľudí, ktorí sú riadne zamestnaní a dobrovoľníctvo realizujú ako doplňujúcu činnosť. Dobrovoľníctvo posilňuje sociálnu inklúziu a participáciu založenú na individuálnom chápaní spoločenskej solidarity a chápaní ľudského života (Hetteš, 2011, s. 97).

Na Slovensku je dobrovoľníctvo upravené aj legislatívnou formou, zákonom č. 406/2011 Z. z. Dobrovoľníkom je podľa tohto zákona fyzická osoba, ktorá na základe svojho slobodného rozhodnutia bez nároku na odmenu vykonáva pre inú osobu s jej súhlasom v jej prospech alebo vo verejný prospech dobrovoľnícku činnosť založenú na svojej schopnosti, zručnosti alebo vedomosti a ak dobrovoľnícku činnosť vykonáva mimo svojich pracovných povinností, služobných povinností a študijných povinností vyplývajúcich jej zo zákona, z pracovnej zmluvy, zo služobnej zmluvy, zo študijného poriadku alebo z iného obdobného pre neho záväzného dokumentu. Dobrovoľník vykonáva dobrovoľnícku činnosť na základe zmluvy o dobrovoľníckej činnosti. Hoci dobrovoľníctvo sa robí bez nároku na odmenu, je možné materiálne zabezpečenie dobrovoľníka, ak bolo zmluvne dohodnuté. Patrí sem spôsob stravovania a ubytovania dobrovoľníka, spôsob dopravy alebo úhradu cestovných náhrad spojených s cestou na miesto výkonu dobrovoľníckej činnosti, príspevok na úhradu nevyhnutných výdavkov na miesto vykonávania dobrovoľníckej činnosti, alebo poskytnutie jednotného oblečenia alebo iného osobného vybavenia.

Dobrovoľníci vyššieho veku majú určité odlišné vlastnosti a ťažia z dobrovoľníctva iným spôsobom ako mladí ľudia. Ako príklad takýchto odlišných vlastností sa v literatúre uvádza fakt, že starší ľudia majú tendenciu byť motivovaní k dobrovoľníctvu z dôvodov služby komunite alebo obci, zatiaľ čo mladší ľudia sa skôr stávajú dobrovoľníkmi z dôvodov spojených s medziľudskými vzťahmi. To môže mať vplyv na spôsob vytvárania náborových kampaní pre organizácie, ktoré zapájajú dobrovoľníkov do rôznych aktivít. Príkladom rôznych výhod dobrovoľníctva sú výsledky nedávnej americkej štúdie, ktorá zistila, že formálne dobrovoľníctvo znižuje depresie u starších osôb (65+), ale nie nevyhnutne u mladších dobrovoľníkov (Musick, Wilson, 2003, In Pavelek, 2011).

Starší ľudia môžu vykonávať dobrovoľnícke aktivity v širšej škále oblastí a aj tam, kde to nie je tradičné. Zaradujeme sem podporu zdravia, komunitné vzdelávanie, sociálne zabezpečenie, ochranu detí, školstvo, sociálnu starostlivosť, prevenciu kriminality, kultúrne dedičstvo. Starší ľudia môžu tiež vykonávať širokú a rozmanitú škálu činností, podľa Rochestera a Hutchinsona (2002, In Pavelek, 2011) ide napríklad o nasledovné:

- priama práca s užívateľmi alebo príjemcami – poskytovanie poradenstva a informácií, poskytovanie starostlivosti, výučba a práca s mládežou;

- podporné roly vrátane poskytovania administratívnej a sekretárskej podpory;
- praktické úlohy ako je varenie a záhradkárstvo;
- vodcovstvo a manažérske činnosti ako sú koordinačné činnosti ďalších dobrovoľníkov;
- služba ako členovia výboru, rozvoj nových aktivít, styk s verejnosťou a angažovanie.

Dobrovoľníctvo nie je iba dobrý spôsob ako sa aktívne zapojiť do spoločenského života. Prispieva k udržaniu telesných a duševných funkcií, keďže podporuje fyzickú aktivitu a udržuje aktívnu myseľ (Hetteš, 2011, s. 101).

LITERATÚRA

BALOGOVÁ, B. 2009. *Seniori*. Prešov: Akcent Print, 158 s., ISBN 978-80-89295-18-0.

BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava: Charis, 156 s., ISBN 80-88743-63-X.

EESC. 2008. *Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru na tému „Zlé zaobchádzanie so starými ľuďmi“*. Ú.v. 2008/C 44/24, s. 109-114. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:044:0109:0114:SK:PDF> [cit. 2013-12-02].

FÓRUM PRE POMOC STARŠÍM. 2012. *Prieskum zneužívania a týrania starších ľudí*. Bratislava: FPMF, 29 s. Dostupné na internete: [http://www.forumseniorov.sk/Prieskum o zneuzivani starsich.doc](http://www.forumseniorov.sk/Prieskum%20o%20zneuzivani%20starsich.doc) [cit. 2013-11-16].

GASPEROVÁ, M. 2008. *Staroba vysoká škola viery*. Martin: Osveta, 186 s., ISBN 978-80-8063-271-7.

HETTEŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 192 s., ISBN 978-80-8132-031-6.

HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 182 s., ISBN 978-80-8063-282-3.

JANEČKOVÁ, H. 2005. *Sociální práce se staršími lidmi*. In: O. Matoušek (Ed.). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 163-194, ISBN 80-7367-002-X.

- KOCIOVÁ, K. 2003. *Fyzioterapia v geriatrici*. Martin: Osveta, 41 s, ISBN 80-8063-123-8.
- KRUG, E., DAHLBERG, L. a kol. 2002. *World report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 347 s., ISBN 978-92-4-154561-5.
- MÁTEL, A. 2012. *EAN syndróm v kontexte zmien súčasnej slovenskej rodiny a jeho prevencia*. In: Socialia. Rodina a sociálne patologické jevy. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 461-481, ISBN 978-80-7435-232-4.
- MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. a kol. 2013. *Teória a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2013. 446 s. ISBN 978-80-971445-1-7.
- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
- PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 629 s., ISBN 80-7254-657-0.
- PAVELEK, L. 2011. Dobrovoľníctvo starých ľudí. In: L. Radková (Ed.). *Dobrovoľníctvo a problémy súčasnej spoločnosti*. Trenčín: SpoSoIntE, s. 175 – 201, ISBN 978-80-89553-07-7.
- TOMEŠ, I. 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
- VESELÁ, J. – VESELÁ, P. K. 2011. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada, 198 s., ISBN 978-80-247-2792-9.
- WHO. 2002. *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: WHO, 2002. 4 s.
- WHO. 1997. *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO, 13 s.
- WHO / INPEA. 2002. *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO, 22 s.
- Zákon č. 406/2011 Z. z o dobrovoľníctve.
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

6 SOCIÁLNE SLUŽBY A PORADENSTVO PRE SENIOROV OHROZENÝCH SOCIÁLNOU PATOLÓGIOU

Ivan RÁC

Mladí ľudia modernej doby sú vzhode so všeobecným trendom zameraní na svoj úspech s dôrazom na osobnú kariéru. Sú zdraví a plní energie a celkom logicky o starobe neuvažujú. Je pre nich tak vzdialená, až neexistuje. Vo svojom okolí sa však stretávajú so seniormi a reagujú na nich ambivalentne. Väčšinou majú veľmi pekný vzťah ku „svojim“ seniorom, teda k vlastným babičkám a dedkom, ale ostatní, teda anonymní seniori, im väčšinou nejakým spôsobom „vadia“. Prejavy takých postojov sú pestré – od väčšinového prehliadania a podceňovania až po agresiu a to nielen slovnú, ale dokonca i fyzickú.

S pribúdajúcim vekom prirodzene klesá životná dynamika a to mu je potrebné prispôbiť i bežné denné aktivity. Aj napriek tomu, že seniori musia mnoho činností opustiť alebo obmedziť, nie je nevyhnutné, aby „hodili flintu do žita“, nakoľko im vždy zostávajú niektoré k dispozícii. V tejto súvislosti je možné porovnať súčasný trend, ktorého podstatou je zdôrazňovanie toho, čo môžu ešte robiť. Tí súčasní sú totižto väčšinou zvyknutí na zákazy, a to od lekárov, rodiny a priateľov. Prevencia pred pádom do rezignácie je možná vtedy, ak rodinní príslušníci a priatelia vyzvú „svojich“ seniorov k tomu, aby napríklad zostavili rodokmeň alebo napísali spomienky na mladosť, vojnu, dospelosť a pod. Tým by využili ich prirodzený sklon vracať sa do minulosti. V každom prípade by seniori mali pestovať radosť z maličkostí a ostatní by také denné radosti mali oceňovať (Haškovcová, 2012, s. 26).

Seniori taktiež čas od času a celkom logicky bilancujú, keď posudzujú svoje životné zisky a straty. Takéto počínanie má vplyv nielen na prítomnosť, ale taktiež na bezprostrednú budúcnosť. Všeobecne sa má za to, že nesmieme seniorov zásobovať svojimi názormi, ale pomôcť im, aby si vytvorili svoj vlastný a dokázali mať realistický pohľad na to, ako žili v minulosti. Bilancovanie je možné nepochybne charakterizovať taktiež ako existenciálnu krízu, v ktorej seniori niekedy pociťujú značné duševné pohnutie, vyplývajúce z poznania, že určité životné šance zostanú už navždy premárnené. Niektoré straty v oblasti medziludských vzťahov je možné však „nahradiť“, keď pomôžeme seniorovi tieto vzťahy obnoviť. Nemali by sme zabúdať, že bolestne bývajú prežívané aktuálne straty, či už ide o ovdovenie, alebo smrť priateľov

a známych. Najmä smrť rovesníkov pripomína každému seniorovi, že „už je na rade“.

Starnutie a staroba

Starnutie a staroba je prirodzenou poslednou etapou ľudského života. Starnutie sa týka všetkých oblastí – somatickej, psychickej a sociálnej. Každý starnúci a starý človek je členom spoločenstva. Spoločnosť má prijímať starobu ako prirodzenú realitu a starú subpopuláciu ako svoju neoddeliteľnú súčasť. Starých ľudí je potrebné integrovať a nie segregovať. Starý človek je vystavený pôsobeniu niektorých nepriaznivých psycho-sociálnych a zdravotných problémov. Psycho-sociálnu zložku nebezpečenstva predstavuje napríklad zmena životného štýlu po odchode do dôchodku, ovdovenie, sociálna izolácia, konflikty v rodine, nízka miera adaptácie na záťaž, odkázanosť na pomoc blízkych a pod. Psycho-sociálna zložka je vždy spojená so zložkou zdravotnou, ktorá urýchlí starnutie, spôsobuje telesný hendikep, zhoršuje stav choroby a vyvoláva závažné komplikácie (Filipová In Draganová, 2006, s. 120).

Starý človek býva charakterizovaný svojou príslušnosťou k vekovej skupine definovanej dosiahnutím 60., resp. 65. rokov. Je spojovaný so sociálnym statusom dôchodcu, je považovaný za neaktívneho či neproduktívneho a predpokladané sú i zdravotné charakteristiky spojené s involúciou – stratou funkčných schopností, postupnou stratou sebestačnosti. Takýto je stereotypný pohľad na starobu, ktorý poníma starých ľudí ako homogénnu skupinu bez individuálnych rozdielov, ktorá je pre spoločnosť skôr záťažou, pretože odčerpáva významnú časť spoločenských zdrojov na financovanie dôchodcov a na pokrytie nákladov zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ide o pohľad postrádajúci snahu nájsť pozitívne hodnoty starnutia a zaznamenať významnú úlohu veľkého počtu seniorov, ktorí prospievajú spoločnosti svojou prácou alebo naplňujú svoj čas iným zmysluplným alternatívnym programom (Matoušek a kol., 2005, s. 163).

Súhrnne možno konštatovať, že starnutie je špecifický biologický proces charakterizovaný tým, že je dlhodobý, kódovaný, nezvratný, neopakuje sa. Má rozličný charakter, nezanecháva trvalé stopy, jeho rozvoj sa riadi druhovo špecifickým časovým zákonom a podlieha formálnym vplyvom prostredia (Hrozenská, 2008). Kalvach (2006, s. 11, In Hrozenská, 2008) charakterizuje šesť úrovní funkčnej zdatnosti a rôznych potrieb:

- Elitní seniory – zvládajú mimoriadnu záťaž nedostupnú väčšine mladších ľudí dôkazom toho, že aj vo vyššom veku môže byť človek v dobrej fyzickej a psychickej kondícii;
- Zdatní seniory – pravidelne sa venujú náročnejším pohybovým aktivitám, udržiavajú veľmi dobrú kondíciu, vyžadujú hlavne vytvorenie podmienok pre svoje aktivity;
- Nezávislí seniory – zvládajú bežnú dennú záťaž, nepotrebujú pomoc rodiny ani špecializované služby, ale majú pomerne slabú kondíciu, sú bez funkčných rezerv, čo sa môže prejaviť v záťažových situáciách;
- Krehkí seniory – majú problémy so zvládaním náročnejších činností bežného života (varenie, nakupovanie, upratovanie a pod.). Častejšie u nich hrozí dekompenzácia zdravotného a funkčného stavu. Títo ľudia obvykle potrebujú rodinnú, susedskú, či opatrovateľskú pomoc.
- Závislí seniory – majú problémy aj so základnými dennými aktivitami (pri jedle, vykonávaní hygieny, pohybe), potrebujú priebežnú podporu rodiny alebo opatrovateľskú službu, často vyžadujú trvalú inštitucionálnu starostlivosť (domov dôchodcov, liečebňa pre dlhodobých chorých);
- Úplne závislí seniory – sú zvyčajne trvalo pripútaní na lôžko, vyžadujú trvalú asistenciu, ošetrovanie a starostlivosť. Patria sem aj osoby s pokročilým syndrómom demencie a so závažnými poruchami duševných schopností. Väčšina týchto klientov je umiestnená v rezidenčných zariadeniach.

Proces starnutia človeka sprevádzajú viaceré maladaptačné problémy, ktoré sa vzťahujú predovšetkým na novovznikajúce socio-kultúrne, ekonomické a existenčné podmienky života. Bromley (1974 In Határ, 2011, s. 41) sa zdieľa o nasledovných stratégiách adaptácie, resp. modeloch adjustácie na seniorský vek:

- Konstruktívna stratégia – človek je aktívny, prežíva radosť z každodenného života, má dobré vzťahy so svojim okolím, venuje sa naplno svojim záujmom a je relatívne vyrovnaný s blížiacim sa koncom svojho života.
- Stratégia závislosti – človek má sklon k pasivite, stáva sa závislý od iných, zodpovednosť prenecháva taktiež na iných a uzaviera sa do súkromia.
- Stratégia obranná – človek sa stáva hyperaktívnym za účelom zabudnutia na svoje problémy a blížiaci sa koniec svojho života, v plnej

miere sa usiluje o dodržiavanie spoločenských konvencií s výrazným prejavom pedantérie.

- Stratégia hostility – človek prejavuje negatívny postoj k iným ľuďom, ktorých obviňuje aj za svoje vlastné ťažkosti, býva podozrievavý a často sa sťažuje.
- Stratégia sebanenávisti – človek sa obviňuje za neúspešne prežitý život a v smrti vidí vykúpenie zo svojich problémov.

Starnutie nie je iba biologický jav, je spojený so zmenou spôsobu života, so zmenou stravovacích návykov, spôsobov odievania, súvisí i so zmenou nadobúdania finančných prostriedkov, s hľadaním si nového miesta v živote, s osvojovaním si novej sociálnej roly v rodine, vo verejnosti, vo svete práce, v oblasti medziludských vzťahov. Starnutie býva spravidla spojené s nasledujúcimi javmi (Ondrejko, 2008, s. 17):

- Odchod do dôchodku, ktorý si vyžaduje finančné a spoločenské prispôsobenie, prekonávanie zaužívaných stereotypov, pracovných návykov, zmenu spôsobu využívania času, vzniku novej každodennosti.
- Prestťahovanie spojené so zmenou priestorových nárokov, nárokov na prístupnosť k bytu, obslužným a sociálnym zariadeniam, obchodnej sieti a pod.
- Zvýšená závislosť od druhých, neraz spojená so zmenou mobilnosti.
- Špecifické psychické javy ako napríklad **Lazarov syndróm** (ide o psychický a fyzický stav ľudí, ktorí prežili svoju klinickú smrť. Sú stigmatizovaní chronickým strachom a depresiami, trpia desivými snami a pocitom, že sa líšia od ostatných. Boja sa samoty, niekedy sa u nich prejavuje telesná nemohúcnosť. Prejavuje sa aj u zdravých ľudí, býva spojený s prehodnocovaním hodnôt. **Proustov syndróm** (predstavuje predovšetkým sociálne, ale aj psychické dôsledky prežitku cudzej smrti, spravidla blízkej osoby, prípadne človeka, ktorý sa tešil všeobecnej úcte. Človek býva otrasený faktom vlastného starnutia, prípadne ochorenia a umierania. Súvisí s empatiou, vcitovaním sa do vnútorného stavu umierajúcej osoby), tanatománia a tanatofóbia a iné.

Hegy (2001) zaraďuje medzi najčastejšie problémy seniorov:

1. Dysfunkciu rodiny – rodina nechce, nemôže, nevie zabezpečiť komplexnú starostlivosť o seniora.
2. Sociálnu izoláciu – vyradenie jedinca zo spoločnosti (dobrovoľné alebo nútené) v dôsledku psycho-sociálnych faktorov ako je strata

spoločenskej úlohy a prestíže, pocit nepotrebnosti, nepripravenosť na starnutie, chudoba, osamelosť, poruchy správania, sociálna deprivácia.

3. Násilie na senioroch – ide o *zneužívanie* kedy sa vyžaduje od neho viac fyzickej, psychickej a ekonomickej podpory ako je schopný zdravotne a ekonomicky poskytnúť. Je to tiež *zanedbávanie*, deficit v citových vzťahov, nedostatok podpory, starostlivosti a prejavov rodinnej súdržnosti, *týranie*, t.j. nátlak, snaha o inštitucionalizáciu a zbavenie svojprávnosti.
4. Sociálnoekonomický stres – narušenie osobnej identity, ale aj sociálnej existencie jedinca alebo skupiny, ohrozenie, obmedzenie a spochybnenie sociálnej kompetencie s následným možným vznikom adaptačného zlyhania.

6.1 Poradenstvo ako nástroj zvyšovania kvality života seniorov

Populáciu seniorov môžeme do istej miery chápať ako skupinu ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii, a to z dôvodu častejších zdravotných problémov a chorôb sprevádzajúcich vyšší vek, z dôvodu nižšieho finančného príjmu, mnohokrát obmedzenej mobility, či istej sociálnej izolácii.

Rozmanité osobnostné problémy a zlé interpersonálne vzťahy starších ľudí, ktorí sú svojvoľne alebo nedobrovoľne umiestňovaní do sociálnych zariadení, predstavujú akiste jeden z aktuálnych problémov súčasnej rezidenčialnej sociálnej praxe. Je nesporné, že vo vysokej miere ovplyvňujú aj samotný priebeh a výsledky edukačného procesu v predmetných zariadeniach. Hlavnou úlohou sociálneho poradcu, pracovníka je podľa Határa (2008, s. 66) optimalizovať a harmonizovať medziľudské, ale aj medzigeneračné vzťahy a následne vytvárať vhodné podmienky pre ich ďalšie pozitívne formovanie. Tento cieľ je možné dosiahnuť aj prostredníctvom *sociálneho, resp. edukačného gerontologického poradenstva*, ktoré sa opiera o poznatky z gerontológie, andragogiky, geragogiky, a iných. Globálne možno konštatovať, že jeho cieľom je zistiť rozsah a charakter problémov, príčinu ich vzniku a zároveň poskytnúť informácie o možnostiach riešenia ich problémov prevažne sociálnej alebo edukačnej povahy. Sociálne poradenstvo tiež usmerňuje klientov pri voľbe a uplatňovaní rôznych foriem a druhov sociálnej pomoci v zmysle platnej slovenskej nomenklatury z oblasti sociálnej sféry. Samotné poradenstvo pre seniorov spravidla nadobúda **preventívny** charakter, ktorého cieľom je predchádzať vzniku problémov na úrovni všeobecnej informovanosti, depistáže rizikových klientov a prevencie recidív a **kuratívny**

charakter, ktorého cieľom je riešenie už vzniknutých problémov (Határ, 2008, s. 68).

Osobitným druhom poradenskej pomoci seniorom je *gerontopsychologické poradenstvo*, ktoré je chápané ako pomoc zameraná na zlepšovanie kvality života starnúceho človeka, teda ako pomoc zameraná na čo najdlhšie uchovávanie dosiahnutých kompetencií, spomaľovanie involučných procesov, ako aj rozvíjanie tých oblastí života, ktoré sa môžu stať zdrojom radosti a harmónie. Machalová (2012, In Draganová, 2012, s. 39) vymedzuje nový druh poradenstva určeného pre seniorov a to tzv. **edukačné sociálne poradenstvo**. Ide o hraničnú oblasť poradenskej teórie a praxe, ktorej obsah tvoria sociálne podporné výchovno-vzdelávacie poradenské aktivity, ktoré sú adresované osobám v sociálnom ohrození, a to v dôsledku sociálnej udalosti či neúnosne zhoršených sociálnych životných podmienok. Autorka zároveň vymedzuje základné úlohy edukačného sociálneho poradenstva nasledovne:

- Poskytnúť poradenskú pomoc pri prevencii a zvládaní sociálneho problému.
- Poskytnúť možnosť poradenského vedenia k svojpomoci pri prevencii a zvládaní sociálneho problému.
- Motivovať klientov poradenstva k rozvoju ich psychického a sociálneho potenciálu.
- Podporiť transformáciu dispozícií dospelých na ich spôsobilosti myslieť, cítiť, hodnotiť a konať v sociálnom prostredí ako dospelá, zrelá osobnosť.

Edukačné poradenstvo môže mať rôzne formy. Pri ambulantnej forme prichádza klient za poradcom do špecializovaného pracoviska. Rezidičná forma poradenstva je poskytovaná v zariadení, v ktorom je klient umiestnený a nakoniec terénna forma poradenskej práce, pri ktorej poradca navštevuje klienta v jeho prirodzenom prostredí. Sociálne poradenstvo predstavuje pre seniorov jednu z možností zvyšovania kvality ich života. Výrazne vtedy, ak je obsah poradenského procesu napĺňaný edukačnými a rozvíjajúcimi aktivitami. Tie nielenže prispievajú k riešeniu samotného problému, ale v mnohých prípadoch seniora obohacujú i duchovne, sú zdrojom nových sociálnych vzťahov a kontaktov, sú zdrojom radosti a potešenia (Határ, 2013, s. 40).

6.1.1 Vybrané metódy sociálneho poradenstva pre seniorov

Poradenstvo pre starších ľudí sa zaoberá poskytovaním poradenstva pri riešení zdravotných, sociálnych problémov starších ľudí a ich vzdelávacích

a voľnočasových aktivít. Základným cieľom poradenstva pre starších ľudí je, aby žili fyzicky a duševne zdraví čo najdlhšie. Medzi najčastejšie používané metódy poradenstva pre seniorov patria (Hrozenská, 2009, s. 57-60):

- **Anamnestický rozhovor** – anamnéza slúži poradcovi na to, aby získal potrebné informácie o klientovi a jeho problémoch; uskutočňuje sa v prvej fáze kontaktu s klientom ešte pred širším rozhovorom o vlastnom probléme klienta.
- **Informácia** – klientovi často postačuje poradenská intervencia na úrovni informácie. Patria sem klienti, ktorých problém nie je možné riešiť v poradni, sú často distribuovaní do inštitúcie či zariadenia, ktoré sú kompetentné pri riešení uvedených problémov a disponujú účinnými prostriedkami pomoci.
- **Klarifikácia** – ide o proces, v rámci ktorého si klient a poradca objasňujú rôzne aspekty prezentovaného problému; podstatou je rozumová analýza problému alebo situácie.
- **Ventilácia** – pomáha klientovi zbaviť sa nahromadeného napätia, úzkosti, umožňuje mu hovoriť o ťažkostiach bez obáv zo zosmiešňovania, zhadzovania a nepochopenia – chce byť vypočutý.
- **Povzbudenie** – klienti prichádzajú do poradne s neistotou, v tenzii, nevedia, čo ich v poradni očakáva, je dôležité, aby poradca klienta povzbudil, ocenil to, že klient prišiel do poradne, uistil ho, že problém budú spolu v poradni riešiť.
- **Interpretácia** – je metódou dynamicky orientovaných poradenských systémov; v určitých fázach procesu prestáva byť poradca celkom pasívnym a aktívne dopĺňa chýbajúce súvislosti, ktoré doteraz zostávali v klientovi skryté.
- **Tréning** – jeho hlavnými zložkami sú učenie, opakovanie a nácvik; v poradenských programoch sa objavujú tréningy optimálnej komunikácie, zvládania konfliktov a asertivity.
- **Relaxačné techniky** – najznámejší je Schultzov autogénny tréning, ktorého jadrom je 6 cvičení nižšieho stupňa a to buď v polohe ležiacej na chrbte s vytretými nohami a rukami popri tele alebo odpočívajúceho Mexičana (flegmatické sedenie v kresle s hlavou opretou o okraj kresla).
- **Modelovanie** – môžeme ho zaradiť medzi činnostné metódy práce poradcu; poradca s klientom modeluje určité reálne situácie zo života.

6.1.2 Systém poskytovania pomoci seniorom v SR

Medzi základné úlohy starostlivosti o seniorov patrí (Draganová, 2006, s. 123):

- Posilňovať zdravie a pohodu starého človeka, predchádzať chorobám a nesebestačnosti, resp. ich zmierňovať.
- Pomáhať seniorov viesť plný a nezávislý život ako aktívnych a platných členov spoločenstva.
- Zabezpečiť kontinuitu medzi zdravotnými a sociálnymi službami s cieľom, aby starší človek zostal čo najdlhšie v domácom prostredí.
- Hospitalizovať a umiestňovať seniora v sociálnom zariadení iba vtedy, ak je to nevyhnutné.
- Garantovať, aby nedochádzalo k diskriminácii z dôvodu veku, pohlavia, náboženského presvedčenia, národnosti či miesta, kde práve žije.

Komunitná sociálna práca je ďalšou z možností ako vyjsť v ústrety starším ľuďom v ich prirodzenom prostredí a pomáhať im prežívať zmysluplný a pokojný život. Každý starší človek je členom sídelnej komunity a môže participovať na rozvoji komunity a kvalite svojho vlastného života prostredníctvom komunitnej práce, zároveň však môže byť členom cieľovej skupiny, ktorej venuje zvýšenú pozornosť komunitná sociálna práca pri riešení jej problémov a zabezpečovanie jej potrieb (Pavelová, 2008, s. 64). Z pohľadu komunitnej sociálnej práce predpokladáme možnosti využitia týchto jej modelov v práci so seniormi:

- komunitná starostlivosť – v tomto zmysle je nevyhnutné dbať na prevenciu chorôb, ktoré ovplyvňujú zdatnosť a navodzujú ťažkosti a snažiť sa o zachovanie telesnej zdatnosti a udržanie pohybovej aktivity.
- komunitné vzdelávanie – najznámejšie typy inštitúcií a programov edukácie starších ľudí v našich podmienkach predstavujú univerzity tretieho veku, akadémie tretieho veku, kluby dôchodcov. Medzi ne možno zaradiť aj edukačné aktivity verejných knižníc, programy zamerané na telesnú a pohybovú výchovu seniorov, tréningy pamäti.
- komunitné plánovanie – cieľom komunitného plánovania sociálnych služieb pre seniorov je posilňovať sociálnu súdržnosť komunity, podporovať sociálnu inklúziu a predchádzať sociálnej exklúzii jednotlivcov a skupín.

Sociálne služby pre seniorov

Strieženec (1999, s. 80) definuje sociálne služby ako činnosti, ktoré prispievajú k uspokojovaniu osobných alebo kolektívnych potrieb iným spôsobom ako prevodom vlastníctva materiálnych statkov. Cieľom organizovania sociálnej služby je zabezpečenie a ochrana sociálneho blaha, čiže určitej úrovne kvality života všetkých občanov.

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. definuje sociálnu službu ako odbornú činnosť, obslužnú činnosť alebo ďalšiu činnosť zameranú na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, podporu osoby a jeho začlenenie do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb, riešenie krízovej situácie a na prevenciu sociálneho vylúčenia.

Medzi sociálne služby pre osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek podľa zákona o sociálnych službách patria:

- Zariadenie podporného bývania;
- Zariadenie pre seniorov;
- Zariadenie opatrovateľskej služby;
- Rehabilitačné stredisko;
- Domov sociálnych služieb;
- Špecializované zariadenie;
- Denný stacionár;
- Opatrovateľská služba;
- Prepravná služba;
- Sprievodcovská služba a predčítateľská služba;
- Tlmočnícka služba;
- Osobná asistencia;
- Odl'ahčovacia služba;
- Denné centrum;
- Integračné centrum;
- Jedáleň;
- Práčovňa;
- Stredisko osobnej hygieny.

6.2 Zvyšovanie bezpečnosti seniorov pred páchaním kriminality

Starí ľudia sú v mnohých ohľadoch ohrození a znevýhodnení oproti mladšej generácii. Ich ohrozenosť je priamo úmerná zdravotnému a funkčnému stavu, priamo úmerná osamelosti, resp. sociálnej izolácii. Významnou oblasťou

zvýšenej ohrozenosti je osobná bezpečnosť. Seniori sú ohrození tak neúmyselnými nehodami a úrazmi, ako aj úmyselnou násilnou a inou trestnou činnosťou. Medzinárodné štatistiky naznačujú zvýšený počet zločinov páchaných na senioroch. Pre obeť to znamená nielen bezprostredné ohrozenie, ale mnoho seniorov má obavy za takýchto okolností opúšťať svoje obydlia. Je preto nevyhnutné vynakladať úsilie, aby si bezpečnostné orgány a seniori boli vedomí rozsahu a dopadov trestných činov páchaných na senioroch (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Stratou starších ľudí stráca spoločnosť bohatstvo, skúsenosti, vedomosti tvorivého potenciálu. V súčasnosti je postoj spoločnosti k starším ľuďom skôr negatívny. Staroba sa chápe ako obdobie chátrania, zníženej kompetencie. Starší ľudia predstavujú malý alebo žiadny prínos pre spoločnosť. V dôsledku toho dochádza k **diskriminácii** starších ľudí v spoločnosti. Praktickým vyústením diskriminácie je častokrát agresia, ktorý v mnohých prípadoch pramení v násilie, ktoré je na senioroch páchané.

Agresia je najčastejšie útočné správanie, ktoré obyčajne nastupuje ako reakcia na skutočné alebo iba zdанlivé ohrozenie vlastnej moci, najčastejšie ako prejav hnevu. Stretávame sa s ňou ako agresiou individuálnou, skupinovú, ale i masovou. Z hľadiska jednotlivca zistíme negatívny účinok agresie, ktorý sa prejavuje v ohrození individuálneho zdravia, nakoľko agresívne myšlienky, impulzy i samotné konanie môžu negatívne ovplyvňovať nervovú sústavu, vyvolávať tenziu, ustavičné napätie, strach, vyvolávať psychózu, následne ochorenie žalúdka, srdca a pod. Z hľadiska spoločnosti si prejavy agresie zasluhujú osobitnú pozornosť, lebo agresia dokáže ohroziť ľudské spolužitie, fungovanie sociálnych systémov, ba i samotnú existenciu ľudstva (v prípade konfliktov, ale aj individuálnej nezodpovednosti). Prejavuje sa evidentným spôsobom (bitie, trhanie, a pod.) alebo skryte (ohováranie, ponižovanie,...). Agresia môže mať rôznu podobu, rôzne príčiny i psychologické zadanie. V sociálnej psychológii je známe rôzne rozlišovanie typov a druhov agresie podľa viacerých kritérií. Z nich sa za najdôležitejšie považuje odlíšenie afektívnej a inštrumentálnej agresie (Rác, 2011).

Autorka Balogová (2009, s. 10-32) píše o nasledovných formách a prejavoch násilia nasmerovaného voči seniorom:

- Seniori ako objekt kriminality – patria sem tradičné trestné činy akými sú krádeže, lúpeže, podvody, únosy, vraždy. Zaraďujeme sem taktiež tzv. *maskovaný fenomén týrania a zneužívania seniorov*. Táto skupina trestných činov spôsobuje hmotnú alebo psychickú ujmu na ich zdraví,

celkovo zasahuje staršiu osobu tak v prirodzenom prostredí, ako aj v ústavnej starostlivosti.

- Syndróm týraných, zneužívaných a zanedbávaných seniorov – ide o označenie súbehu násilia, agresie, či aktívnej nedostatočnej starostlivosti. Ide o úmyselný a dlhotrvajúci akt zo strany zneužívateľa.
- Obťažovanie staršieho človeka – ide o dotieravé a opakované požadovanie vecí, peňazí, majetku, prípadne sexu od bezbrannej osoby. Obťažovanie patrí do kategórie psychického rodinného násilia. Hovoríme teda o emocionálnom, fyzickom a sexuálnom obťažovaní.
- Zanedbávanie seniorov – ide o skutok pozabudnutia alebo odmietnutia splnenia záväzku alebo povinnosti voči staršej osobe, ošetrovateľom, alebo inou osobou, poskytujúcou servis staršiemu človeku, od ktorej je tento závislý, v zmysle neadekvátneho opatrovania alebo služby potrebnej na zachovanie uspokojivého bytia staršej osoby. Rozlišujeme pasívne, aktívne a vlastné zanedbávanie (sebazanedbávanie).
- Vykorisťovanie seniorov – ide o sústavného využívanie svojho postavenia opatrovateľa, ošetrovateľa a pod. voči závislému jedincovi za účelom obohatenia sa. Hovoríme najmä o finančnom, majetkovom a fyzickom vykorisťovaní seniorov.
- Zneužívanie seniorov – ide o využitie svojho príbuzenského vzťahu alebo postavenia dôvernej osoby, resp. človeka majúceho dohľad nad seniorom, alebo politického vplyvu s cieľom vlastného obohatenia sa majetkom seniora, uprednostnenia priazni seniora pre seba, resp. získania moci prostredníctvom volebných hlasov seniorov.

6.2.1 Senior ako obeť kriminality

Kriminalita je spoločenský antisociálny jav, ktorý podlieha historickým zmenám a politickým názorom. Lipšic (2011, s. 7) uvádza, že za sledované roky 2007-2010 boli na Slovensku druhou najfrekvencovanejšou skupinou obetí v oblasti majetkovej kriminality osoby vyššieho veku – seniori nad 60 rokov, ktorí tvorili 10% všetkých obetí. V roku 2012 sa na Slovensku stalo obeťami trestných činov 1 653 osôb vo veku nad 60 rokov, z čoho bolo 754 mužov a 899 žien. Stali sa obeťami predovšetkým majetkovej a násilnej kriminality. V 36 prípadoch polícia riešila aj trestné skutky týrania blízkej a zverenej osoby.

V jednoduchom vyjadrení predstavuje „*súhrn rozmanitých trestných činov spáchaných na určitom území, za určité obdobie, určitými páchatelmi*“ (Turayová a kol., 1999, s. 9). Samotný pojem kriminality vychádza z *trestného činu*, ktorý je vymedzený v platnom trestnom práve, zákone. „*Kriminalita je*

taká forma deviantného správania, ktorá je v rozpore s normami uvedenými v trestnom zákone“ (Ondrejko, 1999, s. 61).

Viktimológia je vedná disciplína, ktorá upriamila pozornosť na problematiku obetí trestných činov. Vznikla v 50. rokoch 20. storočia, keď začala byť systematicky skúmaná. Za viktimológie zakladateľa považujeme izraelského advokáta Benjamína Mendelsohna. O konštituovanie viktimológie rozhodli najmä dve skutočnosti. Bezprostredným podnetom boli hrozné následky spôsobené vojnovými zločincami v priebehu 2. svetovej vojny mnohým obetiam. Ďalším impulzom bolo kritické poznanie, že trestné právo, spoločenské inštitúcie, ale i veda, vrátane kriminológie sa takmer vôbec nezaujímal o osud obetí trestných činov.

Pojem *viktima* - obeť je kľúčové slovo viktimológie. Patrí k bežnej slovnej zásobe a ako také je mnohovýznamové. V najširšom ponímaní sa za obeť považuje človek alebo skupina ľudí, ktorí utrpeli akúkoľvek ujmu spôsobenú trestným činom, ale aj napríklad vojnou, diskrimináciou alebo živelnými pohromami. V užšom vymedzení sú obeťou fyzické a právnické osoby, ktorým bola trestným činom spôsobená ujma na majetku, tele, cti alebo na iných právach. V najužšom poňatí je obeťou človek, ktorý utrpel trestným činom akúkoľvek ujmu (Turayová, 1999). Obete zločinov sú teda osoby, ktorým bola individuálne alebo kolektívne spôsobená škoda, t.j. ujma na ich základných právach konaním alebo opomenutím, ktoré je v rozpore s príslušnými trestnými zákonmi, vrátane zákonov zakazujúcich zneužitie moci. Na základe tejto definície môže uvažovať o nasledovnej typológii obetí:

1. obeť tradičných trestných činov – vražda, krádež, lúpež;
2. obeť nových a netradičných foriem trestnej činnosti – nezákonný obchod s narkotikami, organizovaná trestná činnosť;
3. obeť nezákonného zneužitia ekonomickej moci – porušenie noriem bezpečnosti práce, poškodzovanie spotrebiteľov.

Ezzat Fattah (In Lubelcová, 2009) vymedzil päť kategórií obetí:

- Nezúčastnená obeť – ktorá zapiera alebo prejavuje odpor voči činu a páchatelovi a nemá podiel na zapríčinení trestného činu.
- Latentná alebo predisponovaná obeť, ktorá disponuje povahovými črtami viktimizačne potencionálnymi viac než iní, má tendenciu stať sa viackrát obeťou toho istého trestného činu.
- Provokujúca obeť, ktorá páchatel'a provokuje, povzbudzuje alebo inak podporuje vznik situácie, ktorá vedie k deliktu.

- Zúčastnená obeť, spolupôsobí pri delikte zaujímaním pozitívneho postoja k nemu, delikt umožní, uľahčí alebo je na ňom inak angažovaná.
- Falošná obeť, ktorá je obeťou len na základe vlastného konania.

Viktímnosť seniorov, teda predpoklad, že sa stanú obeťou trestného činu, je daná predovšetkým ich menšou schopnosťou úniku a obrany, osamelosťou, niekedy odchylnym spôsobom správania. Bezbrannosť seniorov je dôvodom prečo sa voči nim trestnej činnosti dopúšťajú nielen páchatelia antisociálni (trestná činnosť bez ohľadu na vhodnú príležitosť), ale aj asociálni (náhodné využívanie vhodných príležitostí, napríklad návod od partie a pod.).

Viktimizácia je teda proces, ktorý má tri fázy (Čírtková, 1998):

- *Primárna* – ujma spôsobená páchatelom a vznikajúca ako priamy, bezprostredný dôsledok trestného činu.
- *Sekundárna* – ujma vznikajúca v dôsledku reakcií formálnych inšancií sociálnej kontroly alebo neformálneho sociálneho okolia, napríklad druhotné psychické poškodzovanie obeti tým, ako na udalosť reaguje najbližšie okolie alebo ide o traumatizujúce prejednávanie veci pred súdom a pod.
- *Terciárna* – stav, kedy sa jedinec nevie primerane vyrovnat' s traumatickou skúsenosťou aj napriek tomu, že z objektívneho hľadiska došlo k náprave či uzdraveniu a odškodneniu. Psychicky sa úplne a zásadne mení, dochádza k „nalomeniu“ pôvodnej životnej cesty, nie je schopný nadviazať na pôvodnú aktívnu činnosť, výrazne mení svoj životný štýl.

V nadväznosti na primárnu a sekundárnu viktimizáciu Čírtková (2009) vymedzuje nasledovné dôsledky páchania kriminality na senioroch:

- *Primárne rany* – ktoré vznikajú v priebehu primárnej viktimizácie a majú podobu *fyzickej ujmy*, kedy dochádza k narušeniu fyzickej integrity, vrátane zranenia, ťažkého ublíženia, resp. usmrtenia. Ďalej je to *finančná ujma*, ktorá je spôsobená poškodením či stratou majetku a *emocionálna ujma*, ktorá zahŕňa nespavosť, úzkostné stavy, fóbie a pod.
- *Sekundárne rany* – majú výlučne psychologický kontext a dochádza k nim v priebehu sekundárnej viktimizácie. Často sú tvorené pocitom nespravodlivosti, nedôstojnosti a izolácie.

Prežívanie ujmy má svoju dynamiku v závislosti od toho, aký obraz poskytuje správanie a prežívanie jedinca potom, čo sa stal obeťou trestného činu. Spravidla prechádza prežívanie spôsobenej ujmy nasledujúci fázami:

1. *Fáza šoku* – nastáva bezprostredne po kriminálnom útoku. Jedinec je zaskočený kritickou udalosťou, prežívanie zodpovedá stresovým reakciám. Cíti sa a jedná zmätočne. Prirodzené sú poruchy fungovania pamäti najmä v procese vybavovania.
2. *Fáza hojenia* – obeť sa začína sudalosťou postupne vyrovnávať, spracováva prežitú traumu, striedajú sa dva protipóly vyrovnávania sa so situáciou, kedy sa k traume vracia a na druhej strane odmieta o traumatickej udalosti hovoriť a snaží sa poprieť svoje prirodzené pocity.
3. *Fáza zahojenia* – jedinec dospieva ku konečnému spracovaniu prežitej traumy. Spomienky strácajú bezprostredný emocionálny náboj, sú integrované do kontinua prežívania, jedinec si zvolil individuálny spôsob náhľadu na prežitú ujmu.

Sociálna prevencia je všeobecnou prevenciou všetkých sociálno-patologických javov. Je súčasťou sociálnej politiky a jej podstatou je vytváranie priaznivých spoločenských podmienok v oblasti ekonomickej, sociálnej, kultúrnej, výchovnovzdelávacej, v oblasti zamestnanosti, podmienok na využitie voľného času, na rast životnej úrovne, duchovný rozvoj, humanizáciu a skvalitňovanie spôsobu života spoločnosti ako celku, sociálnych skupín, ako aj na socializáciu, resocializáciu a sociálnu integráciu jednotlivca (Hroncová, Kraus, 2006, s. 38). **Prevencia kriminality** je špeciálnou oblasťou uplatnenia prevencie v zdravo fungujúcej spoločnosti.

Jej predmetom je predchádzanie kriminalite a ochrana pred ňou. Zo spoločensko-praktického hľadiska prevencia kriminality predstavuje vedecky zdôvodnené, zámerné, cieľavedomé a koordinované pôsobenie na príčiny a podmienky kriminality s cieľom odstrániť ich alebo vhodným výberom foriem a metód eliminovať, minimalizovať. Paralelne sa snaží podporovať a vytvárať antikriminogénne podmienky, zámerne posilňovať alebo vyvolávať pozitívne spoločenské javy (Bubelíni, 2001). Z hľadiska kvalifikácie podľa štádia vývoja kriminálneho problému a zároveň podľa okruhu adresátov preventívnych aktivít sa prevencia kriminality realizuje ako primárna, sekundárna a terciárna prevencia kriminality (Lipšic, 2011, s.7-8).

Primárna prevencia kriminality zahŕňa predovšetkým výchovné, vzdelávacie, voľno-časové, osvetové a poradenské aktivity zamerané na najširšiu verejnosť. Zapojenie občanov do aktívneho spôsobu zvyšovania vlastnej bezpečnosti a bezpečnosti svojho okolia. Zvláštnu pozornosť venuje

pozitívnemu ovplyvňovaniu najmä detí a mládeže. Ťažiskom primárnej prevencie kriminality sú rodina, školy a lokálne spoločenstvá.

Sekundárna prevencia kriminality zaoberá sa rizikovými jedincami, skupinami osôb, u ktorých je zvýšená pravdepodobnosť, že sa stanú páchatel'mi alebo obeťami trestnej činnosti.

Terciárna prevencia kriminality sa uskutočňuje resocializáciou osôb narušených kriminalitou a inou protispoločenskou činnosťou, t.j. pôsobením na osoby, ktoré už spáchali alebo na ktorých už bol spáchaný trestný alebo iný protispoločenský čin, s cieľom udržať dosiahnuté výsledky predchádzajúcich intervencií a rekonštrukcie nefunkčného sociálneho prostredia. Realizuje sa v sociálnej oblasti s cieľom pomôcť obetiam alebo páchatel'om opätovne sa začleniť do spoločnosti formou resocializácie.

Poskytujeme niekoľko rád ako predchádzať kriminalite páchanej na senioroch (Mestská polícia Nitra, 2013):

- v spoločnosti by sa seniori nemali chváliť, že vlastnia cennosti (šperky, vyšší obnos peňazí...);
- na ulici, v obchode neukazovať obsah svojej peňaženky, používať bankovky nižšej nominálnej hodnoty;
- nepožičiavať peniaze ľuďom, ktorých dobre nepoznajú a už vôbec neznámym osobám, ktoré ich pod zámienkou rôznych emotívnych príbehov oslovia a podvodom sa snažia pripraviť o úspory;
- neotvárať neznámym osobám, ktoré pri dverách zazvonia a ponúkajú na predaj rôzny tovar alebo výhru;
- odmietnuť bezdôvodne ponúkanú pomoc, o ktorú sami nepožiadali, často krát ide o zámienku páchatel'a dostať sa do ich bytu/domu;
- v prípade podozrivého správania osoby, ktorá sa snaží pod rôznymi zámienkami neodbytné dostať do bytu, ihneď kontaktovať políciu.

Seniori by sa vo všeobecnosti mali riadiť tzv. 5 „N“:

- a) **nehovorím** o sebe, svojej rodine, o svojich problémoch;
- b) **nedávam** informácie o sebe, o rodine, jedlo, peniaze;
- c) **neotvára**m dvere bytu, bránu domu, peňaženku, svoje „srdce“;
- d) **nepodpisujem** dokumenty, zmluvy bez konzultácie s rodinou;
- e) **nebojím sa**, nenechám sa zastrašiť, aktívne sa verbálne bránim.

6.2.2 Senior ako obeť diskriminácie

Na tomto mieste považujeme za nevyhnutné venovať pozornosť diskriminácii starších ľudí. S pojmom diskriminácia veľmi úzko súvisí pojem

predsudok. **Predsudok** je iracionálnym zovšeobecnením o určitej kategórii ľudí. Tento postoj má tendenciu k vysokej stereotypnosti, k emocionálnemu náboju a nemení sa ľahko pod vplyvom opačnej informácie. **Diskriminácia** je potom praktickým vyústením predsudkov a vzťahuje sa na správanie, najmä na nerovnoprávne zaobchádzanie s ľuďmi na základe ich príslušnosti k určitej skupine. V súvislosti s etnickými alebo národnostnými menšinami ide najmä o odopieranie rovnocenného prístupu k zdrojom a príležitostiam založenom na nelogických a neracionálnych dôvodoch. Rasové predsudky môžu mať rôzne funkcie. Môžu napríklad ospravedlňovať patologické nepriateľstvo, zdôvodňovať kultúrne neprijateľné potreby, odmietajú nejakú skupinu. Chránia pred ohrozením vlastnú identitu, či skupinu a pod. Jedno však majú spoločné – posudzujú jednotlivých členov skupiny na základe stereotypov a kategórií a zjednodušujú tak interakcie s neznámymi ľuďmi. Aj keď sú predsudky skôr psychologickou či prinajmenšom socio-psychologickou kategóriou, majú rozhodujúci vplyv na správanie sa majoritnej spoločnosti voči príslušníkom menšín (Ritomský, 2005).

Celkové hodnotenie závažnosti diskriminácie seniorov je značne kritické. Za najzávažnejšie oblasti diskriminácie seniorov verejnosť považuje (Bútorová, Filadelfiová, 2012, s. 2-3):

- Trh práce;
- Zdravotníctvo;
- Úrady a služby.

Za posledné roky vzrástla tolerancia voči diskriminácii starších ľudí na základe veku, čo možno pravdepodobne pripísať rastu nezamestnanosti. Rozšírila sa neoprávnená predstava, že starší pracovníci predstavujú na trhu práce konkurenciu pre mladších. Ako uvádzajú autorky, osobnú skúsenosť s diskrimináciou na základe veku má približne pätina ľudí vo veku 45-64 rokov. Častejšie ju zažívajú ženy, ľudia s nižším vzdelaním a nepracujúci. Zo skupiny nepracujúcich ju najčastejšie konštatujú nezamestnaní a invalidní dôchodcovia. Z vekového hľadiska sa najviac diskriminovaná cíti skupina 55-59 ročných.

Spomedzi rozličných foriem diskriminácie starší ľudia najčastejšie zažívajú:

- a) Nespravodlivý prístup vedúceho;
- b) Ohováranie;
- c) Podpichovanie;
- d) Zosmiešňovanie zo strany kolegov či kolegýň;
- e) Nespravodlivosť pri prijímaní či prepúšťaní zo zamestnania;

- f) Znevažujúci prístup a podceňovanie zo strany mladších kolegov a kolegýň.

Analýza sťažností a riešených prípadov diskriminácie Slovenským národným strediskom pre ľudské práva ukazuje, že u ľudí na dôchodku sa diskriminačné skúsenosti koncentrujú do troch hlavných oblastí:

- **Zdravotníctvo:** prístup k adekvátnemu zdravotnému ošetrovaniu, finančná dostupnosť, správanie zdravotného personálu.
- **Štátna a verejná správa:** neochota, byrokracia, ponižovanie.
- **Služby:** prístup k službám, kvalita, finančná nedostupnosť, informovanosť.

Na Slovensku pretrvávajú nízky počet sťažností a riešených prípadov diskriminácie z hľadiska veku, ktorý je následkom nízkej informovanosti a slabého povedomia starších ľudí o svojich právach, ako aj malej spoločenskej citlivosti k rôznym formám diskriminácie z hľadiska veku. Diskriminačné správanie je často tolerované či považované za normálne – to aj napriek pomerne dobrej legislatíve – antidiskriminačný zákon č. 365/2004 (Bútorová, Filadelfiová, 2012).

6.2.3 Senior ako páchatel' sociálno-patologických javov

V tejto časti kapitoly sa zameriame na dva najvýznamnejšie sociálno-patologické javy, s ktorými sa seniori ako páchatelia stretávajú najčastejšie. Poskytujeme základné informácie o suicidite a o drogách osôb vo vyššom veku.

6.2.3.1 Suicidalita seniorov

Samovražednosť vypovedá o duševnom zdraví spoločnosti. Vyskytuje sa častejšie u psychiatricky chorých, v osobných záťažových situáciách, u starších osôb v súvislosti s nadmernou konzumáciou alkoholu. Je všeobecne známe, že starší ľudia majú vyššie riziko dokonaného suicidia ako ktorákoľvek veková kategória. Aj keď sa dokonané suicídium u ľudí vyššieho veku líši medzi kultúrami, výskumy Svetovej zdravotníckej organizácie ukazujú na stúpajúcu prevalenciu. Široké spektrum faktorov hrá rolu u suicidálnom správaní vo vyššom veku.

Ako uvádza Češková (2007, s. 230) najčastejšie ide o:

- Psychologické dôvody – psychické poruchy, depresie a určité osobnostné črty.
- Fyzické dôvody – neurologické ochorenia, malignity.

- Sociálne dôvody – sociálna izolácia a rodinný stav (väčšie riziko majú rozvedení, ovdovelí alebo slobodní jedinci).

Prevenca suicidálneho jednanía u osôb vo vyššom veku

Veľmi pregnantne a pre bežnú prax zrozumiteľne formuloval zásady prevencie suicidálneho jednanía Vojtěchovský (In Češková, 2007, s. 213):

- Najdôležitejšie je rozpoznanie psychickej poruchy a včasné zahájenie liečby;
- Otvorené pátranie po suicidálnych úvahách;
- Diagnostika a liečba komorbidného telesného ochorenia;
- Účinná antidepresívna liečba;
- Adekvátne trvanie antidepresívnej liečby;
- Odstránenie dostupných prostriedkov k suicidiu;
- V psychoterapii prekonať konzervativizmus, byť otvorený, myslieť konštruktívne;
- Do terapie zahrnúť rodinu;
- Zabezpečiť kontakt chorého s lekárom častejšie ako je zvykom.

6.2.3.2 Závislosť od drog

Zneužívanie a nadužívanie psychotropných látok v starobe je jeden zo štyroch pilierov gerontopsychiatrie. Diagnostika závislosti v starobe je zložitejšia, pretože sociálne väzby sú často redukované, tolerancia voči návykovým látkam je fyziologicky nižšia a je znížená intelektová kapacita a s tým spojené prejavy adaptability. Ide predovšetkým o problém sociálny ako medicínsky, nakoľko je to problém osamelosti a sociálnej izolácie.

Mnoho prípadov škodlivého užívania sa prehliada. Chýba excesívny konzum návykových látok, rodina zastiera údaje. Nežiaduce účinky, ako napríklad pády, návaly, celková slabosť, porucha spánku, môžu byť mylne pripisované inému telesnému ochoreniu alebo ich pacient vekom spôsobenému poškodeniu pamäti nemusí oznámiť.

Všeobecne hovoríme o troch rizikových skupinách seniorskej populácie zneužívajúcej drogy (Mistoler, 2013, s.2):

1. Chorí s dlhodobým škodlivým užívaním alkoholu, často kombinovaným s abúzusom tabaku;
2. Chorí s poruchami spánku a úzkostnými stavmi konzumujúci hypnotiká;
3. Osoby s chronickými bolesťami konzumujúci voľne dostupné analgetiká.

Autor ďalej uvádza základné črty závislosti od psychoaktívnych látok v seniorskom veku:

- Vysoké riziko somatických škôd (napríklad hypertenzia).
- Častejšie interakcie alkoholu alebo iných návykových látok s liekmi, ktoré berú ľudia vo vyššom veku z dôvodu chronických ochorení.
- Pomalší metabolizmus a často nižšia tolerancia voči alkoholu a iným návykovým látkam.
- Poruchy najmä novopamäti v dôsledku škodlivého užívania drog (alkoholu a sedatív) sa môžu kombinovať s poruchami pamäti inej etiológie.
- Seniori sú často liečení návykovými látkami (analgetiká, hypnotiká apod.), prípadne si ich sami zaobstarajú. Zvyšuje sa tak riziko nežiaducich účinkov týchto liekov a vzniku závislosti. Problém interakcie liekov v prípade chronických somatických ochorení, obzvlášť vylučovacieho systému.
- Častou komplikáciou návykových ochorení v starobe je samota, smrť životného partnera alebo jeho ťažké ochorenie, sociálne problémy, bolesť a somatické ťažkosti.

LITERATÚRA

BALOGOVÁ, B. 2009. *Seniori v spektre súčasného sveta*. Prešov: Akcent print, 2009. ISBN 978-80-89295-19-7.

BUBELÍNI, J. 2001. *Prevenia kriminality*. Bratislava: MVSР, 2001. 1 vyd.

BÚTOROVÁ, Z. – FILADELFIOVÁ, J. 2012. *Starší vek a ľudské práva: silnejšia participácia, menej diskriminácie*. Výskumná správa. Bratislava: IVO, 2012.

ČEŠKOVÁ, E. 2007. *Deprese ve vyšším věku a suicidalita*. Česká geriatrická revue, Brno, Medica Healthworld, 2007. ISSN: 1214-0732.

ČÍRTKOVÁ, L. 1998. *Kriminální psychologie*. Praha: Grada, 1998. 1.vyd. ISBN 80-85858-70-3.

ČÍRTKOVÁ, L. 2009. *Forenzní psychologie*. Praha: Aleš Čeněk, 2009. 2.vyd. ISBN 9788073802134.

DRAGANOVÁ, H. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-240-3.

- FENYVESIOVÁ, L. 2013. Poradenstvo ako nástroj zvyšovania kvality života seniorov. In HATÁR, C. (ed.). *Vplyv edukácie na kvalitu života seniorov*. Nitra : UKF, s. 37-41. ISBN 978-80-558-0249-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HATÁR, C. 2008. *Edukatívno-sociálne aspekty rezidenčnej starostlivosti o seniorov*. Nitra: UKF, 2008. ISBN 978-80-8094-383-7.
- HATÁR, C. 2011. *Seniori v systéme rezidenčnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. Praha: ROZLET, 2011. ISBN 978-80-904824-1-8.
- HATÁR, C. 2013. *Vplyv edukácie na kvalitu života seniorov*. Nitra: UKF, 2013. ISBN 978-80-558-0249-7.
- HEGYI, L. 2001. Spoločnosť a starí ľudia. In: *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metódik*, roč. 7, č. 4/01, s. 125-127. ISSN 1335 – 5090.
- HRONCOVÁ, J. – KRAUS, B. a kol. 2006. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. Banská Bystrica: UMB pedagogická fakulta. 2006. ISBN 80-8083-223-4.
- HROZENSKÁ, M. 2009. *Praktická príručka pre sociálnych pracovníkov pracujúcich so staršími ľuďmi*. Nitra: UKF, 2009. ISBN 978-80-8094-474-2.
- LIPŠIC, D. 2011. *Návrh stratégie prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti v Slovenskej republike na roky 2012-2015*. Bratislava, 2011.
- MESTSKÁ POLÍCIA NITRA. 2013. *Senior v akcii*. Nitra: Mestská polícia, 2013. [online]. Dostupné na internete: <http://www.mspnitra.sk/stranky/prevenicia/podporene-projekty/seniori-v-akcii.php>
- MISTOLER, P. 2013. *Závislosť na návykových látkach a jejich abusov ve stáří*. [online]. 2013, [cit. 16.12.2013]. dostupné na internete: <http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf>.
- MŮHLPACHR, P. 2001. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova Univerzita, 2001. ISBN 9788021025110.
- ONDREJKOVIČ, P. 2008. *Postavenie seniorov v spoločnosti*. In Hrozenková: *Aktuálne otázky sociálnej gerontológie pre stredné školy I*. Nitra: UKF, 2008. ISBN 978-80-8094-347-9.
- ONDREJKOVIČ, P. a kol. 1999. *Sociálna patológia*. Nitra: UKF. 1999. ISBN 80-88868-47-5.

PAVELOVÁ, L. 2008. *Sociálne poradenstvo pre starších ľudí a perspektívy komunitnej sociálnej práce v tejto oblasti*. In Hrozenská: Aktuálne otázky sociálnej gerontológie pre stredné školy II. Nitra: UKF, 2008. ISBN 978-80-8094-361-5.

RÁC, I. 2011. *Sociálna patológia a prevencia sociálno-patologických javov*. Nitra: UKF. 141 s. ISBN 978-80-8094-913-6.

RITOMSKÝ, M. 2005. *Mýty a predsudky. Najčastejšie predsudky voči menšinám a odpovede na ne*. Bratislava: KOMPRINT. 2005. ISBN 80-969250-0-8.

TURAYOVÁ, Y. a kol. 1999. *Vybrané kapitoly z kriminológie*. Bratislava: Vydavateľské oddelenie Právnickej fakulty UK. 1999. 80-7160-128-4.

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 317/2009 Z.z.

7 SENIOR AKO SOCIÁLNY TÚTOR

Lýdia LEHOCZKÁ

Medzi sociálne aspekty života seniorov patria aj ich interpersonálne vzťahy. Projekt sociálneho tutorstva vychádza z predpokladu, že seniori môžu aj v životnej postproduktívnej etape vstupovať aktívne do sociálneho života ovplyvňovaním verejnej mienky, napríklad v oblasti práce s rôznymi minoritnými skupinami. V sociálnej práci, resp. v sociálnych službách sa rozvíja pôsobenie komunitných centier, ktoré plnia aj sociálne-edukatívnu úlohu a stávajú sa miestom, kde je možné organizovať komunitný život daného lokálneho spoločenstva. Keďže v našej spoločnosti evidujeme aj v súčasnosti ohrozenia z rôznych antidemokraticky orientovaných skupín, ktoré ohrozujú občiansku spoločnosť, je potrebné venovať pozornosť programom, ktoré podporujú výchovu k sociálnej spravodlivosti a tolerancii. Za takto obsahovo zameraný považujeme aj projekt sociálneho tutorstva, ktorý by sa mohol stať zaujímavým sociálnym programom v rámci činnosti komunitného centra.

Filozofia sociálnej konštrukcie seniora ako sociálneho tútora vychádza z predpokladu, že človek by sa nemal vyhýbať sociálnym aktivitám ani vo vyššom veku, vo svojej postproduktívnej životnej etape. Práve po psychickej stránke hodnotíme ako podporný fakt skutočnosť, že senior sa môže stať v našej spoločnosti napĺňaním tútorskej úlohy skutočne aktívnym subjektom v oblasti výchovy k sociálnej spravodlivosti a tolerancii.

Venglářová (2007) uvádza, že senior prichádza o celý rad sociálnych rolí. Rizikom sa stáva potenciálna hrozba jeho spoločenskej izolácie. O to dôležitejšie je, aby bola zabezpečená kontinuita spoločenských väzieb a vzťahov aj po jeho odchode do dôchodku.

Projekt sociálneho tutorstva podporuje výchovu k demokracii, k sociálnej spravodlivosti a tolerancii, ktoré majú mať v otvorenej spoločnosti svoje dôležité a stabilné miesto. Predstavuje poznávanie a uznávanie socio-kultúrnej odlišnosti iných kultúr ako rovnocenných.

Je dôležité, aby mladí ľudia dokázali odmietat prítomnosť diskriminácie v našej spoločnosti, aby sa nepodielali na znevýhodnení príslušníkov rôznych minorít, ale naopak, aby jej dokázali aktívne zabráňovať. Popri majoritnej kultúre existuje kultúra minoritných (etnických, národnostných menšín). Jej aktívne poznávanie sa stáva aktuálnou agendou taktiež v oblasti výchovy k sociálnej spravodlivosti, resp. multikultúrnej výchovy.

Seniori majú bohaté životné kultúrne a historické skúsenosti, ktoré predstavujú potenciál medzigeneračného ovplyvňovania, smerovaného k podpore konania mladej generácie v zmysle sociálnej spravodlivosti. Ide konkrétne o rozvíjanie schopnosti mladých ľudí empaticky komunikovať s nositeľmi odlišnej kultúry, s ľuďmi z odlišného prostredia. Naučiť ich vnímať kultúrnu diverzitu ako možnosť kultúrneho obohacovania, chápať kultúrne odlišnosti ako hodnotu a nie ako objekt našich predsudkov a stereotypov.

Sociálna, tútorská edukácia pomáha mladým ľuďom, aby dokázali rozlišovať zjednodušené (stereotypné, predsudkové) vnímanie identitárnych paradigiem od skutočného, pravého poznania jednotlivých podôb skupinovo-kolektívnych identít. Senior ako sociálny tútor môže na základe svojich získaných životných skúseností pozitívne pôsobiť na mladú generáciu, resp. vo svojom lokálnom spoločenstve zlepšovať prácu s rôznymi minoritami a subkultúrami.

Naším zámerom v edukačnom projekte „Senior ako sociálny tútor“ je odovzdávanie vedomostí o sociálno-interakčnej komunikácii a vzťahoch v etnicky rôznorodom prostredí v duchu multikultúrnej (protipredsudkovej) výchovy. Vytvoriť u seniora sociálnu (multikultúrnu) zručnosť ovládania rôznych metodík, podporujúcich pozitívnu sociálnu komunikáciu ako prínos pre sociálnu spravodlivosť v našej spoločnosti. Táto vytvorí sociálnu kompetenciu seniora, ktorá predstavuje schopnosť efektívneho prístupu k problematike integrácie rôznych minorít, resp. sociálnej inklúzie znevýhodnených skupín (osobitne rómskych komunít), rešpektovania ich odlišných špecifik a uplatňovania vzájomnej tolerancie pri koexistencii rôznych ľudských skupín a komunít.

Uvedená tematika je predmetom záujmu viacerých vedných disciplín. So Sociálnou prácou vykazuje integrálnu súvislosť najmä Sociálna andragogika. Medzi jej problémové okruhy podľa Határa (2006, s.106) patrí aj „hľadanie optimálnych spôsobov, ako možno vhodne plniť rozličné sociálne roly, skvalitňovať inter- a intrapersonálne vzťahy a riešiť rôzne (medzigeneračné) konflikty“.

Môžeme pripraviť seniorov na plnenie úlohy „poslov tolerancie“ a získané vedomosti premeniť na zručnosť vplývať (napr. persúaziou v rámci činnosti komunitných centier) na mladých ľudí, aby títo boli ochotní dozvedieť sa o kultúrnej identite Rómov aj čosi viacej a dať priestor pri riešení rôznych problémov v spolunažívaní tomu, aby sme ich neposudzovali ako etnické problémy (navyše generalizované), ale aby sme im rozumeli ako sociálnym

problémom, vyžadujúcim najmä efektívnu lokálnu sociálnu politiku a konštruktívny dialóg.

7.1 Sociálne kompetencie seniorov v etnicky rôznorodej spoločnosti

K základným sociálnym kompetenciám seniorov v etnicky rôznorodom prostredí v zmysle projektu „Senior ako sociálny tútor“ patrí multikultúrna kompetencia. V procese jej utvárania je potrebné poznať význam slova multikulturalizmus, jeho stručnú genézu, súčasný stav predovšetkým v Európe a rozumieť otázkam multikultúrnej výchovy ako prostriedku presadzovania multikulturalizmu v praxi.

7.1.1 Multikulturalizmus - základné charakteristiky

Multikulturalizmus je proces vzájomného prieniku, interakcií a ovplyvňovania viacerých odlišných kultúr. Ide o situáciu v konkrétnej spoločnosti, keď vedľa seba žijú príslušníci rozličných kultúr s rozličnými hodnotovými orientáciami, postojmi, tradíciami a zvykmi. Hlavným cieľom multikulturalizmu je zachovanie a podporovanie mnohorakosti kultúrnych identít a vzájomné rešpektovanie ich nositeľov (Mistrík, 2008).

Definovať multikulturalizmus vhodným spôsobom vôbec nie je jednoduché a preto sa viacerí autori názorovo prikláňajú k rozšírenej téze, že multikulturalizmus nemožno jednoznačne vymedziť.

Kontextové polia multikulturalizmu sú najčastejšie determinované ako:

1. Spoločenská situácia („sociálny fakt“) majúca konotáciu aj v pojme „multikulturalita“, resp. „multikultúrny priestor“ (Barša, 1999).
2. Vedecká teória, resp. koncepcia vedúca k edukačným stratégiám alebo politická ideológia - „ideologický projekt“ (Sartori, 2005).
3. Spoločenská vízia a ideál, diskurz, hodnota, problém, výzva, postoj a iné.

Často sa stáva, najmä v médiách a na rôznych verejných diskusných fórach, že tento fenomén nie je bližšie významovo definovaný. Niekedy ním verejnosť označuje konkrétny geografický priestor, ktorý obývajú rozmanité kultúry a národy, pričom takto sa definuje „multikulturalita“. Odborné práce akademikov vyjadrujú na adresu multikulturalizmu rôzne prívlastky. Vyberáme z textu Hirta (2005) nasledovné: Gerd Baumann (1999) ho pejoratívne označuje ako „rébus“. Brian Fay (2002) ho považuje za „módnu slovnú vypchávku“ a Michel Wieviorka (1998) zase zdôrazňuje, že každý pokus o jeho zadefinovanie prechádza „momentom rozpakov“. Podľa Tomáša Hirta (2005)

sa máloktorý myšlienkový projekt od svojho vzniku ocitol v toľkých slepých uličkách, obklúčený množstvom otáznikov, akým je multikulturalizmus a jeho významy.

Tomáš Hirt (2008) determinuje hlavné významové polia multikulturalizmu cez optiku štyroch základných úrovní, ktoré sú komplementárne prepojené:

1. Deskriptívne hľadisko, reflektuje multikulturalizmus ako typ spoločenskej situácie, ktorá sa prejavuje nerovnocennou koexistenciou kultúrnych, rasových, etnických, náboženských a iných skupín v rámci jedného štátneho celku. Barša (1999) použil pre túto situáciu pomenovanie „sociálny fakt“, alebo „spoločenská danosť“, iní autori uprednostňujú výraz „multikulturalita“, „multikultúrna situácia“ alebo „multikultúrna spoločnosť“ (Petrusek, 2006, in: Hirt, 2008).
2. Analytická úroveň referuje multikulturalizmus v zmysle „spoločenskej situácie“ prostredníctvom teoretického multidisciplinárneho prístupu. Teórie multikulturalizmu vznikajú za participácie odborníkov z oblasti sociológie, sociálnej a kultúrnej antropológie, politológie, filozofie a iných humanitných a spoločenských vied. Teoretické poznatky o multikulturalizme sú následne nedemokratickým spôsobom implementované v politickej praxi bez nedôsledného prehodnotenia následkov a dopadu na „multikultúrnú spoločnosť“.
3. Hľadisko politickej vízie je charakterizované tak, že ekonomické príležitosti, zdroje a politická moc sú nerovnomerne rozdelené medzi skupiny obyvateľov, ktorí sú determinovaní za základe kategórií, akými sú napríklad rasa, kultúra, etnicita, religiozita, gender, sexuálna orientácia prípadne handikep (Hirt, 2005).
4. Na poslednej úrovni môžeme multikulturalizmus chápať ako súbor praktických stratégií pre vzdelávanie, ktoré sa usilujú o dosiahnutie vzájomného uznania z hľadiska jednotlivcov a skupín. Túto oblasť záujmu možno nazvať multikultúrna, integračná alebo imigračná politika, prípadne multikultúrna výchova. Často sa objavuje súhrnný názov aplikovaný multikulturalizmus (Hirt, 2008).

7.1.2 Stručná genéza multikulturalizmu

Na počiatku americkej histórie boli len pôvodní obyvatelia, britské a francúzske kolónie, ktoré obývali úzku časť severoamerického pobrežia Atlantického oceánu. V priebehu dvoch storočí táto úzka časť pohltila celý

subkontinent a z marginálneho štátu sa stala svetová veľmoc. Paradoxom je fakt, že až do roku 1865 proklamovaná občianska rovnosť neprotirečila existencii otroctva ani násilným africkým výpravám za účelom zotročovania slobodných ľudí (Tóth, 2006). Od roku 1845 do roku 1925 prišlo do USA viac ako 50 miliónov imigrantov, ktorí postupne zaplňali relatívne prázdny priestor. „Spojené štáty nevznikli ako národ, ktorý prijal a vstrebával ďalšie národy, ustavily sa ako národ národů“ (Sartori, 2005, s. 33). Pretrvávajúca rasová a etnická diskriminácia viedla v 60. rokoch 20. storočia k vytváraniu emancipačných hnutí, ktoré bojovali za práva a rovnosť. Takými spolkami bolo aj hnutie za občianske práva Martina Luther Kinga. Spojené štáty americké vždy boli aj budú krajinou s najväčším počtom rôznych kultúr a etník. Vznik multikulturalizmu úzko súvisel s etnorevitalizačnými hnutiami, ktorých úsilím bolo dosiahnuť politické uznanie rôznych komunít, ktoré majú spoločný rasový a etnický pôvod. Predstavitelia týchto hnutí odmietali tzv. „univerzalistický asimilacionizmus“, ktorého cieľom bolo vytvoriť jednotný americký národ použitím asimilácie na spôsob „zlievania kultúr v jednom kotlíku“ (tzv. melting pot) (Hirt, 2005). Multikulturalizmus takýto prístup ostro kritizuje a považuje spájanie všetkých odlišností heterogénnych kultúr s cieľom vytvorenia jednotnej národnej kultúry za amorálny a diskriminačný. Spoločensky diskriminovaný bol v tomto čase viacmenej každý, kto nespadal do šablóny W.A.S.P. (White Anglo Saxon Protestant) „Beloch – Muž – pôvodom Anglosas – Protestant“. Protestné akcie za boj individuálnych občianskych práv etník smerujú neskôr ku kolektívnym právam, uznaniu kultúr a tradícií. Podľa Iva T. Budila (2005) sa okrem afroameričanov aj predstavitelia tretej a štvrtej generácie imigrantov z Európy a Ázie odmietajú identifikovať s asimilačným formátom „štandardného Američana“ a zdôrazňujú kultúrnu identitu svojim pôvodom. Multikulturalisti v USA namiesto metafor „melting pot“ uprednostňujú obraz „salad bowl“ (šalátovej misy), ktorej ingrediencie (etnické skupiny) predstavujú dokonale „namiešaný“ rôznorodý model americkej spoločnosti, so zachovaním odlišností v rámci populácie. Podľa Sartoriho (2005) a iných autorov popri etnických zoskupeniach je ďalším ideovým zdrojom multikulturalizmu aj feministické hnutie. V USA sa rozšírilo na prelome 60. a 70. rokov. Multikulturalizmus teda začína operovať s odlišnosťami popri etnickej línii aj v oblasti pohlaví (gender). Feminizmus a etnopolitiky majú spoločnú rétoriku v oblasti afirmatívnej akcie alebo rovnosti príležitostí. Významným cieľom oboch hnutí je aj reforma v oblasti vzdelávania. Otázka genderu sa stáva už v 70. rokoch súčasťou multikultúrnej výchovy. Genderová rovnosť je požiadavka na väčšiu emancipáciu žien,

zameraná predovšetkým na spravodlivejšiu deľbu práce, finančné ohodnotenie a vyváženejší prístup k vyšším statusom a podielu na moci. V 80. rokoch sa v súvislosti s multikulturalizmom skloňujú aj náboženské skupiny, zdravotne postihnutí a homosexuáli. Dodnes sú na území USA teoretické aj praktické koncepcie multikulturalizmu zamerané predovšetkým na tému etnických rozdielov (Hirt, 2008). Sociologické výskumy z poslednej dekády hovoria o 91 % segregácii v getizovanej časti mesta Chicago, 74 % v iných mestách, ktoré obýva homogénna afroamerická komunita. Na porovnanie napríklad predmestie Paríža, heterogénne etnické minority, vykazujú o polovicu menšiu nezamestnanosť a 40 % segregáciu oproti desaťkrát väčším getám v Chicagu (400.000 ľudí) a New Yorku (milión). Afroameričania boli umiestnení a oddelení od ostatnej časti mesta z rasových dôvodov, imigranti vo francúzskych getách sú dočasne sociálne ekonomicky vylúčené. Kariérny postup znamená pre francúzske etnické komunity na predmestí presun do inej časti mesta, väčšinou bližšie k centru. V amerických getách je vysoká chudoba a z nej vyplývajúca kriminalita má stále stúpajúci trend, väčšina skladby ústavov na výkon trestu v USA sa týka afroameričanov. Zamestnaných je cca 16 % geta a úmrtnosť je kriticky vysoká, väčšina mužov nad 30 rokov je buď vo väzení alebo sú mŕtvi v dôsledku nakazenia AIDS, predávkovania alebo úmrtia pri distribúcii narkotík. Zarážajúce na tejto zlej situácii je fakt, že 1/3 zo štátneho rozpočtu USA putuje pre ministerstvo zdravotníctva a sociálnych služieb (Tóth, 2006). Loic Wacquant (2007) poukazuje na fakt, že v krajine sa výdavky spojené so zdravotnou starostlivosťou a sociálnou prácou znižujú alebo stagnujú a väčšina finančných prostriedkov ide na výstavbu väzníc. V hlavnom meste Washington D.C. v súčasnosti pripadajú na jedného sociálneho pracovníka či univerzitného pedagóga štyria dozorcovia, o čom svedčí fakt, že väzenských dozorcov je v meste viac ako v celom Grécku alebo Nórsku (Keller, 2011). Budil (in Hirt 2005) poukazuje aj na problém mexických nelegálnych imigrantov v štáte California. Výsledky sčítania ľudu z roku 2010 vykazujú, že práve hispánci sú najpočetnejšou menšinou s podielom 16 %, afroameričania 12,6 %, aziati 4 % pričom biele obyvateľstvo tvorí 63 %.

Veľká Británia bola prvá európska krajina, ktorá osnovy multikulturalizmu aplikovala do svojej integračnej politiky voči mohutným migračným vlnám, ktoré prišli v 50. a 60. rokoch 20. storočia z arabských krajín alebo Indie. Táto krajina sa vyhla americkej asimilačnej myšlienke „taviaceho kotla“, pretože v Spojenom Kráľovstve ide o hierarchický model, v ktorom je anglická kultúra nadradená ostatným (Lovisek, 2010).

7.1.3 Definovanie a ciele multikultúrnej výchovy

Multikultúrna výchova je procesom, ktorý pomáha žiakom a študentom pochopiť kultúru svojej spoločnosti, oslobodiť ich od predsudkov, umožniť im vytvárať a spravovať občiansku spoločnosť fungujúcu v prospech spoločného dobra. Multikultúrna výchova sa týka rasových, etnických, sociálnych, náboženských a iných rozdielov (Danišková, 2009). Hlavným zámerom multikultúrnej výchovy je dosiahnuť plnohodnotný rešpekt voči iným kultúram, prostredníctvom ich akceptácie, chápanej ako prejav kultúrnej empatie resp. schopnosť vidieť svet z pohľadu inej kultúry. Ciele multikultúrnej výchovy smerujú od tolerance cez empatiu, až po participáciu, starostlivosť a občiansky záujem v prospech iných kultúr (Mistrík, 2008). Multikultúrna výchova je praktická forma multikulturalizmu, ktorá prostredníctvom politických intervencií smeruje k pedagogickej praxi. James A. Banks ju definuje ako edukačnú reformu, ktorej prioritou je revízia vzdelávacieho kurikula tak, aby študenti z rôznych rasových a etnických skupín, sociálnych tried mali rovnaký prístup k vzdelávaniu (Banks, 1994). Podľa Banksa (1994) každé dieťa prichádza do školy s určitou etnickou identitou, môže byť aj nevedomá. Úlohou učiteľa je etnickú identitu rozpoznať, plne rešpektovať, a na jej báze postaviť edukačné aktivity. Deti musia spoznávať a doceniť svoju etnickú identitu a prijímať druhých. Kultúrna identita poníma Banks (1994) ako základný kameň výchovno-vzdelávacieho procesu. Multikulturalisti tvrdia, že multikultúrna výchova musí byť zakomponovaná do systému vzdelávania a rovnako aj v rovine kultúrnej politiky štátu, aby zabezpečila permanentný rozvoj spoločnosti. (Mistrík, 2008). Multikultúrna výchova sa v Európe objavila v polovici osemdesiatych rokov. V niektorých krajinách sa vyskytuje aj pod názvom interkultúrna výchova, ktorý je významovo viacmenej totožný s multikultúrnou výchovou. Z pedagogického hľadiska sa dá definovať multikultúrna výchova ako súbor vzdelávacích programov, ktorý má viesť ľudí k lepšej spôsobilosti a chápaniu a predovšetkým rešpektovaniu iných kultúr (Průcha, Walterová, Mareš, 2009). Praktický význam multikultúrnej výchovy z pohľadu občana majoritnej kultúry spočíva vo formovaní priaznivých postojov a voči príslušníkom menšinových kultúr, migrantom a cudzincom.

Termín výchova apeluje na formovanie postojov a pestovanie hodnôt. Vzdelávanie je termín komplexnejší, ktorý žiakom ponúka celý systém kompetencií: okrem postojov rozvíja zručnosti a vedomosti. Odlišnosť sa nemá chápať ako pravdepodobný zdroj konfliktu, ale ako príležitosť k vlastnému obohateniu identity. Dôležitý vplyv na vzdelávací proces má sociálne prostredie konkrétnej školy, resp. triedy, ktorú žiak navštevuje. Průcha (2001) hovorí

o tzv. sociálnej klíme, ktorú definuje ako špecifickú sociálno – psychologickú premennú.

Hlavné ciele multikultúrnej výchovy podľa manželov Banksových (2009) možno formulovať do nasledovných bodov:

1. tolerancia,
2. empatia,
3. participácia a starostlivosť,
4. spolupráca,
5. formovanie medzikultúrnej spolupráce.

Multikultúrna výchova sa môže rozvíjať i bez konkrétnej determinácie cieľov, rozsahu, obsahu, určenia nosných bodov, či akýchkoľvek paradigiem. V širšom chápaní môže zahrňovať akýkoľvek typ výchovy k tolerancii. Taktiež v projekte „Senior ako sociálny tútor“ môže zastávať poprednú edukačnú pozíciu pri vytváraní multikultúrnej kompetencie seniorov.

Vedomosti a porozumenie:

1. Rozumieť historickému ukotveniu vlastnej sociokultúrnej skupiny.	4. Byť schopný rozpoznať, analyzovať a kriticky hodnotiť rôzne aspekty a prejavy odlišných sociokultúrnych vzorcov.
2. Rozumieť historickému ukotveniu rôznych sociokultúrnych skupín žijúcich na slovensku, v európe a vo svete.	5. Poznať fyzické, spoločenské a psychické potreby, ktoré sú spoločné všetkým ľuďom.
3. Poznať, ako sociokultúrne zázemie posilňuje a obmedzuje identitu jedinca.	6. Poznať spôsoby, ktorými sa ľudské spoločenstvá rôznych typov vzťahujú k týmto základným potrebám.

Zručnosti a schopnosti:

1. Dokázať prispievať k nekonfliktnému spolunažívaniu rôznych sociokultúrnych skupín v prostredí občianskej spoločnosti.	2. Dokázať čeliť prejavom intolerancie a diskriminácie.
--	---

Postoje:

1. Rešpektovať rôzne aspekty a prejavy odlišných sociokultúrnych vzorcov.	2. Považovať za užitočné aktívne sa zapojiť do zabráňovania prejavov intolérance a diskriminácie.
3. Považovať za samozrejmé podieľať sa na primeranom a spravodlivom riešení konfliktov vzniknutých na základe sociokultúrnej odlišnosti.	

Tabuľka 5 Multikultúrne kompetencie podľa Buryánka a kol. (2002)

Predchádzajúci tematický celok obsahoval objasnenie základných charakteristík multikulturalizmu a multikultúrnej výchovy, ktoré tvoria ideový základ pre realizáciu edukačnej úlohy projektu „Senior ako sociálny tútor“. Predkladaná tematika otvára možnosť prípravy na prijímanie iných hodnôt, tradícií, zvykov minoritných spoločností a prvkov ich kultúrnej identity.

7.2 Poznanie tradičnej rómskej kultúry a jej osobností – cesta k občianskej tolerancii

Jedným z minoritných spoločností na Slovensku, voči ktorému evidujeme stereotypné a predsudkové postoje, je rómske spoločenstvo. Sociálne problémy sú evidentné najmä v prostredí marginalizovaných rómskych komunit a v lokalitách, kde je ich koncentrácia výrazná. Práve tu môžu vznikať rôzne konflikty v občianskom živote, pri ktorých je potrebné uplatňovať pozitívnu sociálnu komunikáciu. Jedným prostriedkom pri plnení tohto cieľa je zámer, usilovať sa v komunitných aktivitách o presadzovanie podujatí, ktoré by približovali poznanie tradičnej rómskej kultúry a jej pozitívnych prvkov. Toto poznanie adresované seniorom napríklad prostredníctvom vzdelávacích programov Univerzity tretieho veku, by u nich vytváralo multikultúrnú kompetenciu s poznaním rómskej kultúry a s možnosťou otvárania pozitívnejšej reflexie rómskej kultúry pre mladú generáciu, resp. pre ďalšiu časť populácie. Základným predpokladom je poznať identitárnu problematiku nielen vo vzťahu k špecifikám rómskej kultúry, ale taktiež aj vo všeobecnej diskurze o identite a posudzovaní etnicity, ktorá sa prejavuje v dvoch odlišných názorových podobách: v primordialistickom diskurze a v diskurze sociálneho konštruktivismu. Práve tento smer je pre nás inšpiratívny v procese realizácie projektu „Senior ako sociálny tútor“.

7.2.1 Základné identitárne charakteristiky rómskej kultúry optikou sociálne-konštruktivistického diskurzu

Konštruktivistické východiská pre skúmanie kultúrnej identity Rómov sú inšpiratívne z viacerých dôvodov. Oproti klasickým, tradičným prístupom vymedzenia identity, poskytujú priestor pre reflexiu súčasných zmien v skupinovo-kolektívnej identite rôznych rómskych spoločenstiev u nás i v zahraničí. Konkrétne podoba ich identity súvisí aj s tým, do akej miery udržiavajú etnické hranice s väčšinovým obyvateľstvom resp. aká je podoba výsledku ich akulturácie v kontakte s majoritnou kultúrou. Vníname stav dosiahnutý či už adaptačným procesom, resp. asimiláciou, integráciou i segregáciou. Rómske etnikum je značne diferencované, preto je potrebný pri reflexii procesu sociálnych a kultúrnych zmien a identifikácii súčasných etnických hraníc Rómov vnútorný (intra-etnický) i vonkajší (inter-etnický) pohľad.

Uvedieme najskôr výkladovú schému základných kategórií a pojmov, ktoré vykazujú s danou tematikou súvislosti. Patria medzi ne najmä etnická identita a kultúrna diverzita. „Kultúrne rozdiely prechádzajú naprieč etnickými hranicami a etnická identita je konštruovaná na základe sociálne ustanovených predstáv o kultúrnych rozdieloch, nie na základe rozdielov „skutočných“.“ (Eriksen, 2007, s.99)

Je to podoba procesu selekcie z kultúrnych charakteristík skupiny, ktoré v kontexte interakcie s ostatnými skupinami „zvýznamneli“ a tieto výsledky interakcie sú kritériami aj pre určenie ich skupinovej príslušnosti. Evidujeme tu posun od etnicity ako kultúrnej organizácie k etnicite akoby organizácii sociálnej (Lockwood, 1984).

Ďalšie kategórie, na ktoré zameriavame výklad sú identita a sociálny konštruktivizmus. V konštruktivistickom zmysle je identita vnímaná ako projekt, podstatou ktorého je jej neustále generovanie. Či už sa jedná o osobnú resp. skupinovú identitu, táto je neustále testovaná, pretváraná, potvrdzovaná, aktualizovaná a redefinovaná. Proces projektovania identity ovplyvňujú viaceré spoločenské zmeny (ekonomické, hospodárske, politické, kultúrne) v domácom i v zahraničnom prostredí. Zaradili by sme do nich aj celosvetový proces globalizácie. Identita je podľa konštruktivistov vytváraná sociálnou realitou. (Harré-Gillet, 2001)

V tejto časti textu sa zaoberáme konkrétnou podobou sociálnych konštrukcií identity Rómov na Slovensku i v Európe, a to v historických

kontextoch i v súčasných podobách. To, čo spája etnogenézu predkov Rómov i život súčasných Rómov najmä v západnej Európe napriek ich výraznej subetnickej diferenciacii, je kočovný spôsob života. Preto začíname reflexiu identitárnych podôb práve kočovníctvom, ktorý je stále v živote Rómov silným kultúrnym konceptom. Práve spôsob neustáleho putovania z miesta na miesto, z jednej krajiny do druhej, poskytuje priestor pre nové poznávanie, intenzívnejší spôsob kultúrnej výmeny a spoznávania rôznych aspektov iných kultúr. Je podobou dynamiky akulturácie a rómske kočujúce spoločenstvá vedia i v súčasnosti pragmaticky zaobchádzať so získanými kultúrnymi informáciami a prispôsobujú im aj svoje strategické rezidenčné jednanie.

Kočovníctvo Rómov je možné vnímať aj ako kultúrne obohacovanie, biblické a duchovné posolstvo. Život v kmeňovom spoločenstve bol naplnený sociálnou súdržnosťou, bratstvom a solidaritou, ktoré vnímame aj ako pôvodné antropologické hodnoty. Kmeň (tribe, tribal) ako najširšie sociálne spoločenstvo kočujúcich Rómov sa skladá z viacerých rodov a rozšírených rodín (čaládo, nípo, stan, viča, vitsa). Veľkorodina bola základnou sociálnou záchytnou sieťou, ktorá poskytovala pocit bezpečia, istoty, súdržnosti a vzájomnej pomoci. Bola aj priestorom pre dodržiavanie etických a morálnych zásad a noriem pravého rómstva (romipen, romavipen, romima). Podľa neho boli aj organizované vzorce správania, ktoré Rómovia praktizovali voči okolitému prostrediu a ktoré vytvárali etnické hranice. V súčasnosti sa dotýkajú tieto etické a morálne pravidlá pravého rómskeho bytia rómskych spoločenstiev, ktoré neprestali tradície dodržiavať. Sú to najmä Kalderaši, Lovári, Mačvajovia a iné endogamné skupiny.

Podrobne sa venuje kategórii „romanipen“ (cigánstvu či bytiu byť pravým Rómom) so stanovením a vymedzením etnických hraníc s ne-cigánskou populáciou romológ Mirga. Uvádza aj výskumy Trellers-Cigánov a skúmanie toho, prečo stále tieto skupiny odolávajú asimilácii a zostávajú vo svojich kultúrnych hodnotách v úzkom spojení s tradičným rómstvom napriek dynamike spoločenských zmien. Kategória romanipen je spojená so sférou rómskeho sebauvedomenia, spôsobom, akým o sebe Rómovia rozmýšľajú a vyrovnávajú sa so svojou izolovanosťou a odlišnosťou – jedná sa teda o súčasť rómskeho sebadefinovania. Sebadefinovanie vytvára referenčný bod, rámec organizujúci aktivity a interakcie s druhými. (Mirga, 2008, s. 245)

Pravé rómstvo je úzko spojené aj s dodržiavaním zásad rituálnej čistoty (pravý Róm - čačo Rom). Ukazuje sa, že zákon rituálnej čistoty a znečistenia,

nazývaný anglickými Cigánmi mockadi, je i nad'alej funkčným systémom. (Acton, 1974, s. 56)

Na Slovensku žijú Rómovia už dlhé stáročia usadlým spôsobom života. Medzi ich kultúrnu hodnotu patrí rómstvo/“romipen“ . Tvorí základ kultúrnej identity Rómov. Je formou osobnej i skupinovej identity, prežívaním rómstva, pocitu príslušnosti k vlastnému etniku/národu. Je súhrnom kultúrnych hodnôt, ako v duchovnej, tak aj v materiálnej oblasti rómskej kultúry. Rómstvo je sebaidentifikácia s rómskou kultúrou, rodovo-rodinnými tradíciami, genealogickými väzbami, s „našími“ koreňmi a pôvodom ... Väčšinou sa v etno/kulturologických prácach definuje ako vyjadrenie vzťahu k materinskému jazyku, k histórii a ku kultúre vlastného etnického/národného spoločenstva.

Podľa Davidovej (2004) je rómstvo/“romipen“ základ hodnotového systému Rómov, tvorí ho: jazyk, kmotrovstvo, „romano kris“, vzťah k rodine, úcta/“paťiv“, udržiavanie svojej piesne, tanca, hudby ... magické prvky a v neposlednom význame postavenie starých žien a mužov.

Stojka, Pivoň (2003, s. 6) vyjadrujú rómstvo ako súhrn hodnôt a zásad, ktoré sa „žijú“, ide s Rómom počas celého života, ak si ho chceme udržať, musíme dodržiavať a ctíť si rómske zvyky, rómstvo je niekoľko zásad, ktoré musíme v našom živote viesť tak, aby o nás každý vedel, že sme Rómovia. Sú to: olašský jazyk a reč, kmotrovstvo, krst, zásnuby, svadba, rómsky súd, vzťah k najbližšej a vzdialenej rodine, úcta, vinš, pieseň, tanec, obliekanie a rómske mená.

Jedno príslovie olašských Rómov hovorí: ...“je dôležité byť človekom, ale ešte dôležitejšie je byť Rómom“. Aj toto slovné vyjadrenie je obrazom dôležitosti rómstva v tejto endogamnej skupine Rómov, ktorá ctí tradície, zvyky svojich predkov a rómstvo je pre nich skutočnou hodnotou ich života, podľa nej myslia, hovoria a konajú.

Rómstvo/úcta (paťiv).

Úcta je jedným z najhodnotnejších vzťahov a darov, ktorý nás sprevádza po celý život. Jej prítomnosť pri nás neznamená len dostávať, ale i dávať. Takto je vnímaná úcta/“paťiv“ aj u Rómov, ktorí sú spätí so svojim rómstvom. Úctu prejavujú tým, že ponúknu jedlom (za ktoré by sme nemali ďakovať, pretože to je urážkou). Úctu prejavujú Rómovia aj tým, že dedinskí muzikanti prijmú pozvanie ísť zahrať svojim príbuzným a známym pri určitej rodinnej alebo spoločenskej udalosti. Úcta je v zmysle romipen skutočne

hodnotným a hlbokým vzťahom, ktorým by úcta v živote ľudí mala byť, je mimoriadnou hodnotou. V zmysle „romipen“ je úcta dávaním niečoho z nášho vnútra – našej schopnosti cez porozumenie sebe samému dávať i porozumeniu iným. Stáva sa tak pre Rómov výzvou, aby sa učili vnímať život okolo seba, žiť v čistote mysle i srdca, je priestorom pre múdrosť.

Pri vyznávaní úcty nás sprevádza obdiv a ocenenie schopnosti iného človeka, Rómovia majú v úcte starých ľudí. Títo sú nositeľmi harmonizácie života človeka (kedy sú jeho činy a správanie v zhode), rozumejú životu, poznajú rôzne praktiky (liečiteľské – v prípade starých žien, „phuri daj“), vyznačujú sa prirodzenou múdrosťou, magickými schopnosťami... Úcta sa týka prejavov vo vzťahu kmotrovstva, príslušnosti v kmeni, rode, v rodine, k mravným zásadám spoločenstva, k tradíciám, ku svojim koreňom, ku svojim predkom, k umeniu, ku kultúre, k svojej identite. Úcta je cestou k rómstvu, rómstvo je cestou k úcte.

Rodina je základnou sociálnou jednotkou tradičnej rómskej kultúry. Tvorí základnú súčasť kultúrnej identity Rómov. „Pre Cigánov a kočovníkov má rodina veľký význam ako základná sociálna jednotka, v ktorej sa zabezpečuje reprodukcia, výchova a ochrana jedinca.“ (Liégeois, 1995 s. 75).

Dubayová (2001) uvádza hodnotu rodiny pre Rómov v zmysle ich opory, prvého a posledného ich vlastníctva,

Radičová (2002) z hľadiska demografických špecifik opisuje rómsku rodinu s charakteristikou mnohopočetnosti. Tento tradičný znak rómskej rodiny umožňuje prejavov príbuzenskej a rodovo-rodinnej solidarity, vzájomnej pomoci v zmysle príslovia ...“brat platí za brata“. Málopočetná rodina sa považuje za oslabenú. Spoločenstvá, najmä kočujúcich Rómov dodržiavajú obyčajové právo v podobe endogamného uzatvárania manželských zväzkov (v rámci vlastného rodu).

Tradičnú rómsku rodinu charakterizuje Davidová (2004) ako patriarchálnu veľkorodinu, patriacu do širšej rodovo endogamnej skupiny. Rodinné vzťahy, štruktúra a hierarchia rodiny i rolí jej členov záviseli vždy od vzťahu a skupinových zákonov, ktorým boli, a do istej miery naďalej sú podriadené.

Patrilinearitu a matrilinearitu opisuje Lužica (2004, s. 41-42): ... „u usadených Rómov vstupovala žena do rodiny muža. V kočovníckych rodoch ženatý muž sa zväzoval s rodom manželky. Jeho spoločenská rola zostáva hostovská lebo sa v rode nenarodil. Ak manželstvo zaniklo, muž sa vrátil

do svojho pôvodného rodu“. Príbuzenskú pospolitosť, ktorú tvorí 3 až 5 generácií, označujú Rómovia ako „famel'ija“/„famil'ija“ (rodina). Ďalej sa stretávame s označením „fajta“ (rod) s dôrazom na vertikálnu líniu po otcovej strane („pal o dad“ - rod otca a „pal e daj“ - rod matky).

Rosinský (2006) opisuje širšiu rómsku rodinu ako širšie príbuzenstvo, zahŕňa sem prarodičov, strýkov a tety, bratrancov a sesternice. Ide o veľmi početnú skupinu, ktorú stmelujú nielen pokrvné zväzky, ale aj rodinná tradícia, postoje, rysy a jazyk. Cangár (2002) si všíma rodinnej súdržnosti, prvkov solidarity, ak urobí chybu jednotlivec, urobí ju celá rodina. Rodina má samozrejme významné poslanie v zachovávaní špecifik vlastnej kultúry, teda jednotlivých socio-kultúrnych prvkov kultúrnej identity Rómov (rodina a materinský jazyk, rodina a rómsky folklór, rodina a obyčajové kultúra, zvyky, obrady, magicko-ochranné prvky, zachovávanie romipen a iné).

Rodovo-rodinným vzťahom, väzbám a príbuzenskej štruktúre je možné sa venovať v kontexte historického opisu, tradičného spôsobu života Romov, ale zároveň aj súčasnou analýzou. U obyvateľov rómskych osád sprevádza súčasný rodinný život však už celý komplex sociálno-ekonomických problémov i sociálno-patologických javov, istý rozpad tradičných pozitívnych morálnych a etických prvkov rómskej rodiny.

Horváthová (1964) odvodzuje skladbu rómskej rodiny v 50. rokoch predchádzajúceho storočia od niekoľkých ženatých bratov, ich ženatých synov a detí, označovanú ako partija, o záležitostiach tejto skupiny rozhodoval vajda, cigánsky thule, mujalo, čibalo.

Súčasný život rómskych rodín je viacerými romologickými odborníkmi posudzovaný ako rozpad tradičných vzťahov v rodine, avšak napriek tomuto javu eviduje Raichlová (2001) úzke prepojenie a komunikovanie členov rozšírených rodín. Krízu ako mnohohrstevný jav, v prostredí osád sprevádzaný vplyvom ekonomických a sociálnych podmienok definuje Lužica (2004). Súčasný problémy obyvateľov rómskych osád a obyvateľov koncentrovaných mestských lokalít sa týkajú v oblasti rodinného života najmä existenčných problémov (platby za bývanie, za energiu, stav nezamestnanosti), ako aj absentovanie celkovej kvality života.

7.2.2 Marginalizácia Rómov ako bariéra sociálnej a občianskej inklúzie

Situácia Rómov sa stále považuje za nepriaznivú, dokonca je podľa niektorých odborníkov i laikov oproti minulosti ešte zhoršená; marginalizácia

Rómov je stále evidentná. Aj v tomto je možné hľadať príčiny sociálneho dištancu majoritnej populácie voči Rómom.

Marginalizácia sa vzťahuje k celkovej kvalite života, oblasti bývania, vzdelávania, profesijného uplatnenia i v ďalších oblastiach. Postavenie marginalizovaných rómskych komunít vykazuje status „nižšej kasty“ - „underclass“ (Vašečka, 2000); prehľbovanie sociálnej marginalizácie sprevádza sociálny dištanc voči týmto komunitám.

Zhoršovanie stavu, ktorý je zapríčinený množstvom subjektívnych i objektívnych javov vyžaduje aj efektívne aktivity v pomáhajúcich profesiách, najmä v sociálnej práci a v sociálnej politike.

Po roku 1989 sa východná Európa výrazne mení po páde komunistického režimu vo viacerých krajinách. Transformujúca sa, občianska spoločnosť zmenila aj súčasné postavenie Rómov na Slovensku. Bol im priznaný status národnostnej menšiny a evidujeme od tohoto obdobia aj výraznejšie snahy o etnickú (národnostnú i národnú) revitalizáciu Rómov.

Etnická revitalizácia sa prejavuje v rôznych podobách zamerania nielen odbornej, vedeckej komunity v ich epistemologickom zameraní, ale i v zameraní a realizácii cieľov celého radu rómskych aktivistov (predstavujúcich skôr popularizačnú rovinu riešenia danej tematiky).

V nami predkladanom diskurze (romologického charakteru) sa zameriavame na jeho odbornú a vedeckú podobu, a to v obsahovom spracovaní otázok etnickej revitalizácie, mechanizmov zmeny identitárnej paradigmy – etnizácie, etnickej konvezie a etnickej dikcie. Reprezentujú ich viacerí predstavitelia: Kawczynski (2000) – rómska medzinárodná a európska sebaidentifikácia, Hirt, Jakoubek (2005) – antropologický diskurz, multikulturalizmus, konštruovanie národnej identity . Hancock (2005) – rómsky jazyk a kultúrna identita Rómov, posilňovanie identity odstraňovaním sociálnych problémov.

V Slovenskej republike by mal súčasný romologický diskurz predstavovať rozpravu o Rómoch v aspektoch, ktoré je potrebné do našej komunikácie citlivo premietiť a vyjadrovať sa v kontextoch (adresne, konkrétne). Predpokladá komunikáciu a poznanie tematiky o rómskej kultúre, o živote Rómov, o rómskej problematike, o rómskom „probléme“, o rómskych komunitách:

1. tradičná kultúra Rómov v minulosti a život súčasných tradicionalisticky orientovaných rómskych spoločenstiev,

2. medzinárodná rómska kultúra,
3. marginalizované rómske komunity (prostredie „kultúry chudoby“),
4. integrovaní Rómovia (tzv. Rómovia).

V tradičnej rómskej kultúre sa sústreďujeme na poznanie tradícií a kultúrnych hodnôt Rómov v minulosti, ich socio-kultúrnych prvkov, ako sú zvyky, obyčaje, etika, obradový folklór, obyčajové právo, viera, duchovný život, tradičné rómske remeslá i umelecké aktivity. Táto oblasť je v súčasnosti zachovávaná prostredníctvom napĺňania základného kultúrneho vzorca „rómsťva“ a jeho jednotlivých zložiek v živote tradicionalisticky orientovaných rómskych spoločenstiev.

Rómska národná kultúra v súčasnosti predstavuje práve najintenzívnejšiu sféru presadzovania a napĺňania etnickej revitalizácie. Aktivity medzinárodných subjektov i domácich rómskych aktivistov sú zamerané na dosiahnutie výraznejšej sebaidentifikácie v národnostnej kategórii. Súvisia s ňou aj otázky generovania a konštruovania rómskeho národa a iné podobne zamerané aktuálne otázky v súvislosti so zmenami identitárnej paradigmy.

Marginalizované rómske komunity, ktorých život sa spája s charakteristikami kultúry chudoby podľa vymedzenia Lewisa (1965) sprevádza silný pocit marginality, bezmoci, závislosti a podradnosti, výlučné zameranie na prítomnosť, prežívanie zo dňa na deň, chudoba, rezignácia, apatia.

Koncepcia sociálnej práce a pomoci pre marginalizované komunity so znakmi tejto subkultúry sa začala rozvíjať v druhej polovici 20. storočia v americkej spoločnosti (v chudobných štvrtiach miest Mexico City a San Juan), ale aj v Európe. Problematika sa začala skúmať prostredníctvom tzv. blokovaných príležitostí (blocked opportunities). Podrobnejšie sa s týmto konceptom môžeme oboznámiť napríklad prostredníctvom práce Lewisa (1965), ktorý vymedzuje chudobu ako ekonomickú depriváciu, dezorganizáciu, ako životnú stratégiu, spôsob adaptácie na dané životné podmienky, čiže ako reakciu na svoje marginálne postavenie v spoločnosti. Upozorňuje na akceptáciu chudoby tým, že ju ľudia žijúci v tomto prostredí začínajú brať ako normálny stav. Zároveň sa ako problémová javí najmä generačná reprodukcia negatívnych mechanizmov adaptácie (už u detí evidujeme prispôbovanie sa znevýhodneným podmienkam života v ich životných stratégiách, ašpiráciách, postojoch i hodnotách).

Maříková a kol. (1996) chápu kultúru chudoby ako reprodukciu skupín s nižším sociálnym statusom, teda ako určitý subkultúrny spôsob života. Problematike chudoby (i kultúre chudoby) sa ďalej v Českej republike venuje aj Mareš (1999). Na Slovensku jej teoretickú i praktickú reflexiu podáva práca Žilovej (2005) z aspektov sociálnej práce, čo sme spomínali aj v súvislosti s negatívnym vplyvom globalizmu na predchádzajúcich stránkach.

V koncepcii kultúry chudoby sa vyskytuje pojem „underclass“ („podtrieda“). Táto koncepcia vychádza zároveň i z klasických prác (Marxa, Webera a i.) s reflexiou spoločenskej stratifikácie resp. jej stupňa. Ďalej sa rozpracováva tento koncept marginalizácie aj posudzovaním spoločenského znevýhodnenia určitých skupín a ich životnej úrovne v komparácii s inou časťou populácie (Giddens, 2000). Darendorf (1991, s. 268) vyjadruje kontext kultúry chudoby ako *„spoločenskú kategóriu oddelenú od zvyšku spoločnosti bariérou“, „je ťažké s ňou nadviazať vzťah“*.

Problematika marginalizácie je multidisciplinárna a vyžaduje znalosť aj súvisiacich pojmov, ako napríklad sociálna nerovnosť, sociálna súdržnosť, a pod.

Odborníci odporúčajú cestu analýzy kategórie sociálnej súdržnosti z jej dimenzie vecnej (z hľadiska obsahu) i dimenzie rozsahovej (zahrnuje jej existenciu v mikro-, mezo- a makroúrovniach spoločenského života). Prvá - sociálne štrukturálna dimenzia otvára priestor pre poznanie sociálnej exklúzie/inklúzie, ďalej pre otázky vplyvu sociálneho prostredia, del'by práce, sociálnej mobility, diferenciácie, sociálnej nerovnosti.

Ďalšia inštitucionálna dimenzia odzrkadľuje pôsobenie rôznych menších i väčších sociálnych inštitúcií v sociálnom živote a ich regulatívny vplyv, ďalej vnímame v obsahovej rovine sociálnej súdržnosti aj úroveň akčnú (participácia na sociálnom dianí, interakcii, kontaktoch). Osobitne uvádzame ďalšie dve úrovne – identitárnu a kultúrnu (symbolickú) dimenziu. Obidve sú vzájomne prepojené, napríklad prostredníctvom vnímania kultúrnej odlišnosti, „inakosti“ minorít, komunít, skupín, spoločenstiev. Premietajú sa do pozitívnych i negatívnych postojov, ktoré sa najčastejšie prejavujú prostredníctvom kultúrneho pluralizmu resp. etnocentrizmu, diskriminácie, xenofóbie až rasizmu.

Tieto sa dotýkajú nielen jednotlivých oblastí, ale aj rôznych úrovní spoločenského života (sociálnu súdržnosť môžeme vnímať cez príbuzenskú rodovo-rodinnú súdržnosť až po štátnu, národnú, európsku i globálnu). Spája

sa aj s pociťovaním vedomia príslušnosti, spolupatričnosti k predmetným sociálnym kategóriám. Ide tu o súdržnosť v rôznych formách spolužitia ľudí, ktoré vnímame cez konkrétne spoločenstvá. V prípade rómskeho spoločenstva v marginalizovanom prostredí evidujeme marginalizáciu ako dlhodobý sociálny proces.

Celkové zhrnutie tohto procesu, predovšetkým v živote Rómov v tomto type osídlení, môžeme charakterizovať ako sociálne znevýhodnené prostredie, anomické, so zlyhávaním sociálnej kontroly, s absentovaním širších sociálnych vzťahov a väzieb. Zo subjektívnych stránok prežívania a pociťovania tejto situácie je život týchto obyvateľov sprevádzaný stavom rezignácie, apatie, demotivácie, pasivity, fatalizmu a „hľadaním vinníkov“ ich priestorového, ekonomického, kultúrneho i občianskeho vylúčenia.

Sociálna exklúzia týchto obyvateľov predstavuje v konkrétnej podobe problémy v pracovnej oblasti (dlhodobá resp. trvalá nezamestnanosť), v bytovej situácii (preplnenie obydlií, nelegálnosť stavieb a trvalých pobytov, nedostatočné občianske i infraštruktúrne vybavenie osád a i.), ďalej problémy v oblasti vzdelávania detí i úrovne vzdelania dospelých (nedostatočná školská dochádzka detí, bariéry vo vzdelávaní, handicap vyplývajúce zo znevýhodneného sociálneho prostredia, nekvalifikovanosť). V zdravotnej oblasti sú to najmä nedostatočná zdravotná starostlivosť o deti i dospelých, riziká epidémií, celková nízka kvalita života. Evidujeme aj prejavy patologické resp. spoločensky nežiaduce (kriminalita, rôzne návykové správanie a podobne).

V skupinách integrovaných Rómov (tzv. Rómov) je rómska etnicita výraznejšia skôr v ich rodinnom živote. V interakcii s majoritou uprednostňujú občiansky princíp vzájomnej interakcie a hranice „odlišnosti“ majority a seba samých nepociťujú tak intenzívne. Ide im najmä o bezproblémové profesijné uplatnenie, ako aj o širšie začlenenie do majoritnej spoločnosti bez akýchkoľvek prvkov ich zvýhodňovania resp. znevýhodňovania ako rovnocenných a rovnoprávných občanov Slovenskej republiky. Vzájomné spolunažívanie majoritnej spoločnosti a jednotlivých národnostných menšín žijúcich na Slovensku predstavuje občiansky princíp.

Odporúčania romologického diskurzu vo vzťahu k sociálnej práci sa týkajú najmä podpory rozvíjania konceptuálneho modelu sociálnej inklúzie v sociálnej práci s preferenciou stratégií trvalého sociálneho rozvoja a systémového prístupu viacerých odborníkov poskytujúcich pomoc, ktorí by disponovali poznaním súčasných praktikovaných kultúrnych vzorcov identity

Rómov. Vytvorením širšieho potenciálu komunitne orientovaných prístupov ku klientom (rómskym sídelným komunitám) s prvkami ich multidisciplinarity sa vytvára možnosť priamej orientácie na špecifické potreby klientov (komunity). Prístupy reflektovania nepriaznivých sociálnych situácií s prvkami multidisciplinarity vytvárajú vhodnejšiu bázu pre voľbu konkrétnych sociálnych intervencií.

Ďalším konkrétnym zámerom komunitných prístupov v zmysle trvalého sociálneho rozvoja je vytvárať priestor pre prenesenie rómskych osád z periférií záujmu do vzájomného vzťahu s dňom celej obce resp. príslušného územného celku. Uplatňovanie v praxi by mohlo byť nápomocné pri obnove pozitívnych kultúrnych prvkov rómskej identity a životaschopnosti týchto komunít. V niektorých prípadoch už zlepšenie možné nebude, v iných však môže nastať. Uplatňovanie komunitne orientovaných prístupov otvára cestu k riešeniu marginálnosti a nastolenie trvalej udržateľnosti kvality sociálneho života (s prvkami občianskej zainteresovanosti, zodpovednosti a vlastnej participácie) na riešení sociálnych nedostatkov.

Súčasný problém rómskych marginalizovaných komunít je potrebné vnímať najmä ako sociálny problém a nie ako etnický problém. Na deskripciu toho, aké pozitívne prvky sú zastúpené v tradičnej rómskej kultúre bola zameraná identitárna časť nášho textu. Nadväzujeme na ňu aj v závere textu, a to prostredníctvom odkazu sily osobnosti Eleny (Ilony) Lackovej.

7.2.3 Využívanie pozitívnych vzorov v sociálnej edukácii - osobnosť Eleny (Ilony) Lackovej a jej prínos k občianskej tolerancii

Projekt „Senior ako sociálny tútor“ obsahuje v oblasti výchovy k sociálnej spravodlivosti a pozitívnej medzietnickej komunikácie zámer využitia autobiografie „Narodila jsem se pod šťastnou hvězdou“ (1997). Toto rozprávanie známej rómskej spisovateľky a osobnosti rómskej kultúry Eleny (Ilony) Lackovej bolo spracované Milenou Hübschmannovou, jej dlhoročnou priateľkou a významnou predstaviteľkou romistiky v Čechách. Obidve (už zosnulé osobnosti) predstavujú vzácne dlhoročné rómsko-české priateľstvo, ktoré je príkladom občianskej tolerancie a interkultúrneho dialógu.

Uvedený publikačný výstup sme si vybrali z dôvodu, že Elena Lacková v autobiografii vypovedala svoje osobné i sociálne skúsenosti prežité počas takmer celého 20. storočia. Práve v ňom sa intenzívne menili aj ideologické, politické a spoločenské prístupy majority k rómskej minorite a ich kultúre. Výraznú diskrimináciu Rómov v prvých desaťročiach strieda asimilačný

komunistický prístup a následne zmenou po roku 1989 integrácia. Prostredníctvom reflexie života Lackovej, zachyteného v danej autobiografii od jej narodenia v roku 1921 až do roku 1986 (kedy sa autobiografia odovzdávala do tlače), je možné sledovať líniu spoločenských podmienok.

Elena Lacková predstavuje určité symbolické spojenie rómskeho sveta so svetom „ne-rómskym“ (majoritným prostredím). Jej autobiografické výpovede poskytujú zároveň aj reflexiu tradičnej rómskej kultúry, zachytenú citlivým, vnímavým a kultivovaným spôsobom v jej ešte „neporušenej“ podobe (kedy napravovanie jej dysfunkčnosti nebolo tak intenzívne potrebné, ako je tomu v súčasnosti vo vzťahu k marginalizovaným rómskym komunitám).

Práca poskytuje rôzne možnosti jej obsahovej analýzy. Ako príklad etnografickej metódy v edukácii seniorov uvádzame tri ukážky z uvedenej autobiografie, ku ktorej je možné viesť diskusiu s multikultúrnym obsahom. Ukážky zároveň tvoria záver nášho textu, v ktorom približujeme základné obsahové charakteristiky a ciele projektu „Senior ako sociálny tútor“.

Slovensko-rómska a rómsko-slovenská triedna pomoc na spôsob „ja viem - ty vieš“ ...
--

Knihy som nemala, ale chodila som do školy skôr a požičiavala som si ich od slovenských detí. Najskôr sa odo mňa odťahovali, ale potom sa stalo, že učiteľka pred celou triedou začala čítať moje slohové úlohy ako najlepšie a deti si ma oblúbili. Pri zemepise a pri dejepise som im dokonca aj napovedala. V počtoch sa mi nedarilo, ale to mi zase pomohli slovenskí spolužiaci.

„Integrácia a rovnoprávnosť na ochotnícky spôsob“
--

V noci som nemohla spať, vyesedávala som pri okne a rozmyšľala, prečo je všetko tak, ako to je. Volá sa to „rovnoprávnosť“, „rovnoprávnosť“, ale Cigáni sú stále na poslednom mieste [...] Začala som sa zaoberať myšlienkou, že sa do ľudskej spoločnosti musíme vnútiť inakšie, než ako si to predstavovali „gadžovia“, zároveň sa mi vracali vojnové zážitky a skladali sa akoby do divadelných obrazov, a tak som sa raz v noci rozhodla, že napíšem divadelnú hru.

Naše rómske divadlo! A že ukážeme „gadžom“, kto sme, čo sme prežili a čo prežívame, ako cítime, ako by sme chceli žiť [...] Hru som nazvala „Horiaci cigánsky tábor“. Odohrávalo sa v nej, ako našich mužov brali do pracovných táborov, ako nás vystaľovali z dediny, ako sa starosta postavil na odpor žandárom a ako ho zastrelili, ako jeho krásna dcéra Angela volala „otecko,

neumieraj!“ - ale potom so svojim milým, „gadžovským“ inžinierom, ktorý ju k smrti miluje, vyvolá vzburu Rómov proti žandárom a gardistom.

Muž sa ma spýtal, s kým to nacvičíme? „S našimi ľuďmi, s kým iným?!“ A hneď sme začali rozdeľovať herecké úlohy [...] Pomohol riaditeľ školy a konečne sme mohli skúšky z našich domov v osade premiestniť do školskej triedy [...] V triede bola vysoká piecka. Raz, keď už sme chceli ísť domov, z poza pece vyšiel riaditeľ: „Ďakujem vám, súdružka Lacková, pripravili ste mi krásny zážitok!“ Bol dojatý, potriasal mi rukou aj všetkým ostatným, od tej doby nám začal vykať. Dal nám papiere, požičal nám farby aj s učiteľom, ktorý nám namaloval plagáty: „Horiaci cigánsky tábor – hra Eleny Lackovej, cigánske divadlo!“

S plagátom sme chodili po dedine a spievali sme rómske pesničky. Sediaci vychádzali z dvorov a krútili hlavami: „Cigáni budú hrať divadlo. To svet nevidel!“ [...] Prvé predstavenie sme mali v kultúrnom dome v Šariši. Už od obeda prichádzali Rómovia z ďaleka, [...] hodinu pred predstavením bola sála plná. Až potom prichádzali „gadžovia“. Naši ľudia vstávali a uvoľnili im miesto.

Po predstavení bol obrovský potlesk. Herci tleskali tiež, lebo nevedeli, čo majú robiť. Nevedeli, že sa majú ukloniť. Potom ma diváci vyvolali na javisko. Mala som krátky prejav. Svoj prvý prejav v živote. Potom sme spievali „Cigánsky plač“. Diváci tleskali, že sa to nedá ani opísať. A ja som prvýkrát v živote cítila, že sa na nás „gadžovia“ pozerajú ako na ľudí.

Dnes, keď na naše vystúpenia spomínam, vybavuje sa mi radosť nad tým, ako sme pri každom predstavení znova a znova prežívali svoju ľudskú dôstojnosť a ako nám reakcie divákov dávali snáď prvý raz v živote pocítiť naozajstnú rovnoprávnosť a pocit ľudskej spolupatričnosti bez ohľadu na to, akú má kto farbu pleti, alebo k akej národnosti patrí ...

„Podaná ruka pomoci pre všetky typy ľudí“

Aj v cigánskych osadách, kde ľudia na prvý pohľad vyzerali všetci rovnako úboho a v očiach „gadžov“ boli všetci „Cigáni“, sa vyskytovali najrôznejšie ľudské typy, individuality, ... ibaže aj ten najpribojnejší ľudský tvor obdarený tvorivými schopnosťami a ochotou ich realizovať, potrebuje príležitosť rozvinúť v sebe svoju ľudskosť a svoje schopnosti, tak aj tí slabší, pohodlnejší, váhavejší, bezradnejší ...

Predchádzajúci tematický celok obsahoval prezentáciu vybraných okruhov identitárnej paradigmy. Od všeobecných charakteristík identity sa v ňom podrobnejšie uvádzajú prvky kultúrnej identity tradičnej rómskej

kultúry a jej osobností ako potenciálu edukačného materiálu pri naplňaní výchovy k občianskej tolerancii a sociálnej spravodlivosti. Text obsahuje aj reflexiu súčasných sociálnych problémov a marginalizácie v sociálne vylúčených rómskych komunitách a ich posudzovanie v dvoch odlišných názorových podobách: v primordialistickom a sociálne-konstruktivistickom diskurze.

Realizácia projektu „Senior ako sociálny tútor“ s predpokladom občianskej aktivity seniorov môže byť úspešným edukačným programom nielen na základe ich získaných životných skúseností, ale aj vzdelávaním, ktoré prináša rozširovanie ich sociálnych kompetencií v oblasti multikultúrnej výchovy. Vo svojom lokálnom spoločenstve môžu seniori prostredníctvom rôznych sociálnych komunitných aktivít zlepšovať prácu s etnickými minoritami a subkultúrami. Cieľom vzdelávacieho bloku „Senior ako sociálny tútor“, zameraného na odovzdávanie vedomostí o sociálno-interakčnej komunikácii a vzťahoch v etnicky rôznorodom prostredí v duchu multikultúrnej (protipredsudkovej) výchovy je vytvoriť u seniora sociálnu (multikultúrnú) zručnosť ovládania rôznych metodík, podporujúcich pozitívnu sociálnu komunikáciu ako prínos pre sociálnu spravodlivosť v našej spoločnosti. Táto vytvorí sociálnu kompetenciu seniora, ktorá predstavuje schopnosť efektívneho prístupu k problematike integrácie rôznych minorít, resp. sociálnej inklúzie znevýhodnených skupín (osobitne rómskych komunít), rešpektovania ich odlišných špecifik a uplatňovania vzájomnej tolerancie pri koexistencii rôznych ľudských skupín a komunít.

LITERATÚRA

ACTON, T.1974. *Gypsy Politics and Social Change*. Boston: Routledge&Kegan Paul, 1974.

BANKS, J.A. – BANKS, C. A. M. 2009. *Multicultural education: Issues and perspectives*. John Wiley and Sons, 2009. 462 s. ISBN 978-0-470-48328-2.

BANKS, J.A. 1994. *An Introduction to Multicultural Education*, Boston, Allyn and Bacon.

BARŠA, P. 1999. *Politická teorie multikulturalismu*. Brno: CDK, 1999. 348 s. ISBN 80-85959-47-X.

BERGER, P.L.-LUCKMAN, T. *Sociální konstrukce reality*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999.

- BURYÁNEK, J. a kol. 2002. *Intterkulturní vzdělávání: příručka nejen pro středoškolské pedagogy*. Praha: Člověk v tísni, 2002. ISBN 80-7106-614-1.
- CANGÁR, J. *Ludia z rodiny Rómov*. Nové Zámky: Crocus, 2003. ISBN 80-88992-42-7.
- DAHRENDORF, R. 1991. *Moderný sociálny konflikt*. Bratislava: Archa, 1991.
- DANIŠKOVÁ, Z. *Prezlečený marxizmus 2009* Dostupné na internete: <http://www.konzervativizmus.sk/article.php?3073>
- DAVIDOVÁ, E. 2004. *Cesty Romů - Romano drom 1945-1990*. Olomouc: UK, 2004. 273 s. ISBN: 80-244-0524-5.
- DUBAYOVÁ, M. *Rómovia v procesoch kultúrnej zmeny*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity 2001, 183 s. ISBN 80-8068-059-0.
- ERIKSEN, T.H. 2007. *Antropologie multikulturních společností*. Rozumět identitě. Praha: Triton, 2007. s. 270. ISBN 978-80-7254-925-2.
- GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo. 596 s. 2000. ISBN: 8072031244.
- HANCOCK, I. *My, rómsky národ*. Bratislava: Petrus. 249 s. ISBN: 8088939976
- HARRÉ, R.-GILLET, G. 2001. *Diskurz a myseľ: Úvod do diskurzívnej psychológie*. Bratislava: IRIS, 2001. 215 s. ISBN 80-89018-08-4.
- HATÁR, C. 2006. *Konštituovanie a rozvoj sociálnej andragogiky v systéme slovenskej andragogickej vedy*. Pedagogická orientace, 2006, č. 1, s. 100–111.
- HIRT, T. 2005. *Svět podle multikulturalismu*. In: HIRT, T., JAKOUBEK, M. et. al.: Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identit: Antropologická perspektiva. Plzeň 2005 : Aleš Čeněk. ISBN 80-86898-22-9. s. 9 – 76.
- HIRT, T. 2008. *Multikulturalismus: uzavřená kapitola nebo aktuální společenská vize?* In: Soudobá sociologie III, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1486-1. s.294-315.
- HORVÁTHOVÁ, E. *Cigáni na Slovensku*. Bratislava: SAV, 1964. ISSN 1211-466.
- JAKOUBEK, M. (ed.) 2008. *Cikáni a etnicita*. Praha: Triton, 2008. 403 s. ISBN: 9788073871055.
- KAWCYNSKI, R. Roma in Deutschland – Zwischen Vertreibung und Pogrom. In: Bleiberecht. Hamburg, Roma & Cinti Union. 2000.
- KELLER, J. *Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme*. SLON, 2011. 198 s. ISBN 978-80-7419-059-9.

LACKOVÁ, E. 1997. *Narodila jsem se pod šťastnou hvězdou*. Praha: Triáda, 1997. 288 s. ISBN 80-901861-8-1.

LEWIS, O. *La Vida*. New York: Random House. 1965.

LIÉGEOIS, J.P. *Rómovia, Cigáni, kočovníci: dejiny a súčasnosť v európskom kontexte*. Bratislava: Charis. 272 s. ISBN 9788096767427.

LOCKWOOD, W.G. *Introduction*, In: *From Beyond Ethnic Boundaries: New Approach in the Anthropology and Ethnicity*. Michigan Discussions in Antropology, vol.7, 1984.

LOVISEK, J. 2010. *Multikulturalizmus a problémy integrácie moslimských prisťahovalcov*. In: *Pracovné zošity Katedry politológie FiF UK. Ročník I, číslo 2/2010*. Dostupné na internete: http://www.fphil.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/kpol/pracovne_zosity_kpol/2010/Pracovne_zosity_Katedry_politologie_FiF_UK_02-2010_-_Judit_Lovisek.pdf.

LUŽICA, R. 2004. *Kapitoly z rómskej kultúry*. Trnava: SAP, 2004. 97s., ISBN 80-89104-34-7. 4.

MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: SLON. 248 s. ISBN 8085850613.

MAŘÍKOVÁ, H. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: UK, Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.

MIRGA, A. 2008. *Kategorie „romanipen“ a etnické hranice Cikánů*. In: Jakoubek, M. (ed.). *Cikáni a etnicita*. Praha : Triton, 2008. 403 s. ISBN: 9788073871055.

MISTRÍK, E. 2008. *Multikultúrna výchova v škole – Ako reagovať na kultúrnu rôznorodosť*. Nadácia otvorenej spoločnosti, Bratislava 2008. s 88. ISBN 978-80-969271-4-2.

Príspevok v časopise, periodiku:

PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. – MAREŠ, J. 2009. *Pedagogický slovník*. Portál - Praha, 2009. 400 s. ISBN 978-80-736764-76.

PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. Praha: ISV, 2001. 211 s. ISBN 80-85866-72-2.

RADIČOVÁ, I. S.O.S. *Sociálna ochrana na Slovensku*. Bratislava: Nadácia S.P.A.C.E. (Centrum pre analýzu sociálnej politiky), 2002. ISBN: 80 – 88991 – 17 – X.

RAICHLOVÁ, I. a kol. 2001. *Romové a nacionalismus?* Brno: MRK, 2001 . 247 s. ISBN 80-902476-9-5.

- ROSINSKÝ, R. 2006. *Čhavale Romale alebo Motivácia rómskych žiakov k učeniu*. Nitra: UKF FSV, 2006. ISBN 80-8050-955-7.
- SARTORI, G. 2005. *Pluralismus, Multikulturalismus a Přistěhovalci – Esej o multietnické společnosti*. Praha: DOKOŘÁN, 2005. 136 s. ISBN 80-7363-022-2136.
- STOJKA, P.- PIVOŇ, R. 2003. *Náš život – Amáro Trajo*. Bratislava: Slavomír Drozd studio pre Nadáciu INFOROMA, 2003.
- TÓTH, R. 2006. *Chuť moci vo svete – Politické systémy vo svete*. Mladé letá, Bratislava, 2006 – prvé vydanie. s. 256. ISBN 80-10-00003-5.
- VAŠEČKA, I. *Rómovia – najväčšia výzva na ceste Slovenska k členstvu k Európskej únii*. Bratislava: IVO, 2000.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- ŽILOVÁ, A. *Chudoba a jej premeny na Slovensku*. Badín: MENTOR, 2005. 162 s. ISBN 9788096893225.

Názov: Zdravotno-sociálne aspekty života seniorov

Autori a autorky: Miroslava LÍŠKOVÁ a kol.

PhDr. Miroslava LÍŠKOVÁ, PhD.

PhDr. Dana ZRUBCOVÁ, PhD.

PhDr. Ľubica POLEDNÍKOVÁ, PhD.

PhDr. Mária KOVALOVÁ, PhD., MPH

doc. PhDr. ThDr. Andrej MÁTEL, PhD.

Mgr. Ivan RÁC, PhD.

doc. PhDr. PaedDr. Lýdia LEHOCZKÁ, PhD.

Recenzenti: doc. PaedDr. Ctibor HATÁR, PhD.

doc. PhDr. Helena KOŇOŠOVÁ, PhD.

Rok vydania: 2014

Vydanie: prvé

Rozsah: 164 strán

Náklad: 100 ks

Cover design: Mgr. Ľubomír ZABADAL, PhD.

Technická úprava: Mgr. Branislav ZIMAN

Jazyková korekcia: PaedDr. Anna ROSENBERGOVÁ

Vydavateľ: UKF v Nitre

Tlač: EQUILIBRIA, s.r.o.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat' bez súhlasu majiteľov práv.

ISBN 978-80-558-0552-8

EAN 9788055805528



Názov projektu: Zvyšovanie kvality ďalšieho vzdelávania seniorov na Univerzite tretieho veku pri UKF v Nitre
„Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť/
Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ“

978-80-558-0552-8



9 788055 805528