

# Sociálna ochrana starších ľudí v SR

## 1. Úvod do problematiky

Starnutie obyvateľstva so sebou prináša aj množstvo spoločenských problémov a dôsledkov, preto je to záležitosť nielen individuálna, ale aj spoločenská. Vlády jednotlivých krajín rozpracúvajú rôzne opatrenia na sociálnu ochranu starších osôb, a tiež opatrenia na dodržiavanie ich ľudských, občianskych, politických práv. Vo všeobecnosti možno tieto opatrenia vidieť v skvalitňovaní zdravotníckej starostlivosti zavádzaním nových liečiteľských technológií, vhodného bývania, potrebných sociálnych služieb, ktoré sú potrebné na zabezpečenie dôstojného života v rodine a v spoločnosti (Gabrielová, 2010, s. 449). Súčasťou sociálnej ochrany občanov je aj ich sociálne zabezpečenie.

Sociálne zabezpečenie seniorov na území Slovenskej republiky je realizované a poskytované v zmysle platných právnych úprav, prevažne zákonom č. 448/2008 Z.z. účinného od 1. januára 2009 o sociálnych službách a zákonom č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení. Osobitná legislatívna úprava zákon č. 328/2002 Z.z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov upravuje predmetné záležitosti pre vybrané skupiny profesionálov (príslušníci Policajného zboru SR, Národného bezpečnostného úradu, železničnej polície a pod.). V súvislosti so systémom sociálnej ochrany občanov seniorského veku má nezastupiteľné miesto v oblasti právnych predpisov aj zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia.

## 2. Princípy OSN

Domáca sociálna legislatíva implementuje v sebe pravidlá a princípy akcentované celosvetovo. Princípy OSN pre starších ľudí tvoria základné princípy štátnej politiky vo vzťahu k starším občanom aj v podmienkach SR. Tieto princípy sú v zásade obsiahnuté aj v Rozhodnutí komisie EÚ č. 91/544 a 93/417. Ide o tieto princípy s ich obsahovým vymedzením:

- 1) princípy nezávislosti: určujú, aby starší ľudia mali príjem alebo prístup k pracovným príležitostiam, prístup k službám a starostlivosti, k vzdelaniu a zaškoľovacím príležitostiam, k bezpečnému životnému okoliu a možnosť bývať doma čo najdlhšie;
- 2) princípy zúčastnenosti: spolurozhodovanie, šírenie poznatkov, sociálna činnosť a zakladanie hnutí alebo združení starších ľudí;
- 3) princípy starostlivosti: zahrňujú starostlivosť rodiny, spoločnosti, prístup k zdravotníckym, sociálnym a právnym službám;
- 4) princípy sebarealizácie: upravujú príležitosti pre plný rozvoj potenciálu starších ľudí, prístup starších k vzdelávacím, kultúrnym, duchovným a rekreačným aktivitám spoločnosti;
- 5) princípy dôstojnosti: týkajú sa problémov vykorisťovania a fyzického alebo duševného zneužívania starších ľudí, slušného zaobchádzania a nehodnotenia podľa ekonomického prínosu (Národný program ochrany starších ľudí, 1999, s. 5).

OSN sa problematikou starnutia zaoberá aj v projekte *Agenda on Ageing for the 21-st Century*. Na vedeckej konferencii (Viedeň, 1999) boli sformulované tri prioritné oblasti:

- 1) Vplyv starnutia na kvalitu života a „zdravé starnutie“.
- 2) Produktivita a integrácia.
- 3) Materiálne zabezpečenie po celý život, podporné siete, systematická starostlivosť a podpora.

Každá z prioritných oblastí bola skúmaná z perspektívy štyroch kľúčových oblastí: situácia starších osôb, priebeh života, medzigeneračné vzťahy, starnutie populácie a vývoj. Každú z perspektív možno definovať prostredníctvom troch priorit a tie ešte rozdeliť na 4 subkategórie – jedinec, rodina/príbuzenstvo, susedstvo/užšia spoločnosť, širšia spoločnosť.

### 3. Aktivity v prospech starších ľudí

Náklady na problematiku starnutia by mali byť považované za trvalú investíciu. Dôležitou podmienkou sociálno-ekonomického rozvoja je vekovo integrovaná spoločnosť, v ktorej je eliminovaná veková diskriminácia i nedobrovoľná segregácia. Starnutie je celoživotný proces a tak by malo byť aj chápané. Dôchodkové reformy sú v právomoci jednotlivých členských štátov. EÚ sa snaží túto oblasť ovplyvniť tzv. otvorenou metódou koordinácie. To znamená, že Európska únia podporuje štáty v realizácii rôznych politík, hodnotí jednotlivé kroky alebo porovnáva jednotlivé štáty podľa rôznych indikátorov. V niektorých krajinách už automatické mechanizmy úspešne fungujú napríklad vo forme automatického zvyšovania veku odchodu do dôchodku s tým ako rastie priemerná dĺžka života. V ďalších štátoch je vek odchodu do dôchodku závislý od hospodárskeho rastu. V Holandsku, Nemecku a Švédsku sú dôchodky vzájomne naviazané na celkovú rovnováhu systému, ktorá sa počíta na základe mnohých ukazovateľov podmienok pracovného trhu a finančnej udržateľnosti dôchodkových fondov (Brusel chce ovplyvňovať..., 2010).

---

**Otvorená metóda koordinácie** je viacstupňový proces. Skladá sa z týchto fáz: 1/ stanovenie spoločných plánov a cieľov Únie, 2/ zavedenie spoločných indikátorov ako prostriedkov na porovnanie osvedčenej praxe a procesov merania, 3/ prenesenie európskych plánov do národných/regionálnych politík, 4/ analýza, monitoring a hodnotenie (Euro Encyklopédia, 2011).

Všetky inštitúcie zaangažované do tejto problematiky majú zvláštnu zodpovednosť za mimoriadne zraniteľných seniorov, predovšetkým za chudobných, medzi ktorými sú často ženy a obyvatelia vidieckych oblastí. Pavelová (2006) poukazuje na možnosti využitia komunitnej práce i komunitnej sociálnej práce aj pri riešení situácie generácie vo veku 50 plus práve pre demografický vývoj, ktorý sprevádza posun k starnutiu obyvateľstva. Konštatuje, že ide o možnosti zamerať aktivity komunity na ďalšie vzdelávanie seniorov, spoločenské, kultúrne a športové vyžitie, dobrovoľníctvo, príležitosť k práci, poskytovanie služieb priamo v mieste bydliska. Ich cieľom by malo byť udržať na čo najvyššej úrovni kvalitu života každého seniora. Aktivity komunity možno zamerať aj na prípravu na starnutie, obzvlášť generáciu 50 plus. Ďalej dodáva, že sociálna práca s komunitou je výrazne sociologicky orientovaná, ale zároveň má interdisciplinárny charakter. Pomáha ľuďom v konkrétnych životných situáciách v určitom územnom celku. Rešpektuje biologické, etnické, psychologické, kultúrne, sociálne, ekonomické a ekologické potreby členov komunity. Základným cieľom tejto práce je vytvorenie siete vzájomnej pomoci, zapojenie dobrovoľníkov do činnosti, posilnenie susedskej pomoci a decentralizáciu niektorých služieb sociálnej starostlivosti do blízkeho susedstva (Pavelová, 2004).

### 4. Sociálne služby určené starším ľuďom

Je potrebné zabezpečiť najmä sociálne služby, ktoré majú zabrániť vylúčeniu starších občanov zo spoločnosti a súčasne nahradiť úbytok sebestačnosti z titulu prirodzeného starnutia. Je treba myslieť na kvalitu života staršieho človeka, dať mu možnosť a šancu

pripraviť sa na starobu, dať mu istotu, že sa oňho niekto postará. Starostlivosť o staršieho človeka a jej úroveň je jedným z ukazovateľov morálnej úrovne spoločnosti.

V súčasnosti sa stále viac na odborných plénach diskutuje na tému dlhodobej starostlivosti určenej straším ľuďom. OECD (In Repková, Brichtová, 2009, s.16) považuje dlhodobú starostlivosť „za súbor služieb, ktoré potrebujú osoby závislé od pomoci pri bežných denných činnostiach. Takáto personálna pomoc je často poskytovaná v kombinácii so základnými zdravotníckymi službami, akými je napríklad ošetrovanie rán, manažment bolesti, prevencia, rehabilitácia alebo služby paliatívnej starostlivosti.“

Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí je témou zvyšujúcej sa dôležitosti v členských štátoch EÚ a súčasne aj v rámci jej inštitúcií. Dôvody sú veľmi dobre známe. Dlhodobá starostlivosť je v prvom rade okolnosť (situácia), ktorej dôležitosť stúpa starobou. Dopyt po takejto forme starostlivosti medzi staršími ľuďmi rapídne stúpa. Tento trend je akceptovaný okrem iného faktom, že čoraz viac ľudí žije osamotene (Hrozenská a kol., 2008, s. 110).

Dlhodobá starostlivosť v rezorte zdravotníctva je poskytovaná v rámci nemocničnej starostlivosti, v denných stacionároch alebo domácom prostredí. V praxi to vyzerá tak, že nemocnice túto starostlivosť nemôžu poskytnúť z dôvodov limitov poisťovne, denné stacionáre prakticky neexistujú a Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti obvykle nedostanú od zdravotných poisťovní zmluvy na neohraničenú starostlivosť. Pritom platí, že optimálne prostredie pre staršieho človeka je jeho vlastné domáce prostredie (Hegyí, Krajčík, 2006).

## 5. Sociálna ochrana

- Systém tvorený 4 zložkami:

- Zdravotná starostlivosť

- Sociálne poistenie

- Štátna sociálna podpora

- Sociálna pomoc

- Slovensko je zmluvnou stranou revidovanej Európskej sociálnej charty, v ktorej sa hlási k záväzku naplňovať právo starších osôb na sociálnu ochranu

- K tomuto cieľu slúžia nasledovné opatrenia:

- 1/ umožniť starším ľuďom zostať čo možno najdlhšie plnohodnotnými členmi spoločnosti

- 2/ umožniť starším ľuďom slobodne si zvoliť spôsob života a viesť nezávislý život v prirodzenom prostredí tak dlho ako si želajú

Plnohodnotné členstvo v spoločnosti je potrebné dosahovať:

- Zabezpečením príslušných zdrojov, ktoré umožnia dôstojný život a aktívnu účasť na verejnom, spoločenskom a kultúrnom živote

- Poskytnutím informácií o službách určených starším ľuďom a možnosti ich využitia

Pre nezávislý život v prirodzenom prostredí je nutné zabezpečiť:

- Sprostredkovanie vhodných bytov vzhľadom na ich potreby a zdravotný stav

- Sprostredkovanie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, ktoré si vyžaduje ich zdravotný stav alebo sociálna situácia
- Zabezpečenie primeranej pomoci ľuďom žijúcim v rezidenciách (inštitúciách) pri rešpektovaní ich súkromia a zaručenie ich účasti na určovaní životných podmienok v nich

## 6. Právny rámec sociálnej ochrany

- Filozofia obsiahnutá v právnych dokumentoch smeruje k zabezpečeniu dôstojnej životnej úrovne každého človeka

§ Zákon č. 599/2003 o pomoci v hmotnej núdzi

§ Zákon č. 461/2003 o sociálnom poistení

§ Zákon č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti

§ Zákon č. 580/2004 o zdravotnom poistení

§ Zákon č. 477/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia

§ Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách

## Starnutie, staroba a sociálna ochrana starších ľudí

### Delenie gerontológie

- Teoretická
- Klinická
- Sociálna

### Starnutie

možno rozdeliť na:

- biologické,
- psychologické
- sociálne.

**Biologické starnutie možno vymedziť ako:** dôsledok involúcie štruktúr a funkcií orgánov + zhoršovanie adaptačných a regulačných funkcií + pokles imunity + zníženie zmyslového vnímania.

**psychické-** sa prejavuje zmenenými osobnostnými rysmi + znížením kognitívnych schopností + spomaleným psychomotorickým tempom + zhoršovaním pamäti + nižšou koncentráciou alebo vytrvalosťou a stálosťou v názoroch, rozvahou i toleranciou.

**Sociálne starnutie:** schopnosť adaptácie na odchod do dôchodku, + zmenené sociálne postavenie+ životný program + zmierenie sa so sociálnymi dôsledkami chorôb a pod.

## Staroba

pojem chápaný v dvoch významoch:

**ako čas**, ktorý uplynul od vzniku, zrodu objektu, v ktorom nie je automaticky zahrnuté hodnotenie,

**ako záverečná etapa života**, u človeka často vymedzovaná ako doba od skončenia ekonomickej aktivity do smrti, nazývaná tiež tretím vekom

- **Starnutie** = proces involúcie orgánov a tkanív
- **Staroba** = stav organizmu
- **Starnutie a staroba**= obdobie kedy u ľudí nastávajú (rôznou rýchlosťou) postupné zmeny na úrovni molekulárnej až orgánovej, v dôsledku čoho sa znižuje schopnosť realizovať jednotlivé funkcie organizmu+
- V tomto období sa znižuje schopnosť adaptácie.

### A/ Členenie staroby podľa E.Drlíkovej a kol. (1992, s.109)

- obdobie staroby (od 60/65 roku veku do smrti)
- obdobie staroby ďalej delí na:
- starnutie /presenium/ od 60./65. rokov veku do 70 rokov
- staroba /senium / nad 70 rokov veku

### B/ J. Kuric (1997, s.15) člení obdobie staroby nasledovne:

- štádium počiatočnej staroby (od 60./66. roku do 78. roku)
- štádium pokročilej staroby (od 78. roku veku do 90. roku)
- štádium vrcholnej staroby (začína 91. rokom života a končí smrťou)

### C/ Svetová zdravotnícka organizácia člení obdobia života človeka nasledovne:

- 0-14 rokov - detský vek
- 15-29 rokov - mladý vek
- 30-44 rokov - dospelý vek

- 45-59 rokov - stredný vek
- 60-74 rokov - starší vek /presenium/
- 75-89 rokov - starý vek /senium/
- nad 90 rokov - dlhovekosť

## Teórie starnutia

- Teórií o starnutí je veľa, ale nijaká z doteraz známych sa neprijala všeobecne
- Starnutie ovplyvňuje činnosť buniek a chemickú skladbu ich molekúl, čím nastáva postupný pokles schopnosti adaptovať sa na zmeny prostredia.
- Existujú dve hlavné kategórie- **teórie z opotrebovania**, ktoré vysvetľujú starnutie poškodenými štruktúrami a funkciami ľudského tela. Druhá kategória teórií nazerá na starnutie a starobu **ako na program vedúci zmenám v génoch**

## Genetická teória

- sa zakladá na dlhšom veku rodičov- kde pravdepodobnosť, že **ak sa rodičia dožívajú vysokého veku aj ich deti sa dožijú vyššieho veku** a naopak.
- Predpokladá sa že základom dlhovekosti individua alebo druhu je molekulárny, genetický materiál, ktorý sa nachádza v oplodnenom vajíčku príslušného organizmu.
- Starnutie sa javí ako naprogramovaný dej, pretože sa dá kvantitatívne predvídať.

## Autoimúnna teória

starnutie je **spojené s poklesom funkcie imunitného systému**, čo vedie k zvýšenému výskytu autoimúnnych porúch vo vyššom veku. Prejavuje sa **zvýšeným výskytom chorôb** vrátane nádorov u starých ľudí. Podľa tejto teórie je involúcia týmusu spojená s **poklesom t- buniek a zvýšenie autoprotilátok** je zodpovedné za starnutie a za zvýšený výskyt chorôb vo vyššom veku

## Neuroendokrinná teória

- sa zakladá na predpoklade, že rôzne nervové a **hormónové funkcie kontrolujú proces starnutia**, prípadne aj smrť. Starnutie vzniká postupným poklesom funkcie hormónov v závislosti od veku a znížením reakcie buniek na hormóny. Niektorí autori predpokladajú prítomnosť zvláštneho hormónu hypofýzy, ktorý priamo reguluje starnutie buniek.

- Pokles hormónov
- Nie starnutím dochádza k poklesu hormónov, ale pretože sa znižuje hormonálna produkcia človek starne
- Klesá testosterón, hormóny nadobličiek, rastový hormón a melatonín

## Teória AGE

- Glukóza sa naviaže na proteíny- **glykosylácia**
- vysoká hladina glukózy zlepí proteíny tak, že sa vytvoria nepružné väzby, ktoré stratili flexibilitu a pôvodné funkcie
- Konečné produkty pokročilej glykosylácie = *advanced glykosylation and products* (AGE)- sú faktorom starnutia

## Teória voľných radikálov

- voľné radikály sú **vysoko reaktívne látky**, ktorých množstvo v niektorých patologických prípadoch v organizme stúpa. V živom organizme sa najčastejšie vyskytujú **vo forme voľného radikálu kyslíka**.
- Voľné radikály vstupujú do reakcií s biologicky významnými molekulami, menia ich chemické zloženie a funkciu, čo zapríčiňuje starnutie buniek.

## Lipofuscínová teória

Jej základ tvoria 4 *kritériá*, na základe ktorých možno posúdiť, že sledované javy sú primárnou príčinou starnutia:

*Univerzálnosť*- molekulárna úroveň príčin starnutia

*Škodlivosť*- sledovaný jav je škodlivý

*Progresívnosť*- kumulácia progresívneho (šíriaceho sa) počas dlhého časového obdobia

*Vnútornosť*- jav je nezávislý na faktoroch vonkajšieho prostredia

Tieto kritériá spĺňa **lipofuscín**, tzv. starecký pigment. Teda lipofuscín by mohol predstavovať príčinu starnutia na bunkovej úrovni

## Demografické ukazovatele

- Vekovú štruktúru obyvateľstva determinuje najmä úroveň pôrodnosti a plodnosti.

- Dominantnou charakteristikou sú demografické procesy a zmeny definované najmä výrazným poklesom prirodzeného prírastku obyvateľstva, zmenami v natalite, sobášnosti a rozvodovosti či partnerského spolužitia a pod..
- Demografické správanie sa výraznejšie mení v 90. rokoch 20. storočia
- Prudký pokles najmladších vekových skupín
- Málopočetná detská zložka obyvateľstva, ktorá má nízku reprodukčnú schopnosť
- V roku 2030 výrazný prírastok početnosti v kategórii 65+ rokov
- Početnosť 0-14 ročných klesne na 14,60% (2030) oproti 19,81% (1999)
- Podľa Rossetovej stupnice podiel 12% a viac osôb starších 60 rokov v populácii znamená, že sa jedná o populáciu starú.
- Podľa stupnice OSN sa za starú populáciu považuje taká, v ktorej je 7% a viac ľudí vo veku nad 65 rokov (Zavázalová- Zaremba In. Hegyi-Krajčík, 2010).
- Index starnutia vyjadruje počet osôb vo veku nad 65 rokov k počtu detí vo veku 0-14 rokov.
- Index feminity vyjadruje počet žien na 100 prípadne 1000 mužov v jednotlivých vekových kategóriách.

Hlavné vekové skupiny sú:

1. 0-17rokov pred reprodukčná
2. 18-44 rokov reprodukčná
3. 45-64 rokov po reprodukčná, produktívna
4. 65 a viac r. po reprodukčná poporoduktívna

Priemerná dĺžka života

- Medzi krajiny, ktoré sa môžu pochváliť najdlhšou priemernou dĺžkou života sa radia:
- Francúzsko s 80,87, Švédsko s 80,74 a Taliansko s 80,07 rokmi.
- V škandinávskych krajinách je dlhovekosť pripisovaná veľmi kvalitnej lekárskej starostlivosti a zdravému životnému štýlu Severanov: nízka spotreba alkoholu a cigariet, zdravá strava a šport.
- V južných krajinách EÚ – Francúzsku, Taliansku a Španielsku – je popri kvalitnej lekárskej starostlivosti dlhovekosť pripisovaná i nepripúšťaniu si stresu a užívaniu radosti.

Slovensko (75,17) roku veku.

Česko (76,62),

Poľsko (75,41),

Írsko (78,07),

Nemecko (79,10),

Holandsko (79,25),

Rakúsko (79,36) .... atď.

(<http://portal.statistics.sk>, 15-10-2007)

## Sociálna ochrana starších v SR

- Systém tvorený 4 zložkami:
- Zdravotná starostlivosť
- Sociálne poistenie
- Štátna sociálna podpora
- Sociálna pomoc
- Slovensko je zmluvnou stranou revidovanej Európskej sociálnej charty, v ktorej sa hlási k záväzku naplňovať právo starších osôb na sociálnu ochranu
- K tomuto cieľu slúžia nasledovné opatrenia:

1/ umožniť starším ľuďom zostať čo možno najdlhšie plnohodnotnými členmi spoločnosti

2/ umožniť starším ľuďom slobodne si zvoliť spôsob života a viesť nezávislý život v prirodzenom prostredí tak dlho ako si želajú

## Plnohodnotné členstvo v spoločnosti

- Zabezpečením príslušných zdrojov, ktoré umožnia dôstojný život a aktívnu účasť na verejnom, spoločenskom a kultúrnom živote
- Poskytnutím informácií o službách určených starším ľuďom a možnosti ich využitia

## Nezávislý život v prirodzenom prostredí

- Sprostredkovanie vhodných bytov vzhľadom na ich potreby a zdravotný stav

- Sprostredkovanie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, ktoré si vyžaduje ich zdravotný stav alebo sociálna situácia
- Zabezpečenie primeranej pomoci ľuďom žijúcim v rezidenciách (inštitúciách) pri rešpektovaní ich súkromia a zaručenie ich účasti na určovaní životných podmienok v nich

## Právny rámec problematiky

- Filozofia obsiahnutá v právnych dokumentoch smeruje k zabezpečeniu dôstojnej životnej úrovne každého človeka
- Zákon č. 599/2003 o pomoci v hmotnej núdzi
- Zákon č. 461/2003 o sociálnom poistení
- Zákon č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti
- Zákon č. 580/2004 o zdravotnom poistení
- Zákon č. 477/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia
- Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách

## Filozofia prístupu k starším ľuďom a v práci s nimi

- Východiskovým bodom v práci so seniorským klientom sú potreby. Základná psychologická štruktúra človeka je analogická s jeho fyzickou štruktúrou.
- Ľudia majú potreby, kapacity a tendencie, ktoré sú geneticky založené. Niektoré sú typické pre všetkých, iné sú vysoko individuálne.
- A.H. Maslow sformuloval teóriu ľudskej motivácie, kde mnohotvárne ľudské potreby sú hierarchicky usporiadané. Znamená to, že určité základné potreby musia byť uspokojené skôr ako potreby stojace vyššie v tejto hierarchii.
- *Pyramída potrieb A.H. Maslowa obsahuje 5 stupňov:*

|           |                                       |
|-----------|---------------------------------------|
| 1. stupeň | fyzologické potreby                   |
| 2. stupeň | potreba bezpečia                      |
| 3. stupeň | sociálne potreby                      |
| 4. stupeň | potreba autonómie ( v zmysle slobody) |
| 5. stupeň | potreba sebarealizácie, sebanaplnenia |

## 1. Potreby a hodnoty

- Medzi hodnoty preferovaný sociálnej práce v súvislosti so starostlivosťou o staršieho človeka patrí:

Telesná neporušenosť

- učenie,
- sloboda,
- autonómia,
- kontrola,

kultúrna primeranosť,

sociálna spravodlivosť,

- nenásilnosť,
- sociálna hospodárnosť

- Súčasný charakter sociálnej práce možno vnímať ako posilňujúci autonómiu a integráciu starších ľudí do spoločnosti

## 2. C.P. Alderfer

- Modifikoval maslowovský prístup = rozlišuje 3 skupiny potrieb:

§ existenčné,

§ vzťahové

§ rastové

- Potreby môžu pôsobiť súbežne, aj spätne (ak sa nedá uspokojiť vyššia potreba, venuje sa jednotlivce nadmernému uspokojovaniu potrieb nižších)

## 3. Ľudské potreby

□ „Potreba je niečo, čo človeku chýba, ale najmä to, k čomu človek prostredníctvom potreby smeruje. Je to určitá sila, ktorá človekom hýbe a posúva ho smerom k človeku, predmetu a lebo činnosti, je prejavom bytostného prania. (Pichaud, Thareauová, 1998, s.36)

Mnohé **fyziológické potreby** sú vo svojej podstate homeostatické, slúžiace k udržaniu vnútornej rovnováhy organizmu. Fyziológická potreba demonštruje v určitých prípadoch podkladovú somatickú bázu. Avšak psychologické potreby sa môžu niekedy maskovať za fyziologické. Ak človek bude mať uspokojenú základnú potrebu, až vtedy začína myslieť na potreby iné.

Medzi **potreby bezpečia** patria- potreba istoty, stability, ochrany, štruktúry, poriadku, limitov, práva, oslobodenia sa od strachu a iné. Takéto potreby možno u ľudí pozorovať v jednoduchých veciach, ako je túžba po dobrom, finančne výhodnom zamestnaní, či bankovom konte.

#### 4. Potreby bezpečia

- Pichaud a Thureauová (1998) rozlišujú tri stupne potreby bezpečia:
  1. **Potreba ekonomického zabezpečenia**, ako vedomie človeka, že má dostatok peňazí na živobytie. Táto subkategória potreby bezpečia môže byť príčinou prenikavej úzkosti až strachu najmä u starších ľudí, ktorí prežili vojnu ( robia si zásoby potravín a pod.)
  2. **Potreba fyzického bezpečia**- seniori, ktorí sa ťažšie pohybujú, mávajú strach a obavy z pádov. Túto potrebu možno saturať rôznymi kompenzačnými pomôckami, podaním pomocnej ruky a pod.
  3. **Potreba psychického bezpečia**- znamená mať pocit istoty, nemať strach, necítiť sa stratený napríklad v čase.

**Potreby bezpečia** možno vymedziť aj ich špecifikáciou na:

- potreba istoty,
- Potreba stability,
- Potreba ochrany,
- Potreba štruktúry, poriadku,
- Potreba limitov,
- Potreba práva,

*Potreba oslobodenia sa od strachu a iné*

#### 5. Sociálne potreby

Človek nemôže žiť dlho sám, potrebuje kontakt, komunikáciu s druhými ľuďmi. Potrebuje, aby cítil, že je súčasťou domova a rodiny, spolupracovníkov v zamestnaní. Potrebuje cítiť, že niekam patrí.

- **Nemožnosť naplnenia potrieb** prináležitosti a lásky, nedostatok psychologickéj intímnosti je základným obrazom maladjustácie. Sociálne potreby v sebe obsahujú možnosti a kontakty s inými ľuďmi, možnosť byť a komunikovať s nimi.

Sociálne potreby v sebe zahŕňajú hneď niekoľko druhov potrieb:

- - **potreba informovanosti**- mať informácie o svete, v ktorom človek žije, vedieť, čo sa deje v meste a pod.

- **potreba prináležitosti ku skupine**- byť členom nejakej skupiny-rodiny, priateľov, klubu
- **potreba lásky**- mať niekoho rád a prijímať tento pocit od druhého
- **potreba vyjadrovať sa a byť vypočutý**- mať možnosť s niekým hovoriť, konverzovať, vyjadrovať svoj názor.

## 6. Potreba autonómie

v zmysle byť slobodný, byť sám sebe zákonom, rozhodovať sám za seba tvorí v poradí už štvrtý stupeň v Maslowovej hierarchii potrieb. Je dôležité mať na zreteli obzvlášť pri práci s osobami vyššieho veku, že človek môže byť fyzicky závislý a zároveň psychicky úplne autonómny. Súčasťou potreby autonómie je aj potreba uznania, vážnosti, pocitu užitočnosti, potreba niekomu alebo niečomu slúžiť.

## 7. Potreba seberealizácie

objavuje sa po uspokojení všetkých štyroch úrovní hierarchie. Zjednodušene možno povedať, že človek musí robiť to, na čo sa individuálne hodí. Tento druh potrieb veľmi od seba ľudí odlišuje. Na tejto úrovni sú individuálne diferencie najväčšie.

## 8. Metapotreby

Niektoré sa týkajú poznania a porozumenia, iné sú estetického charakteru.

- spravodlivosť, česť, sociálny poriadok,
- sloboda prejavu, sebavyjadrenia,
- skúmať a vyhľadávať informácie, brániť sa.
- Metapotreby nie sú hierarchizované, ich potencia je rovnaká.
- Sú vzájomne ľahko nahraditeľné.
- Podľa Maslowa sú ľuďom vrodené, tak ako základné potreby.

Ich neuspokojenie sa u človeka môže prejaviť ako apatia, nuda, strata odvahy, sebecko, nenávisť, zúfalstvo

## 9. Osobné potreby seniorov

- Zásada **neprehliadať osobné potreby starších ľudí** a nesústrediť sa iba na vlastné povinnosti je neoddeliteľnou súčasťou výchovy a vzdelávania pracovníkov zariadení sociálnych služieb. Podobným problémom je častý sklon zmiešavať potrebu so žiadosťou. Niekedy to môže zodpovedať aj skutočnosti. Človek obvykle vyjadruje svoju potrebu žiadosťou. Existujú však aj žiadosti, ktoré nezodpovedajú skutočným potrebám.

Väčšina starších ľudí si uspokojuje svoje potreby sama, iní potrebujú pomoc ďalšej osoby pri rôznych úkonoch a činnostiach. Ako sme sa už vyššie zmienili, je potrebné aj človeku, ktorému pomáhame, umožniť, aby si čo najviac vecí urobil sám.

- Pre každú situáciu- interakciu s klientom musí mať pracovník **rôzne alternatívy riešenia**. Alternatívou ku preberaniu kontroly je ponuka pomoci a naopak. Vyššie v texte sa zmieňujeme o charaktere pomoci i kontrole. To čo majú obe spoločné je ich užitočnosť. Túto sám najlepšie posúdi klient. Rozdiel vo voľbe jednotlivých spôsobov profesionálnej práce je určený mierou, v ktorej si pracovník prizýva klienta k spolurozhodovaniu o tom, čo budú spolu robiť, aký spôsob dopracovania sa k cieľu si zvolia.

Úlehla (1999, s.33) hovorí o týchto **profesionálnych spôsoboch kontroly : opatrovanie, dozor, presviedčanie a vyjasňovanie**.

- **Pri opatrovaní** pracovník preberá starostlivosť o klienta, zastupuje ho vo všetkých potrebných úkonoch. Nevidí klientovu schopnosť postarať sa sám o seba.
- **Pri vykonávaní dozoru**, pracovník dozerá nad tým, ako klient dodržiava normy a pravidlá a klient sa podrobuje rozhodnutiu pracovníka o presadzovaní pravidiel.
- **Pri presviedčaní** pracovník podrobuje kontrole najmä klientovu motiváciu, jeho životný štýl, názory, hodnoty. Cíti „potrebu“ motivovať klienta.

**Pri vyjasňovaní dáva pracovník klientovi „šancu sformulovať“ svoju objednávku. Hľadá spoločné témy, významy.**

Podobne vymedzuje štyri **profesionálne spôsoby pomoci: sprevádzanie, vzdelávanie, poradenstvo a terapia**.

- **Pri sprevádzaní** klient očakáva niekoho, kto mu pomôže uniesť problém resp. ho zvládnuť. Pracovník prijíma klientovu objednávku, poskytuje podporu, oporu a stabilitu.
- **Pri vzdelávaní** sa jedná o spoluprácu medzi klientom a pracovníkom za účelom doplnenie informácií alebo overovania či potvrdzovania určitých informácií na základe výhradnej žiadosti klienta.
- **Pri poskytovaní poradenstva** pracovník pomáha klientovi nájsť najužitočnejšiu cestu pri prekonávaní problému (užitočnosť posudzuje sám klient) s využitím vlastných možností.
- **Pri poskytovaní terapie** je obvykle požiadavka klienta v zmysle zbavenia sa trápenia či eliminácie bolesti, pričom pracovník často oceňuje klienta a posilňuje ho v rozvoji riešenia problémovej situácie.

„Profesionálnym poslaním je ponúkať pomoc. A kontrola je profesionálna, ak je cestou k otvoreniu príležitosti naplniť profesionálne poslanie.“ (Úlehla, 1999, s.41)

**Človek má byť pre iných ľudí dôležitý nie len tým, čo robí, ale aj tým, že je.** Všetky vymenované potreby tvoria celok, ktorý spája fyzickú, psychickú a sociálnu stránku jedinca.

**Hodnoty sociálnej práce vo vzťahu k seniorskému klientovi**

- Telesná neporušenosť
- učenie,
- sloboda,
- autonómia,
- kontrola,
- kultúrna primeranosť,
- sociálna spravodlivosť,
- nenásilnosť,
- sociálna hospodárnosť
- Súčasný charakter sociálnej práce možno vnímať ako posilňujúci autonómiu a integráciu starších ľudí do spoločnosti

### Zdroje pomoci

- Hlavný zdroj- rodina seniora
- Kombinácia rodina + štát
- Samospráva resp. štát
- kombinácie starostlivosti rodiny a štátu, ktorá nenaruší autonómiu seniorov a zároveň dovoľuje využívať rodinu ako jeden z možných zdrojov pomoci

### Filozofia prístupu k starším ľuďom

- Východiskovým bodom v práci so seniorskou populáciou obyvateľstva sú **potreby**
- **„Potreba je niečo, čo človeku chýba, ale najmä to, k čomu človek prostredníctvom potreby smeruje. Je to určitá sila, ktorá človekom hýbe a posúva ho smerom k človeku, predmetu a lebo činnosti, je prejavom bytostného prania.(Pichaud, Thareauová, 1998, s.36)**

### Pomoc verzus kontrola

- Technickou výbavou“ každého pomáhajúceho pracovníka je pomoc a kontrola klienta.
- jedná sa o profesionálne spôsoby práce pracovníka, ktoré sa vyskytujú v priebehu rozhovoru s klientom.

Zásadný rozdiel spočíva v záujmoch a to buď toho, kto o pomoc žiada, alebo toho, kto sa rozhodol ponúkať starostlivosť

### Typy opatrovateľov

- Ochranný
- Manipulatívny
- Pomáhajúci
- Autoritatívny

## Sociálna opora starších ľudí

pomáha človeku vyrovnávať sa so situáciami, ktoré sú pre neho náročné a vyžadujú si zložité riešenia

- prostredníctvom sociálnej opory dochádza k uspokojovaniu základných sociálnych potrieb človeka vzájomnou interakciou s iným človekom
- môžeme ju chápať ako prosociálne správanie, ktoré sa vyznačuje realizáciou skutkov v prospech inej osoby bez očakávania odmeny

### 1. Päť krokov sociálnej opory

- 1/ vyslanie signálu- „hľadám pomoc“, „žiadam o pomoc“
- 2/ príjem vyslaného signálu- správne porozumenie osôb
- 3/ vyslanie signálu o tom, že je tu ochota pomôcť
- 4/ príjem pomoci- postihnutá osoba chce/ nechce prijať pomoc
- 5/ spätná väzba medzi osobami

### 2. Pôsobenie sociálnej opory

- Soc. opora funguje ako nárazník- model zameraný na stresové situácie- v prípade, kedy je človek vystavený pôsobeniu stresu
- Model priameho účinku –sociálna opora pôsobí na človeka neustále po celý život- priamy protektívny účinok na zdravotný stav nezávisle od stresu pôsobiaceho na človeka
- Generický model- pôsobenie opory nie je priame, ale sprostredkované správaním človeka alebo biologickou odpoveďou organizmu, resp. obomi

### 3. Zložky sociálnej opory

- Emocionálna opora- empatická forma podávania emocionálnej blízkosti
- Hodnotiacia opora- posilňovanie sebavedomia, kladné sebahodnotenie, povzbudenie vo viere, v nádeji
- Informačná opora- informácia nápomocná pre človeka pri riešení záťažových situácií

- Inštrumentálna opora- konkrétna forma pomoci (finančná výpomoc, zariadenie neodkladných záležitostí)

#### 4. Anticipovaná a získaná opora

- Získaná soc. opora = každodenná opora, konkrétna skúsenosť, pomoc, ktorá bola človeku v situácii núdze poskytnutá, predstavuje pomocné transakcie, ktorým sa človek reálne dostalo.
- Očakávaná (anticipovaná) opora = presvedčenie o tom, že významné blízke osoby sú ochotné a pripravené pomôcť, pocit jedinca, že je ostatnými akceptovaný, že sa o neho zaujímajú a že sa človek vníma ako súčasť nejakého celku.

#### 5. Štruktúrna a funkčná závislosť

- Štruktúrna = sleduje zvláštnosti formálnej charakteristiky sociálnych väzieb (stav, spoločenské role) z hľadiska ich veľkosti a blízkosti
- Funkčná= zvláštnosti kvality sociálnych vzťahov, subjektívne hodnotenie vnímanej pomoci

#### 6. Teórie sociálnej opory

- Teória opornej sociálnej siete – sociálna sieť= súbor všetkých, k danému človeku zameraných oporných dynamických vzťahov v rámci relatívne väčšej skupiny ľudí (vzťah personálu ZSS ku klientovi)
- Teória sociálnej opory ako zvládanie stresu tzv. coping

Coping= „neustále sa meniace kognitívne a behaviorálne snahy riadiť a ovládať špeciálne externé a interné faktory, ktoré sú hodnotené ako niečo, čo kladie príliš veľké požiadavky na daného človeka, prípadne ako niečo, čo prekračuje zdroje danej osoby“ (Lazarus-Folkmanová In. Křivohlavý, 1999, s. 108).

- Sociálna opora ako efekt tzv. nárazníkového vplyvu- úlohou priateľov je tlmiť negatívne pôsobenie stresoru

Tlmivý vplyv sa môže prejaviť:

Ovplyvnením kognitívnej sféry človeka v núdzi- uvedomenie si možností a schopností boja s daným stresom

- Posilnenie sebaúcty, zvýšenie sebavedomia a sebahodnotenia
- Voľbou vhodnej stratégie a taktiky boja so stresom
- Znížením negatívneho pôsobenia stresoru

#### 7. Úrovně sociálnej opory

- Makroúroveň- úroveň účasti na aktivitách najbližšej komunity, zahŕňa celú paletu služieb a zdrojov z najširšieho okolia

- Mezoúroveň- určuje rozsah a kvalita štruktúry a podpory sociálnej siete človeka, môžeme sem zaradiť pomoc a oporu napríklad zo strany susedov, charitatívnych inštitúcií a pod.

- Mikroúroveň- kvalita intímnych vzťahov človeka, rodina a priatelia

## 8. Komplexita sociálnej opory

- SO je dynamický proces, ktorého forma a úroveň sa mení v čase
- SO má interakčnú kvalitatívnu a kvantitatívnu dimenziu, ktoré sú na sebe závislé
- Významnými faktormi SO sú vnímanie potreby a dosiahnutia
- Potreba SO sa mení v rôznych životných situáciách a cykloch
- SO je prirodzeným aspektom každodenného života, aj keď jej potreba sa môže meniť vplyvom stresu
- Zmeny fyzické, psychické, sociálne môžu ovplyvniť vnímanie dosiahnutia a potreby SO
- Jednotlivec, skupina, komunita by mala primerane vedieť zo systémového hľadiska definovať svoju SO
- SO môže vyvolať pozitívne i negatívne účinky
- SO sa môže meniť sociokultúrnymi faktormi a tieto by mali byť brané do úvahy aj pri meraní úrovne SO
- Výskum SO by sa mal sústrediť na podstatu vplyvu sociálnej opory
- Longitudinálne štúdie na zistenie SO v hodnotách populácie

## 9. Obťažujúca sociálna opora

- pôsobí na mieru sebaúcty človeka
- deje sa to v prípadoch, ak človek nemá možnosť vnímať riešenie problémovej situácie ako dôsledok vlastných schopností, chýba mu zdroj informácií o vlastnej kompetencii
- v ďalšom prípade, je možné, že človek môže neustále zasahovanie iných vnímať ako prejav ich nedôvery, z čoho môže vzniknúť pocit menejcennosti
- Mareš (2001) popisuje 4 problémové okruhy:
  - 1/rozdiely vo vnímaní a hodnotení potreby pomoci u poskytovateľa a príjemcu
  - 2/ Problémy súvisiace s jednotlivcom ako poskytovateľom sociálnej opory
  - 3/ Problémy súvisiace so skupinou ako poskytovateľom sociálnej opory
  - 4/ Problémy u jednotlivca so skutočným vyhľadávaním či nevyhľadávaním sociálnej opory

## Diagnostika sociálnej opory

- Metódy zamerané na zisťovanie sociálnej integrácie daného jedinca

- Metódy zamerané na priame zisťovanie očakávanej alebo poskytovanej sociálnej opory
- Metódy zamerané na meranie charakteristík vzájomných vzťahov medzi ľuďmi

## Adaptácia - charakteristika

Existencia všetkých živých organizmov závisí od toho ako sa dokážu prispôbiť zmenám okolitého prostredia. Táto schopnosť stúpajúcim vekom klesá. Starnúci organizmus si síce vytvára nové, ale oveľa labilnejšie mechanizmy, ktorými sa udržiava v meniacich sa podmienkach prostredia.

V staršom veku dochádza k rozvoju nového typu adaptácie, iného ako v mladosti a dospelosti. Adaptovať sa na starobu človek začína vo chvíli, keď si uvedomí, že starne a pripustí si tento fakt.

Úspešnosť adaptácie je okrem iného závislá aj od individuálnej, osobnej výbavy jedinca, ale aj od miery pomoci a podpory zo strany spoločnosti.

### 1. Aktivity sociálneho pracovníka

Sociálni pracovníci sa orientujú predovšetkým na medzigeneračné vzťahy a väzby medzi rodinnými príslušníkmi, prípadne na ich deficit v živote starších ľudí a jeho dôsledky. Pozornosť sa venuje taktiež otázke ekonomického zabezpečenia. Dostatočné zabezpečenie umožňuje kvalitné prežívanie staroby. Ekonomický príjem je realizovaný najmä prostredníctvom vyplácania starobného dôchodku. Väčšina staršieho obyvateľstva nemá žiadnu možnosť iného finančného príjmu.

Adaptačnú schopnosť znižuje najmä prítomnosť somatických ochorení, a samotné riziko adaptačného zlyhania sa zvyšuje najmä pri závažnom ochorení, pri akútnej dekompenzácii chronickej choroby a pri vzniku imobilizácie.

### 2. Vstup do ZSS ako zásadná životná zmena

Starší ľudia odchádzajú do rôznych zariadení sociálnych služieb, keď sa samota stane neznesiteľnou, keď doma už všetko bezpečne nevládnu, alebo častokrát, keď sa o nich boja deti. Vo väčšine prípadov si uvedomujú, že to je do konca života. Opustiť svoj dom znamená pre nich rozlúčiť sa s minulosťou, so všetkým čo tvorilo doterajší život.

Vstup do zariadenia sociálnych služieb je vážnou udalosťou. Je to o to horšie, keď človek naň nie je pripravený. Ľudia, ktorí sa môžu na odchod do zariadenia rozhodnú sami a určitú dobu sa naň pripravujú, sa následne lepšie začleňujú do nového života. Každá zmena je pre človeka náročná, obzvlášť pre človeka staršieho.

Starší ľudia sa dostávajú do zariadení sociálnych služieb obvykle pre zhoršenie zdravotného stavu spojeného s odkázanosťou na pomoc inej osoby, teda zo zdravotných príčin, ale aj z príčin sociálnych. Inou skupinou problémov zvykne byť rozvoj duševnej choroby, neurologických syndrémov, najčastejšie demencie.

### 3. Rizikové skupiny starších ľudí (z hľadiska narušenej adaptácie)

Výskumy ukázali, že adaptačná schopnosť starších ľudí sa znižuje v dôsledku zmenených životných podmienok v starobe. Zmena životných podmienok môže vyvolať stresové mechanizmy, vedúce k zlyhaniu adaptácie a vzniku geriatrického maladaptívneho syndrómu.

„Už v roku 1975 označila skupina expertov SZO **za rizikové skupiny gerontov** tieto skupiny starších ľudí:

- osoby veľmi staré
- osoby vyššieho veku v jednočlenných domácnostiach
- staré ženy predovšetkým osamelé
- starí ľudia žijúci v ústavoch
- starí ľudia žijúci v izolácii
- bezdetní starí ľudia
- starí ľudia trpiaci zdravotným handicapom
- staré páry , kde jeden z manželov je vážne chorý
- starí ľudia s minimálnym príjmom" ( Hegyi,2001,s.46 )

[1] SZO = Svetová zdravotnícka organizácia

#### 4. Adaptačná schopnosť

Podľa L. Hegyiho (1993, s.33) adaptačná schopnosť býva znížená napr. zvyšujúcim sa vekom, prítomnosťou somatických a psychických ochorení, pričom platí, že riziko adaptačného zlyhania sa zväčšuje pri závažnom ochorení, pri akútnej dekompenzácii chronickej choroby a pri vzniku imobilizácie.

Veľmi ťažko možno stanoviť poradie najvyšších rizík v geriatrici. Okrem veku a zdravotného stavu, ktoré treba pokladať za biologické faktory, hrá významnú úlohu celý rad psychosociálnych faktorov, ako je strata životného partnera, strata sebestačnosti, život v izolácii, nevyhnutnosť inštitucionálneho pobytu, zmena prostredia a ďalšie. Všetky uvedené životné zmeny, ktoré starší človek vníma ako životné katastrofy, pôsobia ako stresory a môžu viesť k zlyhaniu adaptácie.

Vstup do zariadenia sociálnych služieb sa prejaví v prežívaní rôznych jednotlivcov rôzne. Prežívanie takejto situácie závisí od zdravotného stavu jedinca, od možnosti pripraviť sa na zmenu prostredia a životného režimu, ako aj od schopnosti človeka prispôbiť sa novým zmeneným podmienkam.

#### 5. Vnímanie a prežívanie traumatickej udalosti

Atkinson-ová a kolektív (2003) klasifikujú udalosti, ktoré možno vnímať ako stresové nasledovne:

1. Traumatické udalosti, ktoré sa nachádzajú mimo oblasť bežnej ľudskej skúsenosti (fyzický útok, prírodná katastrofa)
2. Neovplyvniteľné udalosti, ktoré nemožno mať pod kontrolou, nemožno im zabrániť (závažné ochorenie, strata blízkeho človeka)
3. Nepredvídateľné udalosti- sú neočakávané, človeka zaskočia nepripraveného (dopravná nehoda)
4. Udalosti predstavujúce výzvu pre hranice našich možností a nášho vnímania – hranica je daná subjektívne, pre niekoho zmena bydliska , presťahovanie sa nemusí znamenať stresovú situáciu, pre iného jedinca to naopak môže byť veľký stres

5. Vnútorné konflikty- môžu vzniknúť ako dôsledok rozhodovania sa jedinca medzi nezlučiteľnými alebo protichodnými cieľmi, motívmi či konaním

Počas života si človek formuje a vytvára vlastné stratégie zvládania stresu resp. problémových situácií. Baltes a Baltes-ová (1990 In: Vágnerová, 2000) ponúkajú základné adaptačné stratégie starších ľudí:

Selekcia – spočíva vo výbere aktivít a cieľov prispôsobených aktuálnym schopnostiam jedinca

Optimalizácia- hľadanie ciest čo možno najlepšieho využitia zostávajúcich schopností

Kompenzácia- využívanie zachovaných schopností na účelné vyrovnanie deficitu iných schopností či kompetencií

## 6. Aktívna a pasívna adaptácia

Adaptáciu možno rozdeliť na aktívnu a pasívnu. Pri aktívnej si človek prispôsobuje prostredie- podmienky prostredia, tak aby vyhovovali jeho aktuálnym potrebám, pri pasívnej adaptácii sa človek sám prispôsobuje podmienkam, ktoré prostredie ponúka. Pasívna forma sa využíva najmä vtedy, keď si zmena vyžaduje enormné úsilie alebo vtedy, keď nie je v silách jedinca dané podmienky meniť.

Prevaha pasívnej formy adaptácie, nečinnosť človeka, jeho nechúť i na minimálne zmeny môže viesť k vzniku tzv. maladaptácie. V tomto prípade možno pozorovať nesúlad medzi potrebami jedinca a podmienkami prostredia, ktoré vyústia buď do nepohody a nespokojnosti jedinca alebo jeho okolia.

Adaptáciu má objektívny aj subjektívny rozmer. Objektívny rozmer možno vidieť napr. v zakorenenosti jedinca vo svojej práci, subjektívne rozmer je daný osobnou spokojnosťou či nespokojnosťou so vzťahmi a pod.

## 7. Vlastná adaptácia

Vlastná adaptácia na inštitucionálny pobyt podľa L. Hegyiho (1993,s.54) prebieha v troch fázach:

*Fáza očakávania*- predstavuje časové obdobie od rozhodnutia a podania žiadosti do domova dôchodcov po nástup do domova dôchodcov

*Fáza vlastnej adaptácie*- nastupuje tesne po prijatí do domova dôchodcov a trvá v priemere šesť mesiacov

*Fáza doznievajúcej stresovej reakcie*

Na základe výsledkov výskumov z minulosti boli napr. v sociálnych zariadeniach rozšírené *tri typy adaptácie*:

*dobrá adaptácia*- obyvateľ zariadenia je aktívny a zapája sa do všetkých činností od prvých dní svojho pobytu v zariadení. Bezprostredne nadväzuje kontakty s personálom i spolubývajúcimi, je spokojný, optimistický, s chuťou prijíma potravu, aktívne sa pohybuje po zariadení i jeho okolí a prejavuje záujem o dianie v zariadení i mimo neho

*vyhovujúca adaptácia*- obyvateľ zariadenia neprejavuje aktívny záujem o okolie, ale nestavia sa k nemu negatívne. K výzvam personálu sa stavia pasívne a plní ich bez záujmu. Do rozhovoru so spolubývajúcimi sa nezapája, ale rozhovor počúva. Jedlo prijíma bez chuti a jeho nálada je prevažne pesimistická

*zlá adaptácia*- obyvateľ nemá záujem o nové prostredie, nespolupracuje s personálom, je apatický, depresívny, plačlivý, jedlo prijíma iba s donútením, sedí zahĺbený do seba a odmieta vykonávať akúkoľvek činnosť

## 8. Adaptácia- doba trvania

Pri dobrej adaptácii doba prispôsobenia nepresahuje 6 týždňov, pri vyhovujúcej trvá 4- 6 mesiacov a pri zlej adaptácii ide o prispôsobovanie sa až 12 mesiacov. Schopnosť adaptácie starších ľudí je podmienená vekovými ako aj zmenami fyzického a psychického zdravia, pohyblivosťou, sebestačnosťou.

Starší človek sa počas pobytu v ZSS musí vyrovnávať najmä s týmito problémami: (Hegyí, 2003, s. 51-59).

*Komplikácie liečby* (spôsob liečby a reakcia staršieho človeka na terapiu, nežiaduce účinky liekov, inkontinencia a iné)

*Diétne zvyklosti* ( dietetická trauma, nechutenstvo dôsledku medikácie a iné)

*Dehydratácia* (z nedostatočného príjmu tekutín pri strate smädu a neprítomnosti aktívneho vodného režimu a pri sprievodných ochoreniach a komplikáciách)

*Nozokomiálne nákazy* (najmä v epidemiologicky závažných obdobiach, ako sú neskorá jeseň a jarné mesiace, majú veľký podiel na úmrtnosti)

*Psychosociálna trauma* (vzniká súbehom nepriaznivých okolností ako napr. náhla zmena životného štýlu, strata súkromia, nutnosť prispôbiť sa spolubývajúcim, strata dlhoročných sociálnych kontaktov, existenčná neistota a ďalšie).

*Fyzická trauma* ( nej patria zvlášť pre vyšší vek typické pády a iné úrazy).

*Pobyt na lôžku* (zapríčiňuje mnohé ochorenia, dochádza aj k zrúteniu sociálnej homeostázy: strata sebestačnosti, vznik odkázanosti, sociálna izolácia).

*Diagnostické riziká* (sú dané najmä zvláštnosťami chorôb v starobe).

*Sklon ku komplikáciám* (tento sklon rastie vekom, ide najmä o poruchy vedomia, vodného hospodárstva, imobilizačný syndróm, adaptačné zlyhanie a ďalšie).

*Depresia* (depresia skresľuje priebeh choroby a zhoršuje jej prognózu, vedie k adaptačnému zlyhaniu a k stareckému suícidu).

*Relokačný syndróm* (je to súbor príznakov z maladaptácie ako reakcia na premiestnenie staršieho človeka z domova do dlhodobej ústavnej starostlivosti. Najobvyklejším klinickým príznakom adaptačnej poruchy ako reakcie na relokáciu je prechodný stav zmätenosti).

*Geriatrický maladaptačný syndróm* (najčastejšie klinické prejavy takéhoto syndrómu sú zmätenosť, depresia, imobilita a inkontinencia, pneumónia a ďalšie).

## 9. Rodina v živote seniora

Rodina zohráva v živote staršieho človeka najvýznamnejšiu úlohu. Starším ľuďom rodina dodáva silu vyrovnáť sa so zmenami, ktoré starnutie prináša. Starší človek je od začiatku pripravený znášať starobu a všetky jej úskalia, ale nie je pripravený znášať samotu a opustenosť. Spôsob naplňovania rodinných vzťahov a ich hodnota má špecifický a podstatný význam v spôsobe života starších ľudí.

Mnohé výskumy ukazujú, že starší ľudia žijúci vo svojom domácom prostredí, v rodinách sú šťastnejší a zdravší a aj samostatnejší. Aj súčasná spoločnosť by sa mala snažiť

o vytvorenie takých podmienok, aby starší človek mohol zostať vo svojom domácom prostredí, ktoré je pre jeho kvalitu života najideálnejšie.

## **Adaptabilita**

- \* označuje úroveň reálnych schopností aktívne sa prispôsobovať okoliu.
- \* Adaptabilita konkrétneho jedinca závisí od viacerých faktorov, preto vo vzťahu k istému veku možno hovoriť iba o určitých tendenciách prispôbiť sa.

## **D. Bromley udáva 5 modelov adjustácie:**

- \* Konštruktívny - ideálny typ prispôsobovania sa. Jedinec sa teší zo života a nadväzuje osobné vzťahy s inými. Má zmysel pre humor, dokáže hodnotiť úspechy a neúspechy, je optimistický, sebestačný a je vyrovnaný so starobou.
- \* Závislý typ – pasívny, spolieha sa na iných, V pracovnej oblasti je málo ctižiadostivý, nerád nadväzuje kontakty, ľahko sa unaví.
- \* Obranný typ – príliš sa citovo kontroluje, podlieha konvenciám, zakladá si na sebestačnosti, starobu sa snaží ignorovať.
- \* Nepriateľský typ – patrí človeku, ktorý zvaľuje vinu za neúspechy na druhých, závidí mladosti a správa sa k mladým nepriateľsky a so starobou sa nevie zmieriť.
- \* Sebanenávistný typ – nenávisť je obrátená do jeho vnútra, netúži si život zopakovať, je pasívny, deprimovaný, so starnutím je zmierený a nevidí v ňom nič pozitívne.

## **tzv. translokačný šok**

- \* Je to významná záťažová situácia. Starší človek musí siahnuť až na dno adaptačných rezerv, aby vôbec prežil.
- \* Adaptačná kríza môže skončiť fatálne alebo je preťahovaná na niekoľko mesiacov.

## **psychosociálna a biologická adaptácia**

- \* je ovplyvnená faktormi, vyplývajúcimi z vyššieho veku:
  - zmeneným funkčným stavom organizmu,
  - poruchou adaptačných mechanizmov vo vyššom veku,
  - polymorbiditou s častejším výskytom komplikácií,
  - zmenou životných podmienok v starobe.

## **Švancarových (1997, s.59) 5P- optimálnej adaptácie**

1. **Perspektíva** / orientácia na budúcnosť osobnú a nadosobnú /
2. **Pružnosť** / pohotovosť prijímať nové podnety, meniť svoje životné zvyky
3. **Prezieravosť** / organizovať si život primerane svojim možnostiam /
4. **Porozumenie pre druhých** / aj tolerancia odlišných názorov a postojov /
5. **Potešenie** / schopnosť udržať si zdroje radosti a uspokojenia /

## **E. Kubler- Rossová objasnila prežívanie a postoje ľudí v krízovej udalosti**

**1)Šok, popieranie**

**2)Protest, revolta a hnev**

**3)Smútok, trúchlenie, depresia**

**4)Prijatie a adaptácia**

### **Vlastná adaptácia na inštitucionálny pobyt podľa Hegyiho (1993)**

1/ fáza očakávania

2/ fáza vlastnej adaptácie

3/ fáza doznievajúcej stresovej reakcie

## **Individuálny prístup ku klientovi**

- \* **Adaptácia každého nového obyvateľa si vyžaduje osobitný, individuálny prístup, pozorovanie a ovplyvňovanie zo strany všetkých pracovníkov ZSS.**
- \* **Diferencovaný prístup k novým obyvateľom** musí vychádzať z poznania ich povahových vlastností, životných návykov a záujmov. J
- \* je potrebné pre každého novoprijatého obyvateľa vypracovať **individuálny adaptačno- rehabilitačný program**

## **Problémy, ktoré prekonáva senior počas adaptácie(Hegyí, 2003)**

- \* Komplikácie liečby
- \* Diétne zvyklosti
- \* Dehydratácia
- \* Nozokomiálne nákazy

- \* Psychosociálna trauma
- \* Fyzická trauma
- \* Pobyť na lôžku
- \* Diagnostické riziká
- \* Sklon ku komplikáciám
- \* Depresia
- \* Relokačný syndróm
- \* Geriatrický maladaptačný syndróm

## **Sociálna práca na oddelení posudkových činností.**

Kniha prináša informácie o aktivitách sociálnych pracovníkov na oddelení posudkových činností a peňažných príspevkov na kompenzáciu.

### **1. Posudková činnosť**

Je činnosť realizovaná sociálnym pracovníkom a lekárom.

Posudkovú činnosť možno rozdeliť na:

- posudzovanie občana na účely peňažných príspevkov na kompenzáciu
- Rozhodovanie na účely vydania preukazu FOŤZP
- Posudzovanie na účely štátnych soc. dávok
- Posudzovanie na účely trhu práce
- Posudzovanie odkázanosti FOŤZP na parkovací preukaz
- Kontrola dodržiavania liečebného režimu práceneschopných uchádzačov o zamestnanie
- spracovanie úhrady zdravotných výkonov na účely soc. pomoci
- Poradensko-konzultačnú činnosť

### **2. Úrad práce sociálnych vecí a rodiny v Nitre.**

Organizačne sa člení na dva odbory: odbor služieb zamestnanosti a odbor sociálnych vecí a rodiny. Odbor sociálnych vecí rodiny sa ďalej organizačne člení na: oddelenie pomoci v hmotnej núdzi, oddelenie štátnych sociálnych dávok, oddelenie sociálno-právnej ochrany...

### **3. Posudzovanie občana:**

Posudzovaciu činnosť možno rozdeliť:

- lekársku posudkovú činnosť
- Spočíva v stanovení miery funkčnej poruchy (MFP).

- Sociálnu posudkovú činnosť

Skúmajú sa :

Osobnostné predpoklady občana / schopnosti, vedomosti, zručnosti, atď./

Rodinné prostredie / solidarita v rodine, schopnosť vzájomne si pomáhať, rozsah pomoci ktorú rodina poskytuje, atď. /

Životné prostredie / bývanie, služby občianskej vybavenosti, prístupnosť zamestnania, lokalita, charakter terénu, atď. /

Na základe posúdenia sa vydáva posudok:

o miere funkčnej poruchy

- o tom, či ide o fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím

- o sociálnych dôsledkoch ťažkého zdravotného postihnutia

#### 4. Funkčná porucha

Možno ju charakterizovať ako:

- nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností občana, ktorý z hľadiska predpokladov vývoja zdravotného postihnutia trvá dlhšie ako 1 rok.

- MFP sa určuje v desiatkach percent podľa druhu zdravotného postihnutia uvedeného v prílohe č.3 zákona č.447/2008 Z.z.

Sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia:

- je znevýhodnenie, ktoré má osoba s ťažkým zdravotným postihnutím v porovnaní so zdravým občanom rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ŤZP prekonať sama.

- ŤZP- ťažké zdravotné postihnutie je postihnutie s mierou funkčnej poruchy min.50%

#### 5. Kompenzácia sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia

- prekonanie alebo zmiernenie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia poskytovaním peňažných príspevkov alebo sociálnych služieb podľa osobitného predpisu

Kompenzujú sa oblasti:

- mobilita- obmedzenie pohybovej a orientačnej schopnosti

- komunikácia- obmedzenie dorozumievania sa klienta

- sebaobsluha- schopnosť klienta vykonávať činnosti sebaobsluhy a zabezpečovať si takéto úkony

- zvýšené výdavky- špecifické výdavky občana (klienta), ktoré priamo súvisia s jeho zdravotným postihnutím

## 6. Metódy sociálnej práce

Sociálny pracovník na oddelení kompenzačných dávok využíva pri práci najčastejšie tieto metódy:

- pozorovanie občana- klienta
- rozhovor s občanom, počas ktorého sa využívajú rôzne ďalšie techniky (napr. dotazník osobnej asistencie)
- návšteva v domácnosti občana
- spolupráca s rodinou

spolupráca s inými odborníkmi a inštitúciami (polícia, škola, navštevované zariadenia).

## 7. Náležitosti peňažných príspevkov na kompenzáciu

- Definícia kompenzovanej oblasti resp. činnosti
- Posudzovanie rozsahu kompenzovanej oblasti resp. kompenzačnej činnosti
- Taxatívne vymedzenie osôb z hľadiska ich nároku, práv a povinností v súvislosti s PP
- Práva a povinnosti vykonávateľa kompenzačnej činnosti
- Rozsah poskytovanej činnosti resp. oblasti
- Výška príspevku

Životné minimum jednotlivca (od 1.7.2011), t. j. plnoletej fyzickej osoby predstavuje sumu 189,83 € mesačne.

Ak ide o ďalšiu spoločne posudzovanú plnoletú fyzickú osobu, jedná sa o sumu 132,42 € mesačne,

Ak ide o nezaopatrené dieťa alebo zaopatrené nepľnoleté dieťa, jedná sa o sumu 86,65 € mesačne,

## 8. Prehľad peňažných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia

Uvádame prehľad peňažných príspevkov určených na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia v intenciách zákona č.447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

- Peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia (max. 11617,88 €)
- Peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla (max.6638,79 € resp. max. 8298,48 €)
- Peňažný príspevok na úpravu osobného motorového vozidla (max.6638,79 €)
- Peňažný príspevok na prepravu (max.51,02% sumy živ. minima)

- Peňažný príspevok na úpravu bytu (max.6638,79 € )
- Peňažný príspevok na úpravu rodinného domu (max.6638,79 € )
- Peňažný príspevok na úpravu garáže (max.1659,70 €)
- Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov (18,56% ,9,28%, 5,57% a 16,70% sumy živ. min.)
- Peňažný príspevok na opatrovanie (111,32% resp. 98,33% sumy živ. min. )

## **Sociálna práca na odbore dôchodkového poistenia.**

Materiál prináša informácie o Sociálnej poisťovni ako inštitúcii vykonávajúca sociálne poistenie.

Priblížený bude systém dôchodkového poistenia existujúci v SR.

### 1. Sociálna poisťovňa

Úlohou *sociálneho poistenia* je ochrana obyvateľstva a zabezpečenie príjmu obyvateľom, v prípade pevne stanovených sociálnych udalostí. Predpokladom tohto plnenia je predchádzajúca ekonomická aktivita občana a s tým spojené prispievanie so systému sociálneho poistenia, či už ide o príspevky zo strany zamestnanca, zamestnávateľa či štátu. Zjednodušene možno povedať, že občania si odkladajú časť svojich príjmov pre prípad budúcej sociálnej udalosti. Ide o systém zásluhovosti čo v praxi znamená, že výška poistnej dávky bude adekvátna odvedenej časti prostriedkov do systému. (Správa o sociálnej situácii obyvateľstva za rok 2004)

### 2. Sociálna poisťovňa a sociálne poistenie

*Sociálna poisťovňa*, ako inštitúcia, ktorá sociálne poistenie vykonáva, vznikla

1. novembra 1994 zákonom č. 274/1994 Z. z. o Sociálnej poisťovni ako verejnoprávna inštitúcia poverená výkonom nemocenského poistenia a dôchodkového zabezpečenia. Od 1. januára 2004 vykonáva svoju činnosť v zmysle zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej v texte budeme používať termín „zákon o sociálnom poistení“). Sociálne poistenie podľa tohto zákona zahŕňa nemocenské poistenie, **dôchodkové poistenie** - starobné a invalidné, ďalej úrazové poistenie, garančné poistenie a poistenie v nezamestnanosti. Od 1. januára 2005 Sociálna vykonáva aj činnosti v rámci starobného dôchodkového sporenia – vyberá príspevky na starobné dôchodkové sporenie, postupuje ich dôchodkovým správcovským spoločnostiam a registruje zmluvy o starobnom dôchodkovom sporení.

*Organizačnými zložkami Sociálnej poisťovne sú:*

- Ústredie Sociálnej poisťovne
- pobočky Sociálnej poisťovne.

### 3. Pôsobnosť pobočiek sociálnej poisťovne

Pôsobnosť pobočiek a ústredia je definovaná zákonom o sociálnom poistení. V oblasti dôchodkového poistenia je činnosť pobočiek zameraná predovšetkým na spisovanie žiadostí o priznanie dávky a poradenskú a konzultačnú činnosť v oblasti dôchodkového poistenia. Do pôsobnosti ústredia patrí rozhodovacia činnosť o dôchodkových dávkach ale i rozhodovacia činnosť o povinnosti poberateľa dávky vrátiť dôchodkovú dávku alebo jej časť vyplatenú neprávom alebo vo vyššej sume. V rozhodovacej činnosti je ústredie

povinné rozhodnúť, či osoba má na dôchodkovú dávku nárok a určiť výšku dôchodkovej dávky. Ústredie Sociálnej poisťovne zároveň dôchodkové dávky aj vypláca.

#### 4. Dôchodkové poistenie

je zákonom o sociálnom poistení definované dvoma základnými podsystémami:

A/ **starobné poistenie** ako poistenie na zabezpečenie príjmu v starobe a pre prípad úmrtia (§2 písm. b) zákona o sociálnom poistení).

Zo starobného poistenia sú vyplácané:

- **starobný dôchodok**
- **predčasný starobný dôchodok**
- **vdovský dôchodok** a vdovecký dôchodok
- **sirotsky dôchodok**

B/ **invalidné poistenie** ako poistenie pre prípad poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu poistenca a pre prípad úmrtia (§2 písm. b) zákona o sociálnom poistení).

Z invalidného poistenia sú vyplácané tieto dávky:

**invalidný dôchodok**

**vdovský dôchodok** a vdovecký dôchodok

**sirotsky**

#### 5. Dôchodkové dávky

Predtým ako si zadefinujeme jednotlivé dôchodkové dávky je potrebné venovať pozornosť pojmom, ktoré zaviedol zákon o sociálnom poistení a to sú **obdobie dôchodkového poistenia**, **osobný vymeriavací základ**, **osobný mzdový bod**, priemerný **osobný mzdový bod** a dôchodková hodnota.

*Obdobie dôchodkového poistenia /ODP/ súčet obdobia dôchodkového poistenia získaného ku dňu vzniku nároku na **starobný dôchodok***

*Osobný vymeriavací základ je súčet vymeriavacích základov dôchodkového poistenia.*

*Osobný mzdový bod je podiel osobného vymeriavacieho základu a všeobecného vymeriavacieho základu /12- násobok priemernej mesačnej mzdy v hospodárstve, ktorý je vyhlásený v Zbierke zákonov/.*

*Priemerný **osobný mzdový bod** /POMB/ je podiel súčtu osobných mzdových bodov a obdobia dôchodkového poistenia.*

#### 6. Aktuálna dôchodková hodnota

*/ADH/ **aktuálna dôchodková hodnota** ku dňu vzniku nároku na výplatu dôchodku. Dôchodková hodnota je vyhlásená v Zbierke zákonov.*

**Starobný dôchodok**

**Starobný dôchodok** je dávka sociálneho poistenia, ktorej funkciou je hmotné zabezpečenie občana v starobe, resp. v post produktívnom veku. Účelom starobného dôchodku je nahradiť stratu alebo obmedzenie pracovného príjmu, ktoré spôsobuje vyšší vek ako sociálna udalosť (Matlák a kol., 2004, s.165).

## 7. Podmienky nároku na starobný dôchodok

Nárok na **starobný dôchodok** má osoba, ktorá získala najmenej 15 rokov obdobia dôchodkového poistenia a dovŕšila dôchodkový vek.

*Dôchodkový vek* je 62 rokov jednotne u mužov aj žien.

### *Suma starobného dôchodku*

**Starobný dôchodok** sa určí ako súčin priemerného osobného mzdového bodu, obdobia dôchodkového poistenia získaného ku dňu vzniku nároku na **starobný dôchodok** a aktuálnej dôchodkovej hodnoty.

### **POMB x ODP x ADH**

Ak bol občan po vzniku nároku na **starobný dôchodok** dôchodkovo poistený, **starobný dôchodok** sa mu za predpokladu splnenia zákonom stanovených podmienok za toto obdobie zvyšuje. Pokiaľ osoba po dovŕšení dôchodkového veku nepoberá dôchodok, **suma starobného dôchodku** sa môže zvýšiť 0,5% za každých 30 odpracovaných dní po vzniku nároku na **starobný dôchodok**.

## 8. Podmienky nároku na predčasný starobný dôchodok

Nárok na **predčasný starobný dôchodok** vzniká najskôr odo dňa spísania žiadosti o **predčasný starobný dôchodok**. Žiadosť o **predčasný starobný dôchodok** môže žiadateľ podať v kalendárnom roku najviac dvakrát.

Nárok na **predčasný starobný dôchodok** má občan, ktorý spĺňa 2 základné podmienky: získal najmenej 15 rokov obdobia dôchodkového poistenia a suma predčasného starobného dôchodku je vyššia ako 1,2-násobok sumy životného minima pre plnoletú fyzickú osobu. Ak občan splní uvedené podmienky, dôchodok sa mu priznáva bez ohľadu na to, koľko mu do dovŕšenia dôchodkového veku chýba.

### *Suma predčasného starobného dôchodku*

Suma predčasného starobného dôchodku sa určí tak, že najskôr sa vypočíta plná suma dôchodku, ktorá sa **zníži o 0,5 % za každých začatých 30 dní** obdobia od vzniku nároku na výplatu predčasného starobného dôchodku do dovŕšenia dôchodkového veku.

Ak bol poistenec po vzniku nároku na **predčasný starobný dôchodok** dôchodkovo poistený, dôchodok sa mu za predpokladu splnenia zákonom stanovených podmienok za toto obdobie zvyšuje.

## 9. Invalidný dôchodok

Nárok na **invalidný dôchodok** má fyzická osoba za splnenia zákonných podmienok a to sú: osoba sa stala invalidnou, získala potrebný počet rokov dôchodkového poistenia a ku dňu vzniku invalidity nesplnila podmienky nároku na **starobný dôchodok**, alebo jej nebol priznaný **predčasný starobný dôchodok**. Ak sa osoba stala invalidnou v dôsledku pracovného úrazu, v tomto prípade sa podmienka odpracovaných rokov považuje za splnenú.

Invaliditu možno definovať ako „dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav so závažnými profesionálne ekonomickými dôsledkami, ktorý zodpovedá podmienkam stanoveným platnou právnou úpravou.“ (Matlák a kol., 2004, s. 52) V zákone o sociálnom poistení je **invalidita** charakterizovaná „ak osoba pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou.“ (§71 ods.1 zákona o sociálnom poistení)

### *Suma invalidného dôchodku*

Výška invalidného dôchodku závisí od výšky poklesu jeho schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v porovnaní so zdravou fyzickou osobou. Nárok na **invalidný dôchodok** vzniká pri viac ako 40% poklese.

## 10. Vdovský a vdovecký dôchodok

Vdova a vdovec majú nárok na dôchodok ak bol zomrelý ku dňu smrti poberateľom starobného, predčasného starobného alebo invalidného dôchodku, alebo splnil podmienky nároku na tieto dôchodky, alebo zomrel v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania. (§74 ods. 1 zákona o sociálnom poistení) Tento dôchodok sa bude vyplácať jeden rok V prípade, že pozostalí sú v dôchodkovom veku, invalidní alebo sa starajú o nezaopatrované dieťa, môže sa vyplácať aj dlhšie.

### *Suma vdovského a vdoveckého dôchodku*

Suma dôchodku je 60% dôchodku, na ktorý mal alebo by mal nárok zomretý manžel ku dňu smrti.

## 11. Informačno-poradenské centrá

Pre svojich klientov zriadila Sociálna poisťovňa informačno-poradenské strediská Sociálnej poisťovne. Tieto sú určené pre klientov Sociálnej poisťovne, ktorí sa chcú dostať informácie o dôchodkoch alebo sa poradiť o nejasnostiach alebo problémoch súvisiacich s výplatom dôchodkov. Klienti tu dostanú odpoveď od kompetentných zamestnancov. Pracovníci, na túto prácu kvalifikovaní, sa občanom venujú v separátnych boxoch. Občania môžu požiadať o radu aj telefonicky, na platených i bezplatných telefónnych číslach.

## 12. Zamestnanec sociálnej poisťovne

Zamestnanec Sociálnej poisťovne je povinný sa pri výkone svojej práce riadiť právnymi predpismi a normami, rovnako tak i vnútornými predpismi a vystupovať v súlade s pravidlami Etického kódexu Sociálnej poisťovne. V súlade s Etickým kódexom Sociálnej poisťovne je zamestnanec povinný *vystupovať korektne a úctivo* bez ohľadu na pohlavie klienta, jeho manželský a rodinný stav, rasu, farbu pleti, jazyk, vek, vieru a náboženstvo, zdravotný stav, politické alebo iné zmýšľanie, odborovú činnosť, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod, alebo iné postavenie. Vo vzťahu ku klientovi je povinný voliť formálny, ale *citlivý a individuálny prístup* ku klientovi s ohľadom na jeho problémy a aktuálny psychický a fyzický stav a aktívne pristupovať k riešeniu problémov v súlade s platnými právnymi predpismi, konať ústretovo s cieľom uspokojiť právne nároky poistenca. Ďalej je povinný poskytovať kvalifikované odborné informácie a rešpektovať právo na slobodu informácií v súlade s platnými právnymi predpismi. Samozrejmosťou je nezneužívanie neznalosti platných právnych predpisov /Etický kódex Sociálnej poisťovne/.

### **Osobnosť sociálneho pracovníka**

- ▶ P. Jusko (1999, s. 14-15) charakterizuje sociálneho pracovníka Sociálnej poisťovne ako úradníka
- ▶ Administratívne práce tvoria prevažnú časť pracovnej náplne sociálneho pracovníka Sociálnej poisťovne.

- Do tejto role možno zahrnúť aj činnosti, ktoré pomáhajú klientom získať kontakt s potrebnými sociálnymi zariadeniami

## Sociálna práca v zdravotníctve

Informácie o sociálnej práci v zdravotníctve, osobitne vo vzťahu k osobám vyššieho veku.

### 1. Všeobecný úvod

Sociálna práca v zdravotníckych zariadeniach vychádza z chápania zdravia ,ako stavu úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody človeka. Je neoddeliteľnou súčasťou liečebno-preventívnej starostlivosti o zdravie človeka. Sociálna práca sa chápe ako umenie jednáť s ľuďmi a viesť ich na základe odbornej znalosti a praktickej skúsenosti. Tieto sociálny pracovník tvorivo aplikuje pri nadväzovaní kontaktov, sociálnych diagnózach a sociálno-výchovných pôsobení, tak aby pomohol sociálnym klientom uspokojiť sociálne potreby a urovnať narušené vzťahy v spoločnosti, ktoré môžu vzniknúť v ktoromkoľvek období životného cyklu a v rôznych životných situáciách.

### 2. Filozofia prístupu a práce v zdravotníckom zariadení

V sociálnej práci stanovujeme ciele v súlade so zámermi sociálnej politiky podporené legislatívnymi opatreniami(Strieženec,1999). Moderná spoločnosť je dynamická, neustále sa mení, starší človek sa ocitá v nových situáciách, ktoré musí zvládať (Semešiová,2003). Starší človek, ktorého možnosti adaptácie sú nižšie, potrebuje určitú pomoc, aby si v nemocnici zvykol a bol schopný nielen profesionálnu pomoc prijať, ale pokiaľ je to možné, na zlepšení svojho zdravotného stavu spolupracovať.

Cieľom práce sociálneho pracovníka je poskytovanie komplexnej praktickej pomoci človeku alebo sociálnej skupine, ktorá sa nachádza v ťažko riešiteľnej až neriešiteľnej situácii. Jeho úlohou je hájiť záujem klienta, chrániť ho pred poškodením z okolia a pred vlastným sebapoškodzovaním. Cieľom však nie je podporovať jeho pasivitu, ale naopak, motivovať ho k vlastnému rozhodovaniu a zodpovednosti za seba samého v prípade zlepšenia jeho nepriaznivej situácie. Klient v zdravotníckom zariadení sa v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu môže ocitnúť v stave hmotnej alebo sociálnej núdze, tým sa stáva i klientom klinického sociálneho pracovníka. Každá choroba vo vyššom veku znamená náhlu a radikálnu zmenu doterajšieho spôsobu života chorého. Znamená obmedzenie alebo úplnú nemožnosť pohybu, realizácie záujmov a často aj úplnú stratu súkromia.

### 3. Osobnosť sociálneho pracovníka pracujúceho v zdravotníckom zariadení

V procese vývoja sociálnej práce sa postupne vytváral obraz ideálneho sociálneho pracovníka, z ktorého vyplynulo, že podstatou sociálnej práce je komunikácia s ľuďmi, inštitúciami, spoločnosťou, organizáciami. Sociálny pracovník, by mal mať kladné osobnostné vlastnosti a cnosť dobrého človeka: poctivosť, spravodlivosť, pravdivosť, pracovitosť, čestnosť. Jeho jednanie má vzbudzovať dôveru a záujem ľudí, ktorí s ním prichádzajú do kontaktu. Uviesť osobnostné vlastnosti sociálneho pracovníka, tak aby sa neidealizoval jeho obraz je dosť problematické. Je však možné uviesť niekoľko charakteristík, ktoré vychádzajú z ich vôle a sociálni pracovníci ich teda môžu sami ovplyvňovať- patria sem najmä:

- vlastnosti zrelej osobnosti, ku ktorej patrí predovšetkým citová vyrovnanosť, stálosť(t.j. primerané reagovanie na situácie, ktoré môžu vyniknúť pri styku

s klientmi). Na druhej strane však sociálny pracovník musí preferovať citový záujem v správnej miere o klienta ako človeka seberovného, ktorému pomáha.

- schopnosť empatie ,vžitie sa do pocitov druhého, hľadieť na svet jeho očami
- citová stabilita, sebaovládanie, sebakontrola
- životný optimizmus, nie však nereálny, prehnaný ale prameniacy z viery v ľudí, v možnosti pozitívneho ovplyvnenia ich osobnosti.

Etika spoločnosti, v ktorej sociálny pracovník pôsobí je obvykle totožná s etikou majoritnej spoločnosti. Sociálny pracovník však musí poznať rozdiely v etických postojoch skupín obyvateľstva a ich príčiny. Pomáha utvárať sociálne prostredie klientov, poskytujúce nádej či vedomie istoty a určitej bezpečnosti aj ľudí sociálne odkázaných.

#### 4. Prežívanie hospitalizácie pacientom

Jednou zo základných podmienok úspechu sociálnej práce je vytvorenie dobrého vzťahu medzi klientom a sociálnym pracovníkom. Sociálne odkázaní klienti v zdravotníckych zariadeniach sú starší ľudia v dôchodkovom veku a stávajú sa veľmi početnou skupinou , čo kladie dôraz pre spoločnosť čoraz náročnejšie požiadavky. Sociálna odkázanosť poukazuje na narušenie sociálnych istôt občana. Jej dôsledkom je hmotná resp. sociálna núdza.

Hospitalizácia u starších ľudí vyvoláva tieto možné nepriaznivé dôsledky zdravotného stavu najmä ekonomickej povahy:

- strata príjmu v dôsledku práceneschopnosti
- zvýšené náklady v spojitosti s liečením, rekonvalescenciou
- pokles príjmu, strata zamestnania

psychickej povahy:

- zmena osobnostných charakteristík jednotlivca
- stavy úzkosti, depresie, beznádejnosť , strach

a sociálnej povahy:

- zmeny v sociálnych kontaktoch jednotlivca
- zmeny v rodinnom živote jednotlivca

#### 5. Sociálna intervencia vo vzťahu k druhu ochorenia

Vo všeobecnosti z dlhodobých skúseností môžeme rozdeliť ochorenia, ktoré si vyžadujú sociálnu intervenciu do štyroch skupín:

*I.skupina:*

Prvú skupinu tvoria klienti so srdcovo-cievnyimi ochoreniami ako je vysoký krvný tlak, infarkt, obezita, diabetes mellitus ,ateroskleróza, ischemická choroba srdca, cievna mozgová príhoda. Klient je hospitalizovaný v nemocničnom zariadení, absolvuje súbor diagnostických a terapeutických postupov a súčasne s tým nastáva zmena v duševných a sociálnych potrebách. Starší človek sa však môže dostať do situácie, keď zlý zdravotný stav, vysoký vek,

samota a nepriaznivé sociálne podmienky ho donútia vzdať sa svojho domova a prijať nútenú liečbu v zdravotníckom zariadení. Jeho adaptácia má vtedy charakter pasivity a nesie v sebe tendenciu adaptačného zlyhania. Zlyhanie adaptácie u starého človeka je v klinickej praxi všeobecne známe.

Do popredia sa však dostáva otázka či klient po zvládnutí ochorenia bude schopný vrátiť sa na rovnakú životnú úroveň, ako to bolo pred vznikom ochorenia. Práve v tejto situácii sa do popredia okrem práce zdravotníckeho tímu dostáva aj práca sociálneho pracovníka, ktorý svojimi metódami ovplyvňuje myslenie a konanie klienta.

Osobitnú pozornosť treba venovať pocitu osamelosti starého človeka v nemocnici, ktorý ovplyvňuje proces adaptácie. Sú to ovdovení, slobodní, rozvedení starší ľudia žijúci sami.

## II. skupina

Druhú skupinu tvoria onkologickí pacienti, ktorí vyžadujú mnohostrannú spoluprácu. S týmito chorými sa stretávame nielen na špecializovaných onkologických pracoviskách, ale prakticky všade či už na chirurgických, interných, kožných, neurochirurgických, liečebniach pre dlhodobo chorých a iných. Stretávame sa s akútnymi a chronickými ochoreniami, ktoré si vyžadujú sociálnu intervenciu ako malígne ochorenie: štítnej žľazy, pažeráka, žalúdka, čriev, konečníka, pečene, žľazníka, podžalúdkovej žľazy, prsníka, kože, maternice, vaječníkov, mozgu, semenníkov, močového mechúra, prostaty, pľúc, lymfatických uzlín a iné. Samotné onkologické ochorenia prinášajú súbor fyzických, ale i najmä psychických a sociálnych zmien v živote klienta. Klient absolvuje náročnú liečbu, ktorá si vyžaduje dlhodobý pobyt v zdravotníckom zariadení a má za následok odlúčenie od rodiny, priateľov, kolegov z práce. Opäť sa do popredia dostáva i práca sociálneho pracovníka, ktorý pomáha riešiť hlavne sociálne potreby chorého. V priebehu posledných rokov stúpol počet onkologicky chorých ľudí, čo si vyžiadalo vyšší psychologický prístup zo strany zdravotníckych i sociálnych pracovníkov. Dôležitosť sa kladie najmä na význam komunikácie a empatického správania a najmä otázka informovanosti o aktuálnom zdravotnom stave.

Práca s onkologicky chorými je veľmi náročná, vyžaduje sústredený záujem. Nie každý sociálny pracovník dokáže v tejto sfére pôsobiť. Pracovníci musia nájsť cestu k pacientovi a rodine tak, aby neprepadli pocitom, ktoré by negatívne ovplyvnili ich ďalšiu prácu a život. Zistenie onkologickej diagnózy je faktom, s ktorým sa človek musí vyrovnávať. Ide pritom nielen o prijatie – akceptáciu tohto faktu, ale i o zvládnutie toho, čo prichádza po potvrdení diagnózy.

## III. skupina

Tretiu veľkú skupinu, kde sociálny pracovník zaujíma významnú úlohu, tvoria klienti, pacienti s duševnými ochoreniami, s drogovou závislosťou a alkoholikmi. Táto práca je Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky podľa §45, ods. 1, písmeno a/ zákona č. 576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 350/2005 Z.z vyčlenená ako osobitná a samostatná.

Pojem duševná choroba je sám o sebe nie celkom jasný a najmä veľmi široký. Od ľahkej depresie a neurózy, ktoré si okolie sotva všimne a ktorá svojmu nositeľovi prakticky neprekáža v zamestnaní ani v rodinnom živote, až po ťažkú psychózu, deštruujúcu väčšinu psychických funkcií, vytvárajúcu bariéru voči druhým ľuďom a vyžadujúcu náročné liečenie. Ľahšími duševnými poruchami trpí skoro každý druhý človek, kým ťažšími niekoľko percent populácie. Duševné choroby sú liečiteľné, oproti minulosti vedú dnešné lieky zázraky, nie menej však pomáhajú tie vytúžené a dobré medziľudské vzťahy, citová podpora vlastnej

i širšej rodiny, primerané uznanie spolupracovníkov a reálne očakávania z okolia. Za každým telesným či duševným postihnutím možno vidieť konkrétneho človeka, ktorému treba pomôcť. Čoraz častejšie sa stretávame s ľuďmi, ktorí podľahli z akýchkoľvek príčin alkoholu, drogám a teraz sú od nich závislí. Rozpad rodiny, odcudzenie blízkej osoby, nezamestnanosť, bezdomovstvo, nedostatok finančných prostriedkov, meniaci sa človek na trosku, a pod tým všetkým sa podpísala závislosť. Podat' v pravý čas záchranú ruku a správne ho motivovať k liečbe môže klienta opäť postaviť na nohy a resocializovať ho.

Osobitnou podskupinou sú bezdomovci, u ktorých sa často vyskytujú chronické ochorenia tzv. sociálne choroby: dýchacích ciest, artritídy, tuberkulóza, kožné choroby, epilepsia, dehydratácia, závislosti, infekčné ochorenia, neurologické choroby ale aj poranenia a úrazy. Bezdomovcom sa môže stať ktokoľvek. Závisí to od zvládnutia určitých náročných životných situácií, príčinu nemusíme vždy hľadať v jednotlivcovi, ale aj v celej spoločnosti (Draganová, 2006).

#### IV. skupina

Štvrtú skupinu v zdravotníckom zariadení tvoria úrazy a ich následky v živote každého z nás, ale najmä v zmene sociálnej pozície. Mnohé následky úrazov sú spojené s trvalou alebo čiastočnou práceneschopnosťou. Poranenie staršieho človeka nepriaznivo zasahuje do jeho osobného života. Človek, plný životného elánu a optimizmu sa vplyvom rôznych úrazov vyvolávajúcich mechanizmov, dostáva do stavu, keď neočakáva túto situáciu a v priebehu krátkej chvíle sa ocitne mimo svojej rodiny, v zdravotníckom zariadení. Prechádza do druhej fázy, kde si už uvedomuje v plnej miere, čo sa mu stalo, čím prešiel a čo ho ešte čaká v budúcnosti.

## 6. Používané metódy práce

V zdravotníckych zariadeniach dostáva priestor sociálny pracovník, ktorý tiež prispieva k uzdraveniu a najmä včasnému návratu do rodiny vyriešením sociálnych problémov. Klinická sociálna práca vyžaduje diferencovaný prístup k chorým starším ľuďom, pochopenie, zdvorilosť, rešpekt, empatiu a úctu, ktorá nesmie prechádzať do nemiestnej zvedavosti až násilnosti.

Pri práci s klientom používame dve metódy sociálnej práce :

1. 1. *metóda sociálnej práce s jednotlivcom, prípadová (individuálna) sociálna práca*
2. 2. *metóda sociálnej práce so skupinou alebo komunitou*

#### *Psychogenetický rozhovor*

Cieľom rozhovoru je objasniť skutočnosti týkajúce sa troch období života klienta- detstva, dospievania a dospelosti. Tak sa snažíme pochopiť aj tie skutočnosti, ktoré neviedli k vzniku konkrétneho sociálneho problému.

Otázky sociálneho pracovníka možno zhrnúť do desiatich okruhov:

- vonkajší opis klienta, antropologický typ a správanie,
- opis širšieho a užšieho životného prostredia a jeho vplyv na klientov
- uspokojovanie základných životných potrieb
- vzťah k povinnostiam, disciplíne a výchove

- postoj k fyzickým zmenám, ktoré zanechali následky zmenám vyvolaným niektorými fázami vývinu
- vzťah k odpočinku a zábave v rozhodujúcich fázach života
- rozvrtné skúsenosti a reakcie na ne (žiarlivosť, zatrpknutosť, citové vzťahy a sklamanie, citová atmosféra rodiny)
- druh temperamentu podľa správania a reakcií
- úroveň inteligencie a potreba ďalšieho vzdelávania
- zhrnutie základných poznatkov a znakov

## 7. Etapy práce s klientom

### *1/ Oboznámenie sa s chorobopisom.*

Prostredníctvom dokumentácie získa informácie o jeho zdravotnom stave a zistí celú jeho zdravotnú anamnézu. Zaujíma sa o informácie o povahe a osobnosti klienta od lekárov a sestier. Na základe získaných informácií môže sociálny pracovník rýchlo zvoliť vhodný prístup na vzbudenie klientovej dôvery.

Jednou z metód sociálnej práce, ktorú sociálny pracovník využíva pri prvom kontakte s klientom je individuálny rozhovor. Zisťuje, či klient nepotrebuje zariadiť niečo naliehavé. V tejto etape sociálny pracovník začína s tzv. prípadovou štúdiou a vytvára podmienky na nadviazanie dôverného vzťahu, ktorý sa podľa psychoterapeutov nazýva terapeutický vzťah.

### *2/ Sociálna diagnóza.*

V tejto etape získava sociálny pracovník od klienta psychosociálnu anamnézu, na základe ktorej si vytvorí sociálnu diagnózu. Najskôr sa zaoberá osobou klienta vo vzťahu k jeho chorobe, čiže zaoberá sa súčasnými udalosťami. Zisťuje, ako vníma rolu chorého, či prijal skutočnosť prejavu choroby a ako zmenila táto situácia jeho život a život jeho rodiny. Všíma si klientove vyhladky do budúcnosti, čomu verí, aké hodnoty uprednostňuje v porovnaní s časom pred chorobou. Postupne otázkami prechádza do minulosti, do detstva, zisťuje čo mu v tomto období prekážalo a čo chýbalo. Zaujíma ho, ako riešil krízové situácie a či sa s nimi vyrovnal. Potom sa naspäť vracia do súčasnej situácie a zisťuje jeho názor na liečbu, ako vníma pobyt v nemocnici. Z rozhovoru nepriamo zistí, či klient v stave umierania chce posledné chvíle prežiť v nemocnici alebo doma medzi blízkymi. V ďalšej časti rozhovoru sociálny pracovník zisťuje klientov stav financií a bývania. Zaujíma ho finančná situácia rodiny pred ochorením a zmeny, ktoré nastali v súčasnosti. Zisťuje, do akej miery bude jeho rodina schopná existovať počas hospitalizácie klienta, prípadne i po jeho smrti. Ďalší bod psychosociálnej anamnézy sa orientuje na rodinu. Tieto údaje od klienta si sociálny pracovník môže doplniť a overiť v rozhovore s členmi rodiny a tak získa tvrdenia z oboch strán.

Po takýchto aktivitách sociálny pracovník zhrnie všetky informácie získané zdravotnou a psychosociálnou anamnézou a zhodnotí situáciu klienta. Zváži, čo je prvoradé urobiť pre klienta okamžite a čo je vhodné ešte odložiť a doplniť informáciami z ďalších rozhovorov.

### *3/ Návrh riešení a plán sociálnej pomoci.*

V tejto etape sociálny pracovník vytvorí návrh na riešenie a plán sociálnej pomoci. Sociálnu pomoc rozlišujeme krátkodobú a dlhodobú.

*Krátkodobá pomoc* je zameraná na vyriešenie najdôležitejších neodkladných záležitostí klienta, napr. skontaktovanie sa s rodinou, spísanie žiadosti, odvolania pre úrady, skontaktovanie sa s rodinou, s obecným úradom a inými inštitúciami.

*Dlhodobá pomoc* zahŕňa plán o existencii klienta po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia. Zaisťuje potrebnú domácu opatrovateľskú a ošetrovateľskú starostlivosť a zabezpečuje ďalšie možnosti v prípade zhoršenia jeho zdravotného stavu. Plán nie je zameraný len na činnosť sociálneho pracovníka, ale zahŕňa spoluprácu s ďalšími členmi tímu. Plán sociálneho pracovníka sa pripája k terapeutickému plánu všetkých členov zdravotníckeho tímu.

#### *4/ Sociálna terapia.*

Sociálny pracovník rieši alebo zabezpečí riešenie problémov, ktoré spôsobujú u klienta strach, stres i neistotu. Medzi takéto situácie patria nevyriešené záležitosti s úradmi, ktoré môžu u klienta vyvolať hrozbu sankcií a to najmä u tých, ktorí sú bez šance na dokončenie rokovania vlastnými silami. Stresujúco pôsobia aj súdne spory, neschopnosť finančného zabezpečenia rodiny a problémy s bývaním. Vyriešenie týchto problémov priaznivo pôsobí na klienta.

#### *5/ Overovanie výsledkov.*

Každý sociálny pracovník vedie o svojej činnosti v zdravotníckom zariadení príslušnú dokumentáciu. Počas vlastnej návštevy klienta a pohovore s ním zapisuje sociálny pracovník do lekárskeho dekurzu, oboznámi ošetrojúceho lekára so sociálnou diagnózou a riešením ďalšej starostlivosti. Počas primárnej vizity informuje o klientoch, ktorí sú sociálne odkázaní a je u nich zahájené sociálne šetrenie a zabezpečenie potrebných záležitostí. O svojej práci vedie denník, do ktorého zapisuje a eviduje všetky záležitosti týkajúce sa klienta od jeho prijatia až do ukončenia hospitalizácie a následne aj po preložení do iného zariadenia zdravotníckej alebo sociálnej starostlivosti. Overuje si žiadosti, ktoré mala podať rodina, dožaduje sa výsledku šetrenia od terénnych sociálnych pracovníkov v rodinách klienta. Pri práci je dôležitá spätná väzba na overovanie výsledkov.

### 8. Vzťah sociálneho pracovníka a klienta:

Jednou zo základných podmienok úspechu sociálnej práce je vytvorenie dobrého vzťahu medzi klientom a sociálnym pracovníkom. Ku kvalite vzájomného vzťahu prispievajú nasledovné skutočnosti:

- sociálny pracovník v rámci možnosti pred nadviazaním kontaktu sa čo najviac oboznámi s rodinným, sociálnym, pracovným životom klienta
- sociálny pracovník uznáva jedinečné kvality každého klienta, plne rešpektuje jeho práva a potreby prameniace z prostredia, z ktorého vyšiel ako aj zo životných skúseností, základnou podmienkou je individuálne jednanie
- sociálny pracovník vedie dialóg tak, aby klient bez obáv vyjadril svoje odôvodnenie a sám primerane bez emocionálneho zaujatia odpovedá na klientove dotazy a citové potreby
- sociálny pracovník vníma a prijíma klienta takého aký v skutočnosti je, jedná s ním ako s človekom, ktorý má svoju vnútornú hodnotu a osobnú cenu
- sociálny pracovník neodsudzuje klienta pre jeho zovňajšok, vystupovanie a čistotu, pretože úloha sociálneho pracovníka je porozumieť klientovi a pomôcť mu, nie ho posudzovať a odsudzovať
- sociálny pracovník v plnej miere rešpektuje klientove právo na sebaurčenie a právo urobiť vlastné rozhodnutia
- sociálny pracovník dáva pozor, aby zachoval dôvernosť otvorených priznaní klienta, ktoré sa dialógom odhalili.

Ako každý iný vzťah aj vzťah medzi klientom a sociálnym pracovníkom sa vytvára postupne. Sociálny pracovník by ho mal usmerniť tak, aby vznikol vzťah prirodzený, kladný, pretože len keď je tento vzťah dobrý, má terapeutický účinok.

## 9. Spolupráca s ďalšími odborníkmi a inštitúciami

Sociálny pracovník spolupracuje s jednotlivými klinickými pracoviskami, zdravotníckymi pracovníkmi, psychológmi, právnikmi nemocnice, špeciálnymi pedagógmi, s logopédom v rámci vnútornej spolupráce. Z externých zdrojov sociálny pracovník je úzko spätý a spolupracuje s úradom práce, sociálnych vecí a rodiny s odborom služieb zamestnanosti, kompenzačných a opatrovateľských príspevkov, s mestským úradom - útvar sociálneho úradu, so správou zariadení sociálnych služieb, s obecnými úradmi, s prokuratúrou a súdmi, so zariadeniami pre seniorov a domovmi sociálnych služieb, so zariadeniami opatrovateľskej starostlivosti, s detskými domovmi, charitatívno- sociálnymi zariadeniami, s útulkom pre bezdomovcov, s policajným zborom, s mestskou políciou, s matričným úradom, s evidenciou obyvateľov, agentúrami opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, so sociálnou poisťovňou, zdravotnou poisťovňou, organizáciami v rámci služieb pre zdravotne ťažko postihnutých, dom pre osamelých rodičov, pedagogicko- psychologickou poradňou.

## 10. Práca v hospici

*Hospic*- hospitalizovaní klienti z nevy liečiteľným ochorením a pacienti v terminálnom stave, pomáha tam, kde vyliečenie nie je možné a smrť je nevyhnutná. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti, ktorej úlohou je:

- zlepšiť kvalitu života až do smrti
- poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti iných závažných symptómov ochorenia
- zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav
- neurýchľovať ani spomaľovať smrť
- zabezpečiť komplexnú liečbu a starostlivosť odborných pracovníkov
- integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta
- poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti
- poskytovať pomoc príbuzným na zvládanie problémov počas choroby a aj po jeho smrti

## Osobitosti klinickej SP

- Klient v zdravotníckom zariadení sa v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu môže ocitnúť v stave hmotnej alebo sociálnej núdze, tým sa stáva i klientom klinického sociálneho pracovníka.
- Každá choroba vo vyššom veku znamená náhlu a radikálnu zmenu doterajšieho spôsobu života chorého.
- Znamená obmedzenie alebo úplnú nemožnosť pohybu, realizácie záujmov a často aj úplnú stratu súkromia.

- Klinický sociálny pracovník, zmierňuje negatívne reakcie starších klientov a napomáha im, aby sa opäť plnohodnotne začlenili do spoločnosti.
- V zdravotníckom zariadení prebieha tímová spolupráca.
- Tím tvorí prevažne: lekár, psychológ, pedagóg, logopéd, sociálny pracovník a rehabilitačný pracovník.

### Základné etické problémy

- kedy zasahovať do života klienta a jeho rodiny, skupiny, či obce
- ktorým sociálnym prípadom dať prednosť a venovať čas na akútne riešenie
- koľko pomoci a starostlivosti poskytnúť, aby stimulovali klienta k zmene postojov a zodpovednému jednaniu a neviedli k zneužitiu
- kedy prestať so sociálnou intervenciou

### Etapy práce sociálneho pracovníka

1. Oboznámenie sa s chorobopisom.
2. Sociálna diagnóza.
3. Návrh riešení a plán sociálnej pomoci.
4. Sociálna terapia.
5. Overovanie výsledkov

### Spolupráca sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník spolupracuje s:

- jednotlivými klinickými pracoviskami,
- zdravotníckymi pracovníkmi,
- psychológmi,
- právnikmi nemocnice,
- špeciálnymi pedagógmi,
- s logopédom v rámci vnútornej spolupráce

Vo vonkajšej podobe sociálny pracovník je úzko spätý a spolupracuje:

- s Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, s odborom služieb zamestnanosti, a kompenzačných príspevkov,
- s Mestským úradom - odbor sociálnych služieb,
- so Správou zariadení sociálnych služieb ,
- s obecnými úradmi,
- s prokuratúrou a súdmi,
- so ZSS,
- Charitatívno- sociálnymi zariadeniami,
- s Policajným zborom SR,
- s Mestskou políciou,
- s Matričným úradom,
- s Evidenciou obyvateľov,
- Agentúrami opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti,
- so Sociálnou poisťovňou,
- Zdravotnou poisťovňou,
- s pedagogicko- psychologickou poradňou.

#### Utajené a anonymné pôrody

- V ktorejkoľvek nemocnici v SR má žena právo rodiť v režime utajeného pôrodu
- Ochrana života a zdravia na úrovni odbornej pomoci a starostlivosti
- Osobitná zdravotná dokumentácia- osobné údaje matky sú oddelené od zdravotnej dokumentácie
- 6 týždňov po pôrode- právo ženy na rozhodnutie
- Skupina klientiek využívajúca tento režim

#### Paliatívna starostlivosť

- Prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické a psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie (WHO In. Mojtoová, 2008).

- Paliatívna starostlivosť je súbor činností poskytovaných lekármi, ošetrovateľkami, rehabilitačnými pracovníkmi, psychológmi, kňazmi a sociálnymi pracovníkmi.

Uskutočňuje sa vo forme ambulantnej a ústavnej

### Ambulantná a inštitucionálna paliatívna starostlivosť

- Ambulantná- mobilné hospice, ambulancie paliatívnej medicíny, stacionárne paliatívnej medicíny
- Inštitucionálna- hospice, oddelenia paliatívnej medicíny, jednotky paliatívnej medicíny
- Hospicová starostlivosť- 3 obdobia: pre finem, in finem a post finem

### História paliatívnej starostlivosti

- Veľká Británia (krátko po 2. svetovej vojne) založila Cecilie Saundersová)
- Prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti v SR – v Národnom onkologickom ústave (r.1995)
- V septembri 2002- prvý slovenský hospic
- V ČR prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti v roku 1992
- Starostlivosť orientovaná na zmierňovanie bolesti

## DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ O STARŠÍCH ĽUDÍ V SR

- *Populationageing*(starnutie populácie)
- ☐priemerná dĺžka života:
- ❖Francúzsko 80,87 rokov veku
- ❖Švédsko 80,74 rokov veku
- ❖Taliansko 80,07 rokov veku
- ❖Senegal 57,08 rokov veku
- ❖Nigéria 46,53 rokov veku

- ❖Angola 37,92 rokov veku
- ❖Slovensko 75,17 rokov veku

#### Demografické ukazovatele

V roku 2009 (ŠÚ SR) sa v SR narodilo **61217 živých detí** (o 3 857 viac ako v roku 2008)

| Veková skupina | 2002         | 2005         | 2010         | 2015         | 2020         | 2025         |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0-14           | 17,98        | 16,30        | 14,30        | 13,47        | 13,10        | 12,56        |
| 15-44          | 46,37        | 46,32        | 45,67        | 44,39        | 41,36        | 37,58        |
| 45-64          | 24,05        | 25,40        | 27,21        | 27,46        | 28,04        | 29,81        |
| 65 a starší    | <b>11,60</b> | <b>11,99</b> | <b>12,83</b> | <b>14,68</b> | <b>17,50</b> | <b>20,05</b> |
| Obyv. v tis.   | 5 379        | 5 377        | 5 360        | 5 329        | 5 278        | 5 199        |

a **zomrelo 52 913 osôb** (o 251 menej ako v roku 2008).

☐Živonarodenosť sa medziročne zvýšila na 11,3 promile (o 0,7 bodu).

☐Úmrtnosť zostala na úrovni 9,8 promile.

☐Zahraničnou migráciou získala Slovenská republika **4 367 osôb**, pričom sa prisťahovalo 6 346 osôb a vysťahovalo 1 979 osôb.

☐K 31. decembru 2009 mala Slovenská republika **5 424 925 obyvateľov**.

☐Podiel žien na celkovom počte obyvateľstva tvoril **51,4 %**

( Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR za rok 2009, s.8).

#### Efektívne fungovanie nového systému sociálnej politiky

„ respektíve zabezpečenia želateľného stavu a vývoja sociálnej sféry priamo závisí od poznania súčasného stavu a vývoja demografického zloženia obyvateľstva Slovenskej republiky.

☐Pre potreby hospodárskej i sociálnej politiky štátu má rozhodujúci význam práve demografická štruktúra obyvateľstva –rozloženie obyvateľstva do jednotlivých vekových skupín, z ktorého sa odvodzujú závažné zmeny ekonomických a sociálnych závislostí –v aktivitách obyvateľstva a ich relevantných dôsledkov na hospodársky a sociálny rozvoj.“ (Matulay-Matulayová, 1998, s. 49)

#### Starostlivosť o seniorov v SR

Starostlivosť o seniorov možno rozdeliť do dvoch základných úrovní:

1.Starostlivosť o seniora v domácom prostredí -neinštitucionalizovanú pomoc poskytujú odborníci v domácom prostredí..

2.Rezidenčnáa polo rezidenčná starostlivosť o seniora sa poskytuje osobám vyššieho veku prevažne v zariadeniach pre seniorov.

## LTC

v sebe spája zdravotnú a sociálnu starostlivosť a je obvykle poskytovaná osobám s fyzickým alebo duševným postihnutím, starším osobám s narušeným zdravím a osobitným skupinám, ktoré pri vykonávaní každodenných činností potrebujú pomoc.

☐V Európskej únii zodpovedajú za plánovanie, financovanie a správu systémov zdravotnej starostlivosti a sociálnej ochrany členské štáty.

## LTC a EU

V rámci podpory členských štátov v ich reformných snahách odporúča Únia pre vnútroštátne systémy tri dlhodobé ciele, ktoré by sa mali plniť súčasne:

- 1.zaistenie dobrého prístupu k zdravotnej starostlivosti a sociálnym službám
- 2.zlepšenie kvality starostlivosti
- 3.zaistenie udržateľnosti financovania

## LTC (Zavázalová, 2001)

- 1) dlhodobosťou trvania choroby, chronicitou a stupňom zdravotného postihnutia, ktoré zapríčiňuje stratu sebestačnosti a závislosť na starostlivosti druhej osoby
- 2) multidisciplinárnym prístupom s ohľadom na spektrum zdravotných, psychických a sociálnych problémov
- 3) zapojením ostatných sektorov (komunity, školstva, služieb a pod.)
- 4) spoluprácou zdravotníkov a laikov (rodina, dobrovoľní opatrovatelia, charita, náboženské spoločenstvá a ďalšie).

Pojem dlhodobá starostlivosť vyjadruje poskytovanie zdravotníckej i sociálnej starostlivosti po dlhšiu alebo dlhú dobu, poprípade ako trvalú starostlivosť.

☐Pre inštitucionálnu starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach bola definovaná ako zdravotná starostlivosť, poskytovaná pacientom s komplikáciami viacerých chronických chorôb dospelého veku, ktorých základné diagnózy sú známe a stav nevyžaduje intenzívne vyšetrowanie, ale vyžaduje liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik služby prevažne sociálneho charakteru.

## LTC v zdravotníctve

Dôvodom dlhodobej starostlivosti môže byť nepriaznivo prebiehajúce základné ochorenie, napríklad onkologické alebo kardiovaskulárne, v geriatrickej sa jedná o ochorenie, sprevádzané komplikáciami.

☐ Za najzávažnejšie komplikácie, indikujúce dlhodobú starostlivosť, je považovaná imobilita a demencia.

☐ Z ďalších geriatrických syndrómov sú to najmä imobilizačný syndróm, vážne poruchy výživy, geriatrický maladaptívny syndróm, opakované ťažké infekcie, depresia, delírium, inkontinencia, retencia moču, obštipácia, poruchy spánku, poruchy termoregulácie, pády a úrazy, ortostatická hypotenzia, dekubity, slepota a hluchota, a ďalšie....(Hegyi, 2007).

## LTC v sociálnych veciach

V rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny je poskytovaná dlhodobá starostlivosť s prevažujúcou náplňou sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb, konkrétne v zariadeniach pre seniorov.

☐ V domácej starostlivosti je poskytovaná prostredníctvom opatrovateliek, ktoré sú dnes väčšinou už profesionálne.

☐ Medzi formy dlhodobej starostlivosti možno začleniť i peňažný príspevok na opatrovanie, ktorý sa zaraďuje do systému kompenzácií sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia. (Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany asociálnej inklúzie 2008 -2010, 2008, s. 63).

## Staroba a LTC

Spojitosť medzi starobou a dlhodobou starostlivosťou by mala mať dopad na vytvorenie systémov sociálneho zabezpečenia (tým istým spôsobom, ako na zdravie/chorobu a dlhodobú starostlivosť) a mala by mať väčší dopad na starobnú politiku ako bývanie, poskytovanie služieb, dobrovoľné prostriedky a pod. (Hrozenská, 2008, s. 116)

Národný program ochrany starších ľudí poukazuje na nedostatky previazanosti sociálnej a zdravotnej starostlivosti, poskytovanej v prirodzenom prostredí rodiny, obce či komunity.

☐ „Chýbajú integrované sociálno-zdravotné služby dlhodobej starostlivosti poskytované predovšetkým v domácnosti a v komunite nad ústavnou starostlivosťou.“ (Správa o plnení Národného programu ochrany starších ľudí, 2005). Legislatívna úprava dlhodobej starostlivosti vychádza z **Programového vyhlásenia vlády SR** až nadväzujúcich uznesení vlády SR s cieľom integrovať prekrývanie sociálnych a zdravotníckych služieb a ich financovanie smerované na klienta.

☐ Vláda SR svojím uznesením č. 161 zo dňa 25. februára 2004 schválila **Koncepciu sociálnej a dlhodobej starostlivosti** a uložila ministrom zdravotníctva predložiť legislatívny zámer zákona o sociálnej a dlhodobej starostlivosti.

☐ Vláda svojím uznesením č. 206 zo dňa 3. marca 2004 schválila **presun pôsobnosti** v oblasti ťažkého zdravotného postihnutia z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky na Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (Legislatívny zámer zákona o dlhodobej starostlivosti a podpore integrácie osôb so zdravotným postihnutím, 2005).

## Otvorená metóda koordinácie

Od decembra 2001 sa dlhodobá starostlivosť stala jednou z oblastí zastávaných „otvorenú metódu koordinácie“ a pripojila sa k zdravotnej starostlivosti o starších ľudí.

☐ Členské štáty si stanovili spoločné ciele, aby boli dosiahnuté súčasne, a to rovnomerný prístup k starostlivosti, vysokú kvalitu starostlivosti a finančnú životaschopnosť v systéme starostlivosti.

☐ Žiadny štát EÚ neposkytuje úplnú ochranu ľuďí, ktorí vyžadujú dlhodobú starostlivosť (Hrozinská, 2008, s. 111).

## LTC- súčasnosť v SR

Chýba cielená koordinácia poskytovania zdravotnej starostlivosti a sociálnej pomoci,

☐ Integrácia potrebných služieb je organizačne, finančne aj ľudsky najefektívnejší prístup k osobám vyžadujúcim dlhodobú starostlivosť a podporu integrácie a osvedčila sa v ekonomicky vyspelých krajinách.

☐ Zákon o dlhodobej starostlivosti a podpore integrácie by mal, na rozdiel od platnej právnej úpravy, integrovať rôzne nástroje podpory pre občanov so zdravotným postihnutím, zároveň klásť dôraz na sociálne poradenstvo a sociálnu rehabilitáciu, zapájať do systému mimovládne organizácie,

Dlhodobá starostlivosť musí zahŕňať širokú plejádu nástrojov uspokojovania individuálnych potrieb klientov: sociálne poradenstvo a sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, sociálne služby, príspevky na sociálne služby, príspevky na kompenzačné pomôcky, ako aj dávky na úhradu zvýšených nákladov na živobytie z titulu zdravotného postihnutia (Legislatívny zámer zákona o dlhodobej starostlivosti a podpore integrácie osôb so zdravotným postihnutím, 2005).

## Cieľ pripraveného zákona

☐ • vytvoriť taký systém služieb a ďalších nástrojov dlhodobej starostlivosti a podpory integrácie, ktorý bude spĺňať požiadavky na riadenie kvality služieb, čím sa od začiatku zabezpečí aj ochrana základných ľudských práv osôb, vstupujúcich do systému.

☐ Ďalším cieľom je predísť zhoršovaniu kvality života u starších osôb s oslabeným zdravím a so zdravotným postihnutím.

☐ • účinne a efektívne kombinovať personálne, materiálne a finančné zdroje rodiny, mimovládnych organizácií, obce, samosprávneho kraja a štátu, k čomu zákon upraví osobitný systém dlhodobej koordinácie uspokojovania individuálnych zdravotných a sociálnych potrieb starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím na základe ich slobodného výberu.

- maximálne zmenšiť až odstrániť znevýhodnenia, ktoré nedovoľujú starším osobám so zdravotným postihnutím zapájať sa do života spoločnosti. Návrh zákona vytvára systém, ktorý na základe individuálnych rozvojových plánov zabezpečí koordinované poskytovanie sociálneho a zdravotného poradenstva a služieb.

☐ • efektívna dostupnosť a reálna finančná udržateľnosť poskytovania dlhodobej starostlivosti a podpory integrácie najmä v dôsledku starnutia populácie Slovenska (Legislatívny zámer zákona o dlhodobej starostlivosti a podpore integrácie osôb so zdravotným postihnutím, 2005).

## Aktuálny stav dlhodobej starostlivosti

Analýza stavu dlhodobej starostlivosti na Slovensku ( z roku 2008) sa skladá z dvoch častí.

☐ Predmetom prvej časti je reálny stav dlhodobej starostlivosti,

☐ predmetom druhej časti je financovanie tejto starostlivosti.

☐ Analýza je súčasťou projektu „Modernizácia sektoru zdravotníctva“.

## Problematické miesta LTC

nedostatočne prehľadné financovanie zdravotných a sociálnych služieb alebo úkonov.

☐ umelo rozdelený systém financovania podľa rezortov -ministerstva zdravotníctva a ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny.

☐ existujúci nedostatok zdrojov na úhradu dlhodobej starostlivosti .

☐ • v dostupnosti primeranej zdravotnej a dlhodobej starostlivosti pre všetkých v takom zmysle, aby odkázanosť na starostlivosť neviedla k chudobe a finančnej závislosti

- v kvalite v zdravotnej a dlhodobej starostlivosti a prispôbením starostlivosti, vrátane rozvíjajúcej sa preventívnej starostlivosti, meniacim sa potrebám a prioritám spoločnosti a jednotlivcov, najmä vyvíjaním noriem kvality, ktoré odrážajú osvedčené medzinárodné postupy, a posilnením zodpovednosti odborníkov v oblasti zdravotníctva, pacientov a prijímateľov starostlivosti,

- vo finančnej dostupnosti a trvalej udržateľnosti primeranej zdravotnej a dlhodobej starostlivosti vysokej kvality aj naďalej prostredníctvom podpory racionálneho využívania zdrojov, najmä za pomoci vhodných stimulov pre používateľov a poskytovateľov, dobrej správy a koordinácie medzi systémami starostlivosti a

verejnými a súkromnými inštitúciami. Dlhodobá trvalá udržateľnosť a kvalita si vyžadujú podporu zdravého a aktívneho životného štýlu a primerané ľudské zdroje v sektore starostlivosti (Dostupná, trvalo udržateľná ..., 2008).

## **Alzheimerova choroba**

### **Základné fakty**

- ⊙ Alzheimerova demencia je najčastejšou demenciou, ktorá je zodpovedná za 2/3 všetkých demencií.
- ⊙ Je to neurodegenratívne ochorenie mozgu
- ⊙ Typickým je nenápadný začiatok ochorenia s trvale progredujúcim sa zhoršovaním duševných schopností

### **Typické poruchy pamäti pri Alzheimerovej chorobe**

#### **1Skoré príznaky**

- ⊙ Zabúda, kde si čo dal, robí si zoznamy, poznámky, opakovane telefonuje

#### **2Rozvinuté ochorenie**

- ⊙ Zabúda tváre osôb, nedávne udalosti, nie je schopný vytvoriť ani používať zoznam, nie je schopný si zapamätať schôdzku

#### **3Neskorá fáza**

- ⊙ Žije v minulosti, nesprávne identifikuje členov rodiny, postupne nastupuje úplná amnézia

### **Typické poruchy reči pri Alzheimerovej chorobe**

#### **1Skoré príznaky:**

- ⊙ Občasný problém nájsť slovo, menej bohatá slovná zásoba, zhoršená plynulosť reči

#### **2Rozvinuté ochorenie:**

- ⊙ Problém nájsť slovo v bežnej konverzácii, opakuje sa, problémy v sledovaní komplexnej konverzácie, porucha porozumieť slovám je väčšia, ako sa zdá

#### **3Neskorá fáza:**

- ⊙ Obmedzenie slovnej zásoby aj porozumenia reči, celková fatická porucha, strata schopnosti hovoriť

### **Typické poruchy v priestorovej orientácii pri Alzheimerovej demencii**

### **1Skoré príznaky:**

- ☉ Vyhyba sa komplexným činnostiam v domácnosti (veľké upratovanie), problémy pri vedení motor. vozidla, pri finančných transakciách (investície), problémy pri bežných domácich prácach

### **2Rozvinuté ochorenie:**

- ☉ Pri obliekaní problémy so správnym poradím oblečenia, vyžaduje dohľad a slovné vyzvanie na obliekanie, nesprávne vykonáva domáce práce, chyby vo vedení motor. vozidla, neschopnosť akýchkoľvek finančných transakcií (platby v obchode)

### **3Neskorá fáza:**

- ☉ Vyžaduje pomoc pri obliekaní a kúpaní, nie je schopný použiť príbor, nie je schopný vstať z postele, nie je schopný chôdze.

### **Sprievodné symptómy Ach**

- ☉ poruchy osobnosti (menšia otvorenosť, strata záujmu, vnímavosti a vrelosti vo vzťahoch a v prejavovaní citov voči ostatným, iritabilita, neuroticizmus, nezrelosť, nestálosť, egocentrizmus, nezodpovednosť),
- ☉ poruchy motivácie (strata spontaneity, strata motivácie až apaticko –abulický syndróm) a sociability.
- ☉ V neskorších fázach Alzheimerovej demencie vidíme často aj psychotické symptómy (halucinácie, bludy, ilúzie), stavy nepokoja a agitovanosti, blúdenia, agresie a dezorganizácie spánkového rytmu

### **Škála celkovej deteriorácie**

#### **Štádium/ Klinické znaky**

- ☉ **1.**Bez postihnutia kognitívnych funkcií: preklinické štádium, nie sú prítomné žiadne subjektívne ani objektívne obtiaže
- ☉ **2.**Začínajúce postihnutie kognitívnych funkcií: prítomné sú iba subjektívne obtiaže (zábudlivosť, roztržitosť), objektívne vyšetrenie je bez patológie
- ☉ **3.**Lahké postihnutie kognitívnych funkcií: problémy pri vykonávaní pracovných povinností, pri reči, pri vedení motor. Vozidla, v cudzom prostredí. Pri objektívnom vyšetrení sú prítomné iba mierne poruchy pamäte.
- ☉ **4.**Stredne ťažké postihnutie kognitívnych funkcií: neschopnosť samostatne vykonávať niektoré komplexné činnosti (finančné záležitosti, plánovanie zložitejších aktivít,

napr. dovolenka, varenie). Vyšetrením sa preukáže porucha krátkodobej pamäte, reči a konštrukčných schopností stredného stupňa.

- ⊙ **5.** Pokročilé postihnutie kognitívnych funkcií: neschopnosť vykonávať bez dozoru alebo pomoci napr. osobnú hygienu, vybrať si vhodné oblečenie – čiastočná strata sebestačnosti. Objavuje sa dezorientácia v čase a priestore, klient zabúda mená členov rodiny. Pokročilé sú poruchy pamäte, apraxia, agnózia.
- ⊙ **6.** Ťažké postihnutie kognitívnych funkcií: klient vyžaduje pomoc pri obliekaní, pri jedle a osobnej hygiene, neskôr dochádza k inkontinencii. Je prítomná dezorientácia všetkými kvalitami aj vlastnou osobou, časté sú ilúzie a misidentifikácia, poruchy správania.
- ⊙ **7.** Veľmi ťažké postihnutie kognitívnych funkcií: ťažká porucha až strata reči a akejkolvek komunikácie, strata schopnosti chôdze a voľnej motoriky, trvalá inkontinencia, neurologické príznaky (rigidita, pseudobulbárny syndróm).

### **Vaskulárna demencia**

sú druhou najčastejšou príčinou dementného syndrómu.

- ⊙ Rozvoj demencie je etiologicky spojovaný s väčšími alebo častejšími drobnými infarktmi v rôznych oblastiach mozgu, mozgovým krvácaním alebo závažnou difúznou poruchou perfúzie (prietoku).
- ⊙ Vaskulárna demencia začína náhle, bývajú prítomné náhle, tzv. skokové zhoršovanie kognitívnych funkcií a celkovo kratšie prežitie v porovnaní s Alzheimerovou chorobou.

### **Frontotemporálne demencie**

- ⊙ Klinicky samostatnou jednotkou je aj skupina tzv. frontotemporálnych demencií, charakterizovaná iba ľahkou poruchou pamäti a zachovanou priestorovou orientáciou aj praxiou (hybnosťou), ale s významným postihnutím osobnosti, sociálnych vzťahov, afektivity.
- ⊙ Významné sú poruchy sociálneho správania s desinhibíciou, ktorá sa prejavuje napr.: nevhodným vtipkovaním, násilnosťami, sexuálnym obťažovaním, stratou empatie, citovou indierenciou.

### **Pozícia Sociálneho klienta**

- ⊙ vzájomný rešpekt, pochopenie a rešpektovanie pacienta takého aký je aj so zmenami, ktoré prináša choroba
- ⊙ V intervencii sú používané tri všeobecné roviny: interpersonálne vzťahy, prostredie a aktivity.

- ⊙ Osoba postihnutá demenciou sa v prvom rade stáva na opatrovateľovi závislá nielen fyzicky, ale aj emocionálne.

### **Dôsledky kognitívnej poruchy**

Pri Alzheimerovej demencii ovplyvňuje strata pamäte najčastejšie spomienky časovo nie príliš vzdialené.

#### ***Strata pamäte sa prejavuje:***

- ⊙ problémami so získavaním nových znalostí
- ⊙ zlou orientáciou v priestore, čase a ľuďoch
- ⊙ opakujúcimi sa otázkami
- ⊙ paranoickým tvorením predstáv, konfabulácií
- ⊙ úzkostlivosťou a nedostatkom pochopenia. (Zgola, 2003)
- ⊙ Neschopnosť získavať nové znalosti sťažuje postihnutej osobe tiež možnosť poučiť sa zo skúseností a prispôbiť sa novým okolnostiam.

### **Dôsledky kognitívnej poruchy**

- ⊙ Osobe so stratou pamäti povieme všetko, čo potrebuje vedieť s tým, že informácie budeme možno mnohokrát opakovať.
- ⊙ Osoba si nemusí pamätať posledné udalosti, ktoré viedli k súčasnej situácii, ale vie, že by veci mali dávať zmysel a tak sa pokúša o akési zmierne riešenie.
- ⊙ Opatrovatelia sa pri práci s osobami s poruchou pamäti dostávajú do mnohých situácií, kedy sa stávajú terčom mnohých bolestivých obvinení, niekedy až šokujúcich podozrení, avšak na miesto toho, aby sa impulzívne bránili, musia sa dostať k jadru obvinenia.

### **Deficit pozornosti**

Príklady najčastejších vzorcov správania spojených s problémami pozornosti:

- ⊙ neschopnosť začať alebo ukončiť úlohu alebo akciu
- ⊙ fixácia na jeden nepodstatný aspekt úlohy, pričom na úlohu ako celok osoba zabudne
- ⊙ neschopnosť vzdorovať rušivým podnetom
- ⊙ znížená schopnosť reagovať
- ⊙ zmätené reakcie (Zgola, 2003)

## **Problémy s komunikáciou**

Jazyk má dve základné zložky: receptívnu a expresívnu.

- ⊙ Rozpad schopnosti receptívneho jazyka spôsobuje postihnutej osobe ťažkosti s rozoznávaním slov a porozumieť zložitým vetám.
- ⊙ Ak máme problém s komunikáciou s osobou trpiacou kognitívnou poruchou, musíme určiť, či je unikať zmysel slov alebo nie je schopná formulovať myšlienku. Ak má postihnutý problém s porozumením slov, môžeme použiť synonymá alebo opis predmetu.

## **Poruchy pochopenia, úsudku a abstrakcie**

Tieto poruchy môžu viesť k tomu, že jedinec reaguje nasledovným spôsobom:

- ⊙ v dôsledku nerealistického odhadu odmieta pomoc
- ⊙ trvá na svojich starých vzorcoch správania sa
- ⊙ neprijíma dôkaz o znížení svojich schopností
- ⊙ stráca schopnosť správať sa podľa spoločenských konvencií, stráca zábrany
- ⊙ nedokáže predpovedať dôsledky
- ⊙ nedokáže si urobiť predstavu o neprítomných objektoch alebo okolnostiach
- ⊙ má tendenciu brať veci doslovne (Zgola, 2003)

## ***Poruchy vo vnímaní a priestorovej orientácii***

Najčastejšie poruchy:

- ⊙ neúspech pri rozoznávaní predmetov a osôb
- ⊙ mylný výklad podnetov z okolia (ilúzie)
- ⊙ problémy s nachádzaním predmetov, keď nie sú na svojom obvyklom mieste, alebo s je za nimi málo kontrastné prostredie
- ⊙ zakopávanie a nepresný odhad cieľovej vzdialenosti
- ⊙ problémy s hľadaním správnej cesty
- ⊙ úzkosť a neistota (Zgola, 2003)

## ***Alzheimerova choroba a prostredie domova***

Priestorové riešenie domova pre ľudí s Alzheimerovou demenciou, musí zvážiť tri základné oblasti:

- ☉ faktory, ktoré budú pomáhať k čo možno **najdlhšiemu zachovaniu funkcií**,
- ☉ faktory, ktoré budú mať **vplyv na bezpečie** klientov
- ☉ faktory, ktoré budú **podporovať** ich **emocionálne zdravie**.

Pri zvažovaní domáceho prostredia je tiež nutné venovať pozornosť potrebám opatrovateľov.

### Prostredie pre život

- ☉ **známe predmety môžu fungovanie uľahčiť**, nové, moderné predmety ho môžu znemožniť.
- ☉ Medzi **zachované schopnosti** u osôb s Alzheimerovou demenciou patria najčastejšie staré, celoživotným **učením silno zafixované pohybové vzorce**. Tieto staré vzorce správania sú spúšťané známymi predmetmi, ktoré sa v prostredí vyskytujú, napr.: hodiny s ručičkami , klasický telefón s číselníkom
- ☉ V dome, kde býva osoba s Alzheimerovou demenciou, je potrebné vždy **nájsť rovnováhu medzi zmenami, ktoré majú zaistiť bezpečie a medzi nemenným stavom**, ktorý má prospieť k zachovaniu istoty a orientácie.
- ☉ Podobne ako zamieňame potenciálne nebezpečné alebo rušivé predmety za bezpečné prístroje, často je vhodné zariadiť bydlisko postihnutého človeka **bezpečnými, upokojujúcimi predmetmi z minulosti**, ktoré reprezentujú staré, pokojnejšie časy.

### Potreby opatrovateľov

- ☉ školených pomocníkov,
- ☉ viac vzdelania
- ☉ a predovšetkým viac odpočinku.
- ☉ Potreba súkromia a času byť osamote pomáha vyrovnávať sa s napätím, s potrebou byť neustále bdelym a pripraveným.

### Formy pomoci rodine pacienta s demenciou

- ☉ Využitie **asociačných programov** pre pomoc dementným osobám a založenie **svojpomocných skupín** je v zahraničí častou možnosťou (Shekim 1991, in Jiráček 1999),

- ⊙ **system denných stacionárov** pre dospelých,
- ⊙ možnosť **osobnej asistencie a domácej starostlivosti**, poskytovaná odborníkmi, ako aj dobrovoľníkmi či charitatívnymi organizáciami.
- ⊙ Do komplexnej starostlivosti môžeme zaradiť aj program **hospicov** pre terminálne štádium ochorenia.

### **Starostlivosť o klientov s Alzheimerovou chorobou**

- ⊙ S postupujúcou progresiou ochorenia dochádza k obmedzeniu sebestačnosti klienta, najskôr v inštrumentálnych a neskôr aj v základných aktivitách denného života.
- ⊙ Stále sa tak zvyšuje potreba starostlivosti zo strany opatrovateľov a kladie na nich často nároky, ktoré celkom presahujú ich sily a možnosti.
- ⊙ Preto boli v zahraničí vyvinuté formy podporných programov pre opatrovníkov a pre klientov samotných.

### **Základné metódy pomoci**

- ⊙ *Respitná - odľahčujúca starostlivosť*
- ⊙ *Poradenstvo*
- ⊙ *Reminiscenčná terapiu*
- ⊙ *Pohybová a tanečná terapiu*
- ⊙ *Programy tréningov pamäti*
- ⊙ Aktivizačné programy
- ⊙ Cieľom týchto aktivít je nielen zlepšenie stavu klienta, ale hlavne posilnenie komunikácie, zachovanie kvality života a jeho ľudskej dôstojnosti.

### **Respitná starostlivosť**

- ⊙ je určená pre rodinných príslušníkov klientov trpiacich demenciou, ktorí sú mobilní a nemajú závažnejšie somatické ochorenia, ale potrebujú dohľad, aktiváciu a pravidelný režim.
- ⊙ Môže byť realizované v dennom centre.

### **Poradenstvo**

Alzheimerovou demenciou a poskytnúť im potrebné informácie: o ochorení, o jeho priebehu, o možnostiach sociálno právnej ochrany, o spôsobe starostlivosti v dennom

centre, o prispôsobení domáceho prostredia potrebám klienta, najmä z hľadiska bezpečnosti a pod

### **Pohybová a tanečná terapia**

- ☉ je uznávanou metódou rozšírenou po celom svete. Predstavuje psychoterapeutické využitie pohybu v procese zlepšenia emocionálnej, kognitívnej, sociálnej aj fyzickej integrácie človeka.

Estetická stránka je v pozadí, ide o psychologické faktory ako je neverbálna komunikácia, koordinácia pohybu, vytvorenie skupiny ľudí s rovnakým záujmom

### **Programy tréningov pamäti**

- ☉ patria k najviac používaným metódam. Zameriavajú sa na nácviky obnovenia motorických funkcií: spoločné stolovanie, obliekanie a pod.

### **Aktivizačné programy**

- ☉ sú nácviky základných pohybov rehabilitáciou a špeciálnym cvičením. Zaraďujeme sem aj činnostnú terapiu, muzikoterapiu, arteterapiu.

### **Reminiscenčná terapia**

- ☉ môže byť využitá už v počiatočných fázach ochorenia.
- ☉ Evokovaním minulého sa snažíme podporiť motiváciu k interakcii v skupine, radosť zo spomienok a zážitkov a tak podporiť činnosť pamäte.
- ☉ Porovnávanie minulého so súčasným napomáha aj pri orientácii v realite.
- ☉ Často sa využíva hudba, fotografie. Proces reminiscencie môže prispieť k zachovaniu osobnej identity a sebaúcty u dementných osôb, pôsobiť na zlepšenie sociálnych a komunikačných schopností, emočného prežívania vlastnej situácie.
- ☉ Dominantná ostáva snaha priaznivo pôsobiť emočným zážitkom a vybavovaním na zachovanie dlhodobej pamäte.

### **Validačné techniky**

- ☉ Sú zamerané na pomoc závažnejšie postihnutým, zmäteným osobám a kladú dôraz na vplyvy emocionálnej pamäte a zážitkov.
- ☉ Pomocou akceptujúceho prístupu s primeraným emočným správaním a kontaktom sa dáva najavo snaha porozumieť prejavom a emóciám dementnej osoby.

- ☉ Zlepšenie očného a fyzického kontaktu, komunikatívnejšie a emocionálne prijateľnejšie správanie sa uvádzajú ako zisk z tejto formy terapie.
- ☉ Terapeutické sedenia sa zameriavajú na možnosti rozhodovania na základe emocionálneho zážitku alebo spomienky, na vyvolávanie emocionálne silných reminiscencií a ich prijatia, vyrovnania sa s nimi.
- ☉ Základnou snahou je zachovanie vedomia hodnoty emocionálnych zážitkov, redukcia emocionálnych výkyvov a vyrovnanie sa so životnou situáciou. (Jiráček, 1999)

### **Muzikoterapia**

- ☉ pôsobí na zachovanie neverbálnej schopnosti komunikácie, zlepšuje schopnosť kontaktu s okolím a emocionálne prežívanie situácie, pomáha dosiahnuť relaxáciu.
- ☉ Väčšinou zahŕňa aj tanečnú a pohybovú terapiu ako komplexný program. Významné je celkové zachovanie fyzických, kardiovaskulárnych funkcií, primeraného apetítu a vyprázdňovania závažnejšie postihnutých osôb

### **Ergoterapia a arteterapia**

- ☉ sú limitované aktuálnymi možnosťami zúčastnených osôb a najčastejšie sú realizované využívaním jednoduchých činností s rôznymi prírodnými a technickými materiálmi.

Tieto činnosti stimulujú myslenie, verbálny aj neverbálny kontakt s okolím a emocionálne prežívanie primerané situácii. Podobne môže pôsobiť jednoduché cvičenie zamerané na sebaobslužné úkony

### **Multidisciplinárny tím**

- ☉ ***Psychológ, Psychiater, Zdravotné sestry, Terapeuti, Sociálny pracovník***
- ☉ Terapeuti- arteterapeuti, muzikoterapeuti, dramaterapeuti a iní sa snažia pomôcť klientovi sprostredkovať nové pohľady na osobnú situáciu. Podobne môžu byť nápomocní rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti, ktorí pomáhajú napríklad s nácvikom konkrétnych zručností.
- ☉ Sociálny pracovník- dochádza do styku s klientom za účelom poskytovania informácií a kontaktov súvisiacich s aktuálnou situáciou klienta, oboznamujeme pacienta a jeho rodinu so systémom zdravotnej a sociálnej starostlivosti
- ☉ Jedná sa o finančné možnosti a postupy spojené so zdravotným stavom klienta- nemocenské dávky, invalidný dôchodok, zamestnávania a rehabilitácia duševne chorých ľudí a ďalšie.

- ☉ Pracovník ponúka kontakty na zariadenia, v ktorých sa pracuje s klientami s príslušnými diagnózami, kontakty na domácu starostlivosť, ako aj prípadnú právnu pomoc.
- ☉ Sociálny pracovník dbá hlavne na to, aby bol oporou klienta a jeho rodiny, oporou ktorá mu dodáva kompetencie a rozvíja jeho sociálne zručnosti.