

Vplyv fyzického prostredia na kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb

The impact of the physical environment on the quality of life of social services recipients

Lea Rollová

CEDA – Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania, Fakulta architektúry a dizajnu
STU v Bratislave

E-mail adresa:

lea.rollova@stuba.sk

Korešpondenčná adresa:

doc. Ing. arch. Lea Rollová, PhD.
Fakulta architektúry a dizajnu STU
Námestie slobody 19
812 45 Bratislava

Recenzenti:

Mgr. Mária Machajdíkova
prof. PhDr. Michal Oláh, PhD.

Kľúčové slová/Key words

architektúra, sociálne služby, COVID 19, evakuácia, deinštitucionalizácia
architecture, quality of social services, COVID 19, evacuation

Abstrakt:

Existuje interakcia medzi ľudským zdravím a zastavaným prostredím. Podľa Dilaniho (2014) je fyzické prostredie nielen dôležité pre dobré zdravie, ale môže byť pre jednotlivca aj kritickým stresorom. V rámci národného projektu: Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov (2018 – 2023) bolo hodnotené fyzické prostredie v 92 zapojených zariadeniach sociálnych služieb. Zistenia hodnotiteľov odhalili viaceré problémy a nedostatky súvisiace s prevádzkovou a technickou kvalitou budov sociálnych služieb na Slovensku, ktoré súvisia s rizikami ohrozenia zdravia a života prijímateľov. V sledovanom čase museli zariadenia zápasiť s infekčnými ochoreniami, najmä s COVID 19, požiarimi, alebo s rizikami úrazov, ktoré mimo iného, súvisia s architektonickými bariérami v budovách. V tomto príspevku sú sprostredkované výsledky výskumu, ktoré súvisia s bezpečnosťou, prístupnosťou a kvalitou budov zariadení sociálnych služieb z hľadiska nárokov prijímateľov sociálnych služieb a v závere je diskusia o potrebnej zmene zaužívaných postupov pri architektonickej tvorbe objektov, ktoré by mohli pomôcť pri predchádzaní rôznych rizík v budúcnosti.

Abstract:

There is an interaction between human health and the built environment. According to Dilani (2014), the physical environment is not only important for good health, but can also be a critical stressor for an individual. As part of the national project: Deinstitutionalization of social service facilities - support of transformation teams (2018-2023), the physical environment in 92 participating social service facilities was assessed. The findings of the evaluators revealed several problems and shortcomings related to the operational and technical quality of social service buildings in Slovakia, which are related to the risks of endangering the health and life of recipients. In the monitored time, the facilities had to contend with infectious diseases, especially with COVID 19, fires, or with the risks of accidents, which are related to architectural barriers, among other things. In this contribution, the results of research related to the safety, accessibility and quality of buildings of social service facilities in terms of the claims of recipients of social services are presented, and in the end, there is a discussion about the necessary change in customary procedures in the architectural creation of objects, which could help in preventing various risks in the future.

Povedomie o úlohe architektúry pri zlepšení zdravia a psychickej pohody sa medzi architektmi zvýšilo najmä vďaka zverejneniu zistení renomovaného Kráľovského inštitútu britských architektov a ich Komisie pre architektúru a vybudované prostredie (CABE, 2009). Rovnako viaceré medicínske výskumy preukázali negatívny vplyv prostredia na fyzické a duševné zdravie v dôsledku tzv. environmentálnych charakteristík, ako je preľudnenosť priestorov, hluk, zlá kvalita ovzdušia alebo nedostatok denného svetla, slnka a podobne (Roberts-Hughes, R., 2013, Evans, G., 2003). Známa tiež sociálno-ekologická koncepcia alebo model PIE (Person – In – Environment t. j. Osoba v prostredí), ktorá odhaľuje významnú súvislosť medzi človekom a prostredím, ktorí sa vzájomne ovplyvňujú (KRIST-ASHMAN, K., HULL Jr., G.H., 1999). Preukázalo sa, že človek má schopnosť formovať, ale aj deformovať prostredie podľa okolností a svojich potrieb. Koncepcia človeka v prostredí PIE je v sociálnej práci a v architektúre veľmi dôležitá, riadi sa praxou a zdôrazňuje dôležitosť pochopenia jednotlivca a jeho individuálneho správania vo vzťahoch s prostredím (environmental contexts), v ktorom táto osoba žije a koná.

Zdravotné procesy alebo psychická pohoda (wellbeing) užívateľov fyzického / zastavaného prostredia by sa mohli podporiť implementáciou dizajnu, ktorý je salutogénny (tj zahŕňa dizajnové prvky, ktoré podporujú zdravie a pohodu). Komplexné informácie o salutogénnom dizajne zverejnil Alan Dilani (2014), ktorý uvádza, že v tíme študovali viac ako 300 článkov, ako aj inú literatúru, ktorá mala relevantné spojenie s oblasťou fyzického prostredia, zdravia a správania užívateľov prostredí. Na základe vykonaných analýz dostupnej literatúry Dilani tvrdí, že existuje interakcia medzi ľudským zdravím a fyzickým prostredím a že existuje všeobecné presvedčenie, že ľudia sa vždy prispôbujú prostrediu. Toto presvedčenie, ktoré sa často nazýva teória adaptácie, naznačuje, že ľudia si menej uvedomujú prostredie, čím dlhšie v danom prostredí žijú alebo pracujú. Nízka kvalita prostredia môže teda ovplyvniť ich zdravotný alebo duševný stav bez toho, aby si to uvedomovali. Dilani tiež uvádza pozitívny vplyv rôznych prvkov prostredia na zdravie a pohodu, napríklad vplyv rastlín, svetla, farby, estetiky a umenia, hudby, zvuku a podobne.

Heerwagen a kol. (1995) zostavili hlavné zásady salutogénneho dizajnu¹, ktoré sú (1) sociálna interakcia, tvoriť formálne aj neformálne priestory na stretávanie; (2) potreba súkromia, schopnosť ovládania a regulácie napr. denného a umelého osvetlenia, zvuku, teploty alebo prístupu druhých osôb; (3) Oddych a relaxácia v tichých priestoroch s jemným osvetlením, v kontakte s prírodou alebo dobrým výhľadom z okna na prírodu. Stokols (1992) tvrdí, že (1) fyzické zdravie môže byť podporené ergonomickým dizajnom so zdravým, netoxickým prostredím, (2) duševné zdravie možno podporovať zabezpečením osobnej kontroly nad vlastným priestorom a predvídateľnosťou, ako aj estetickými, symbolickými a duchovnými prvkami a (3) sociálne zdravie možno podporiť prístupom k sieti sociálnej podpory, a účasťou budúcich užívateľov na procese navrhovania.

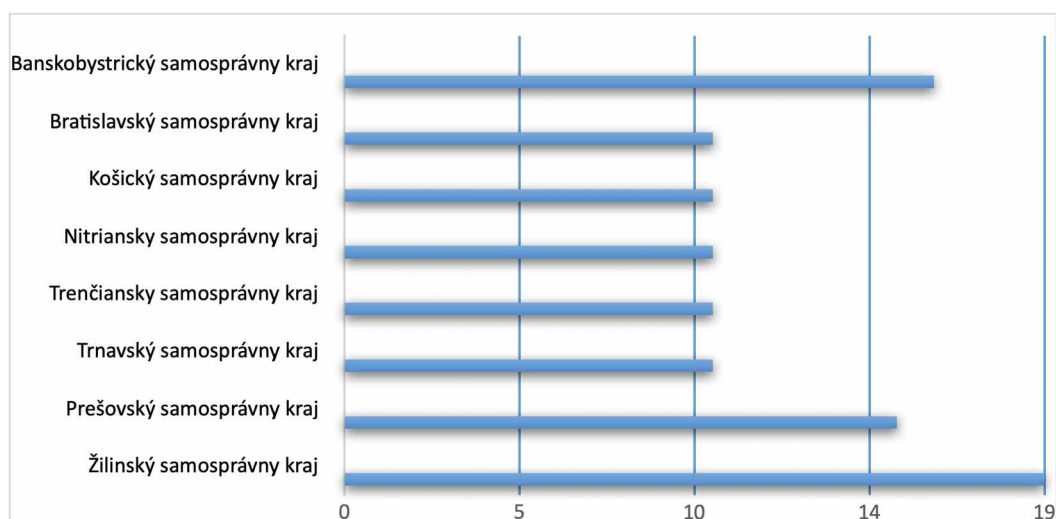
Podobne ako bolo zistené vo vyššie uvedených výskumoch, sme sformulovali hypotézu, že nekvalitné fyzické prostredie najmä pobytových zariadení sociálnych služieb (ďalej len ZSS) môže mať nepriaznivý vplyv na zdravie a kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb a súčasne môže zhoršiť pracovné prostredie zamestnancov.

Metódy výskumu

Výskum súvisiaci s hodnotením kvality fyzického prostredia zariadení sociálnych služieb a napĺňania ľudských práv prijímateľov prebiehal v rámci národného projektu Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov (ďalej len projekt NPDI-PTT). Do hodnotenia bolo zapojených 92 ZSS z celého Slovenska (Graf 1), ktoré poskytovali rôzne druhy služieb, vrátane všetkých druhov pobytových sociálnych služieb s odkázanosťou na pomoc inej osoby. Najčastejšie druhy poskytovaných sociálnych služieb boli – domov sociálnych služieb, zariadenie pre seniorov, špecializované zariadenie, zariadenie opatrovateľskej starostlivosti. Okrem toho poskytovali ZSS aj službu včasnej intervencie a podporu samostatného bývania. Respondentmi výskumu boli prijímatelia sociálnych služieb rôznych vekových skupín a s rôznymi druhmi zdravotných postihnutí.

Cieľom výskumu bolo vyhodnotiť a popísať aktuálny stav kvality poskytovania sociálnych služieb v každom z posudzovaných ZSS, jeho súlad s vybranými článkami Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a legislatívnymi predpismi. Na realizáciu výskumu bol

Graf 1 Zapojené zariadenia sociálnych služieb v rámci jednotlivých krajov v percentách



¹ Poznámka: Koncom 70. rokov Aaron Antonovsky, profesor, výskumník a medicínsky sociológ, identifikoval následky stresu na zdravie. Antonovsky posunul svoj výskumný prístup od choroby k pôvodu zdravia a odhalil, ako stres a životný štýl ovplyvňujú zdravie. Výsledný model sa nazýva Salutogenéza, odvodený od „salus“ znamená zdravie a „genéza“ znamená pôvod. <https://www.archdaily.com/985115/what-is-salutogenic-architecture>

použitý overený nástroj Svetovej zdravotníckej organizácie WHO QualityRights Tool Kit (WHO,2012), ktorý bol podľa autorov testovaný v krajinách s nízkymi, strednými a vysokými príjmami a je navrhnutý tak, aby sa uplatňoval vo všetkých týchto nastaveniach zdrojov. Výsledkom hodnotenia v rámci projektu NPDI-PTT bolo vydanie „Správy o hodnotení kvality a ľudských práv v NPDI PTT – monitoring pripravenosti“, ktorú získali všetky ZSS, zapojené do projektu.

Hodnotenie kvality ZSS na Slovensku vykonávali nezávislí hodnotitelia z 3 partnerských organizácií: (1) RPSP - Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, (2) SÚPZ - Slovenská únia podporovaného zamestnávania, (3) CEDA - Výskumné a školiace centrum bezbariérového navrhovania, Fakulta architektúry a dizajnu Slovenskej technickej univerzity v Bratislave. Hodnotenie každého zapojeného ZSS sa vykonávalo v 6 členných tímoch (2 ľudia z každej partnerskej organizácie) tak, aby bola zabezpečená jeho objektívnosť a validita. Hodnotenie ZSS sa realizovalo prostredníctvom troch základných metód výskumu: (1) pozorovanie „in situ“ priamo v zariadení sociálnych služieb, (2) rozhovory s prijímateľmi sociálnych služieb, zamestnancami ZSS, príbuznými a ďalšími relevantnými osobami, (3) štúdium internej dokumentácie ZSS. Všetci hodnotitelia museli absolvovať školenie o práci s hodnotiacim nástrojom WHO QualityRights Tool Kit, ktoré bolo realizované opakovane prezenčnou aj online formou. V rámci online formy mohli hodnotitelia absolvovať tiež e-learning pripravený Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO, 2019). Zároveň mali hodnotitelia možnosť konzultovať priebeh hodnotenia s expertmi projektu NPDI-PTT, mali k dis-

pozícii aj pomocné podklady a otázky k jednotlivým hodnoteným kritériám pre výkon hodnotenia pripravenosti v ZSS. Pred každým rozhovorom s prijímateľom sociálnej služby bol podpísaný informovaný súhlas samotným prijímateľom sociálnej služby alebo jeho opatrovníkom. Hodnotitelia si mohli počas hodnotenia pripravenosti vyhotovovať fotodokumentáciu len so zvoľnením manažmentu zariadenia, pričom fotografie boli použité len pre interné účely hodnotenia. Hodnotenie kvality a ľudských práv v ZSS bolo realizované v 5 hlavných témach (WHO, 2012), ktoré odkazujú na plnenie jednotlivých článkov Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len Dohovor), ktorý ratifikovala Slovenská republika v roku 2010 (oznámenie MZV SR č. v č. 317/2010 Z. z.):

Téma 1. Právo na primeranú životnú úroveň (Článok 28 Dohovoru)

Téma 2. Právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia (Článok 25 Dohovoru)

Téma 3. Právo na uplatnenie spôsobilosti na práve úkony a právo na slobodu a osobnú bezpečnosť. (Články 12 a 14 Dohovoru)

Téma 4. Ochrana pred mučením a iným krutým, neľudským alebo ponižujúcim zaobchádzaním (Články 15 a 16 Dohovoru)

Téma 5. Právo na nezávislý spôsob života a zapojenie do spoločnosti (Článok 19 Dohovoru)

Každá z uvedených tém bola rozpracovaná do konkrétnejších štandardov a kritérií pre tieto štandardy. Celkovo sa hodnotilo 5 tém, 23 štan-

Tabuľka 1 Hodnotiaca škála nástroja WHO Quality Rights Tool Kit (WHO,2012)

Úplne dosiahnuté výsledky	A/F	Je dôkaz, že kritérium, štandard alebo téma je plne realizovaná
Čiastočne dosiahnuté výsledky	A/P	Je dôkaz, že kritérium, štandard alebo téma je realizovaná, ale zlepšenie je ešte potrebné
Plnenie výsledkov sa začalo	A/I	Je dôkaz, že sú robené kroky k naplneniu kritéria, štandardu alebo témy, ale je potrebné výrazné zlepšenie
Nebolo začaté	N/I	Nie je dôkaz o snahe a krokoch, ktoré by viedli k naplneniu kritéria, štandardu alebo témy
Neaplikovateľné	N/A	Kritérium, štandard alebo téma sa neaplikuje na hodnotené zariadenie, napr. spálňa nie je v dennom centre

dardov, ktoré obsahovali 105 konkrétnych kritérií, ktoré sú aplikovateľné v ZSS (Cangár, M. a kol. 2022). Každé kritérium, štandard a téma boli vyhodnocované podľa škály, prevzatej z nástroja WHO, ako je uvedené v tabuľke č. 1.

Výskum súvisiaci s hodnotením kvality fyzického prostredia pobytových ZSS súvisí najmä s Témou 1. Právo na primeranú životnú úroveň. Pre účely hodnotenia kvality fyzického prostredia pripravil partner projektu CEDA ďalší hodnotiaci nástroj tzv. Kontrolný hárok, v ktorom boli uvedené relevantné otázky a vysvetlenia k jednotlivým posudzovaným kritériám nástroja WHO tak, aby hodnotenie vyhovovalo štandardom národnej stavebnej legislatívy, hygienickým, požiaro-bezpečnostným štandardom, alebo legislatívnym požiadavkám na bezbariérovú prístupnosť stavieb. Kontrolné hárkky boli podkladom pre hodnotiteľov. Po vykonaní prieskumu bola pre každé z 92 zapojených ZSS vypracovaná „Analýza pripravenosti fyzického prostredia z hľadiska možností samostatného pohybu prijímateľov v rámci vybraných lokalít a objektov“, ktorú vpracovali hodnotitelia partnera CEDA, z Fakulty architektúry a dizajnu STU v Bratislave.

Vyhodnotenie výskumu

Na úvod je potrebné uviesť, že na výsledky výskumu výrazne vplýva fakt, že do projektu

NPDI-PTT sú zapojené predovšetkým veľkokapacitné ZSS (priemerná kapacita 109 miest), ktoré sa do projektu často zapojili aj z dôvodu zlého fyzického stavu ich objektov. Napriek tomu je však možné odhaliť základné, opakujúce sa problémy, ktoré súvisia s podporením alebo vyvrátením hypotézy: *Fyzické prostredie pobytových zariadení sociálnych služieb môže ovplyvniť zdravie a kvalitu života prijímateľov a súčasne môže zhoršiť alebo zlepšiť pracovné prostredie zamestnancov.* Nasleduje vyhodnotenie jednotlivých skúmaných štandardov podľa tabuľky č. 2.

Pre vyhodnotenie Témy 1, ktorá súvisí s kvalitou fyzického prostredia pobytových ZSS je potrebné podrobnejšie analyzovať jednotlivé štandardy, ktoré boli zadefinované autormi nástroja WHO, ako aj podrobnosti – kritériá, ktoré sa k posudzovaniu jednotlivých štandardov viažu.

Štandard 1.1.

Pri hodnotení štandardu 1.1 boli posudzované tieto základné kritériá (WHO, 2012)

- Budova je v dobrom technickom stave.
- Budova je prístupná pre ľudí s telesným postihnutím.
- Osvetlenie budovy (umelé a prirodzené), vykurovanie a vetranie poskytujú komfortné životné prostredie.

Tabuľka 2 Sledované štandardy Témy 1: Právo na primeranú životnú úroveň (podľa WHO QualityRights Tool Kit)

Štandard 1.1	Budova je v dobrom technickom stave
Štandard 1.2	Prijímatelia sociálnej služby majú dobré podmienky pre pohodlný spánok a dostatok súkromia.
Štandard 1.3	Zariadenie spĺňa hygienické a sanitárne podmienky.
Štandard 1.4	Prijímatelia sociálnych služieb dostávajú stravu, nezávadnú pitnú vodu a oblečenie, ktoré vyhovuje ich potrebám a preferenciám.
Štandard 1.5	Prijímatelia sociálnych služieb môžu slobodne komunikovať a ich právo na súkromie je rešpektované.
Štandard 1.6	Zariadenie poskytuje príjemné, pohodlné a stimulujúce prostredie pre aktívnu účasť a interakciu.
Štandard 1.7	Prijímatelia sociálnych služieb môžu viesť plnohodnotný spoločenský a osobný život a sú zapojení do života a aktivít komunity.

- Zariadenie má opatrenia na ochranu ľudí pred zranením ohňom a požiarom (skúmali sa jednak preventívne opatrenia pred vznikom požiaru, ale aj pripravenosť ZSS na evakuáciu v prípade požiaru).

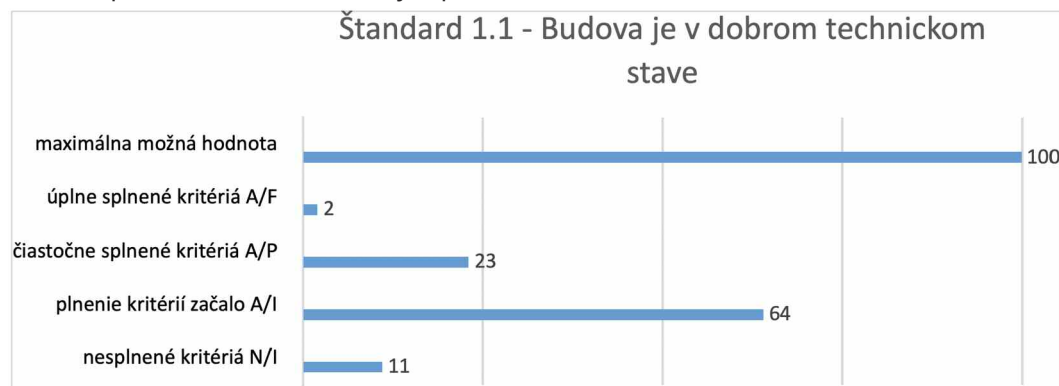
Ako je možné sledovať v grafe 2 iba 2% hodnotených ZSS malo budovy v úplne vyhovujúcom technickom stave. 23% ZSS malo budovy vo vyhovujúcom stave pod podmienkou, že odstránia drobné nedostatky, nepriaznivé výsledky dosiahlo 64% ZSS, kde boli zistené závažné nedostatky v technickom stave budov, ktoré si vyžadujú rozsiahlejšie stavebné zásahy a nakoniec 11 % nespĺňa základné štandardy súvisiace s technickým stavom objektov a pri týchto ZSS hodnotitelia odporučili vystaňovanie prijímateľov z objektov. Celkovo možno konštatovať, že 75% zo zapojených ZSS potrebuje urobiť zásadné zmeny v oblasti kvality fyzického prostredia. Pri niektorých závadách na technickom stave objektov nie je možné dosiahnutie požadovaných štandardov ani po zásadnej rekonštrukcii.

K veľmi častým nedostatkom najmä v starších objektoch ZSS patria: technické poruchy v murive, absencia hydroizolácie od zemnej vlhkosti, vlhnutie stien spôsobuje vznik plesní, netesniace okná môžu spôsobiť prievan, ochladzovanie izby a možné ochorenie prijímateľov. V nedostatočne udržiavaných objektoch boli evidované staré elektrické rozvody, kde je riziko skratu a vznietenia rozvodov, kvapkajúce miešacie batérie, pokazené sifóny na toaletách, staré vykurovacie telesá bez možnosti regulácie teploty, poškodenia podláh, povrchov dverí alebo nábytku, pričom hrozí riziko úrazu.

Ďalším veľmi častým problémom je nevhodný konštrukčný systém budovy, ktorý neumožňuje vykonať kvalitnú debarierizáciu budovy tak, aby sa v nej mohli prijímatelia pohybovať samostatne (v závislosti na ich zdravotnom stave). Napríklad v objektoch úplne absentujú výťahy alebo výťahy nie sú bezbariérové prístupné, podlahy sú v rôznych výškových úrovniach a rampy sú často vzhľadom na požadovanú dĺžku nerealizovateľné. Mnohé neúčelové budovy majú úzke chodby, kde nie je možné manévrovanie s invalidným vozíkom. Pri existujúcich izbách často nie je možné vybudovať bezbariérovú kúpeľňu, ktorá si vyžaduje väčší priestor, najmä vzhľadom na nepriaznivý rozpon nosného systému. Iba 19 % z hodnotených objektov splnili úplne požiadavky bezbariérovej prístupnosti a 11 % ešte ani nezačalo objekty debarierizovať. Dôsledkom bariérového prostredia u cca 80 % posudzovaných ZSS dochádza k častému porušovaniu práv prijímateľov, lebo sa nemôžu slobodne pohybovať v rámci objektov a príľahlej záhrady, do niektorých častí sa nedokážu vôbec dostať. Absencia bezbariérových toaliet a kúpeľní môže byť tiež príčinou častého používania plienok u klientov s obmedzenou schopnosťou pohybu, následne aj ich umývania priamo na lôžku. Existencia bariér je nepriaznivá aj pre zamestnancov, pretože v takomto prostredí musia vykonávať prácu navyše, napríklad poskytovať asistenciu prijímateľom pri presunoch v rámci objektu alebo v rámci areálu, dvíhať ich a podobne.

V historických objektoch (najmä v kaštieloch a bývalých kláštoroch) nie je možné zlepšiť svetlo-technické podmienky na izbách tak,

Graf 2 Naplnenie štandardu 1.1, údaje v percentách



Vedecko-odborný časopis pre sociálnych pracovníkov a zdravotníkov

- Spálne poskytujú prijímateľom sociálnych služieb dostatok súkromia.
- Pre prijímateľov sociálnych služieb je k dispozícii dostatočný počet čistých prikrývk a posteľnej bielizne.
- Prijímatelia sociálnych služieb si môžu uschovávať osobné veci a mať dostupný a vlastný uzamykateľný priestor na ich uloženie.

Štandard 1.2 nesúvisí iba s hodnotením fyzického prostredia ZSS, ale aj s odhalením zaužívaných postupov, či prežitkov pri poskytovaní sociálnych služieb. Veľkosť zariadenia a proklamovaná ekonomická efektivita veľkokapacitných zariadení je často v zásadnom rozpore s právom na dodržiavanie súkromia. Pri hodnotení zapojených ZSS bolo zistené, že iba 7 % z nich spĺňa základné kritériá a požiadavky na dodržiavanie súkromia prijímateľov. Naopak, 20 % hodnotených objektov tieto kritériá vôbec nenapĺňa a 36 % má pri napĺňaní kritérií výrazné nedostatky. Z podrobnejšej analýzy základných kritérií štandardu 1.2 vyplynulo, že viac ako polovica (57 %) hodnotených zariadení má vážne problémy súvisiace s tzv. „stresormi fyzického prostredia“ ako sú napríklad nevhodné a preplnené priestory, nízka kvalita vzduchu, permanentný hluk alebo nepríjemný zvuk, nedostatok svetla a slnečného žiarenia, nevhodné farby v interiéri, alebo nemocničný vzhľad izby. V ZSS majú prijímatelia veľmi často nedostatok súkromia a cítia sa nepríjemne napríklad pri vykonávaní hygieny v sprchách bez závesov, alebo pri umývaní na lôžku v prítomnosti spolubývajúcich bez použitia deliacich závesov alebo paravanov. Pri hodnotení tohto štandardu bolo napríklad zistené, že v mnohých historických budovách nie je možné posudzované kritériá štandardu 1.2 naplniť najmä z dôvodu existencie prechodných izieb a izieb s veľkou plošnou výmerou. Ak by boli veľké izby delené na menšie časti, neboli by dostatočne osvetlené denným svetlom a ak by na veľkej izbe bývalo menej prijímateľov (najviac dve osoby) bola by služba ekonomicky neefektívna vzhľadom na vysoké prevádzkové náklady. K pocitu súkromia patria aj vlastné uzamykateľné skrinky, kde si môžu prijímatelia odložiť svoje osobné veci. Nepríjemným zistením však bolo, že mnohí prijímatelia nemajú k dispozícii uzamykateľnú skrinku

alebo nevlastnia kľúč od svojej skrinky, skrinku im na požiadanie otvorí personál ZSS. Rovnako existencia vlastnej kúpeľne je veľmi dôležitá pre zabezpečenie pocitu súkromia, a ako bolo zistené, táto absentuje najmä v historických objektoch. Viac informácií o hygienických zariadeniach sa uvádza pri hodnotení štandardu 1.3.

V nevhodnom prostredí ZSS, môžu prijímatelia pociťovať stres, ktorý môže mať za následok zhoršené zdravie, podvýživu, alebo psychické problémy, napríklad agresivitu alebo nepokojný spánok. Na základe porovnania 74 štúdií dospelí vedci (Seitz at al, 2010, p.1025) k záveru, že „demencia, depresia a úzkostné poruchy sú najčastejšími psychiatrickými poruchami u starších dospelých v dlhodobej starostlivosti; zdá sa, že mnohé psychiatrické poruchy sú v prostredí dlhodobej starostlivosti častejšie v porovnaní s poruchami pozorovanými u starších dospelých, ktorí žijú v komunite“. K pocitu nepohody a stresu môže prispievať aj pevne stanovený harmonogram dňa, ranné budenie prijímateľov kvôli podávaniu liekov a pravidlá obmedzujúce slobodu rozhodovania prijímateľov sociálnych služieb.

Na základe vykonaných hodnotení kvality objektov ZSS sa možno domnievať, že vyššie uvedené stresory fyzického prostredia môžu byť jedným z faktorov, ktorý spôsobuje niektoré prejavy agresivity, podvýživy a frustrácie u sledovaných prijímateľov. Navyiac, ako bolo preukázané počas pandémie COVID 19, nedostatok súkromia, preplnené priestory, spoločné užívanie priestorov napríklad hygieny a jedálne môže spôsobiť riziko rýchleho šírenia infekčných ochorení. Preukázalo sa, že „stavebné prostredia slúžia ako potenciálne prenosové vektory pre šírenie vírusov napr. COVID 19 vyvolaním úzkej interakcie medzi jednotlivcami prostredníctvom „formitov“ (predmetov alebo materiálov, ktoré pri dotyku pravdepodobne prenášajú infekčné choroby) a prostredníctvom výmeny vírusov prenášaných vzduchom (Dietz at al, 2020).

Štandard 1.3

Pri hodnotení štandardu 1.3 „Zariadenie spĺňa hygienické a sanitárne podmienky“ boli posudzované tieto základné kritériá (WHO, 2012):

- Kúpeľne a toalety sú čisté a funkčné.
- Kúpeľne a toalety umožňujú dostatok súkromia a sú oddelené pre mužov a pre ženy.
- Prijímatelia sociálnych služieb majú pravidelný prístup do kúpeľní a toaliet.
- Prijímatelia sociálnych služieb s telesným postihnutím/imobilizačným syndrómom majú zabezpečený bezbariérový prístup ku kúpaniu/hygiene a toaletám.

Štandard 1.3 je podobne ako predchádzajúci štandard dôležitý pre oblasť dodržiavania práva na súkromie. Ako je možné vidieť na grafe 4, iba 2% z hodnotených ZSS spĺňalo úplne tento štandard. Podobne ako v štandarde 1.2 aj tu viac ako polovica hodnotených zariadení (64 %) má výrazné problémy súvisiace s naplnením hygienických a sanitárnych podmienok. Pri hodnotení boli zistené viaceré nedostatky. Najväčším nedostatkom sú spoločné kúpeľne a toalety pre veľký počet prijímateľov (často pre všetkých prijímateľov z jedného poschodia). Spoločné toalety a kúpeľne „na konci chodby“ sú často poddimenzované a nespĺňajú hygienické normy, často sú nefunkčné (zle navrhnuté rozmiestnenie sanitárnych prvkov s nedostatkom manévrovacieho priestoru), alebo majú zlý technický stav. Navyiac v spoločných toaletách a kúpeľniach nemajú prijímatelia dostatok súkromia, niektoré spoločné toalety nemajú dvere, niektoré záchodové misy sú vzájomne oddelené len deliacou stenou, alebo sa dvere na toaletách nedajú uzamknúť.

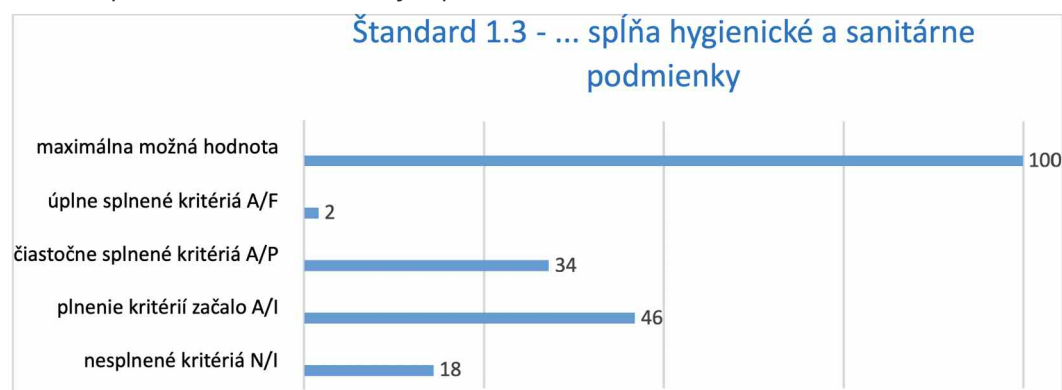
V mnohých ZSS úplne absentujú bezbariérové toalety a kúpeľne, alebo boli tieto priestory navrhnuté a zrealizované nesprávne a ich funkčnosť je obmedzená a pri ich používaní je naďalej potrebná asistencia druhej osoby. Ďalším zisteným problémom je, že vybudovanie bezbariérových kúpeľní pri každej izbe nie je často možné vzhľadom na malý rozpon nosných stien – nie je možné vytvoriť dostatočný priestor na manévrovanie s vozíkom pred dverami do kúpeľne alebo priamo v kúpeľni. Investície do vybudovania nových kúpeľní v existujúcom veľkokapacitnom ZSS pri každej izbe si vyžadujú veľmi vysoké náklady, ktoré sú neprimerané vzhľadom na ostatné negatíva spojené s tzv. inštitucionálnou kultúrou (Európska komisia, 2009, str. 11).

Štandard 1.4

Štandard 1.4 „Prijímatelia sociálnych služieb dostávajú stravu, nezávadnú pitnú vodu a oblečenie, ktoré vyhovuje ich potrebám a preferenciám“ súvisí s fyzickým prostredím len okrajovo. Pri hodnotení štandardu boli zohľadňované tieto kritériá (WHO, 2012):

- Strava a nezávadná pitná voda sú k dispozícii v dostatočnom množstve, v dobrej kvalite a sú primerané kultúrnym preferenciám a zdravotným potrebám a požiadavkám prijímateľov sociálnych služieb.
- Strava sa pripravuje za primeraných podmienok a priestory pre stravovanie sú kultúrne vhodné a odrážajú stravovacie zvyklosti v komunite.
- Prijímatelia sociálnych služieb môžu nosiť vlastné oblečenie a topánky (denné a nočné oblečenie)

Graf 4 Naplnenie štandardu 1.3, údaje v percentách



- Ak prijímatelia sociálnych služieb nemajú svoje vlastné oblečenie je im zabezpečené dostatočne kvalitné oblečenie, ktoré zodpovedá ich kultúrnym preferenciám a je vhodné pre danú klímu, ročné obdobie a počasie.

Pre účely hodnotenia kvality fyzického prostredia analyzujeme najmä kritérium 1.4.2 „Strava sa pripravuje za primeraných podmienok a priestory pre stravovanie sú kultúrne vhodné a odrážajú stravovacie zvyklosti v komunite“, ktorý najviac súvisí s hodnotením kvality fyzického prostredia.

Ako možno vidieť na grafe 5, priestorové podmienky stravovacích zariadení obstáli pri hodnotení trochu lepšie, ako ostatné priestory. 40 % z hodnotených ZSS spĺňa kritérium, ktoré hodnotí kvalitu priestorov z hľadiska prípravy stravy a podávania stravy. Iba 4 % posudzovaných objektov ZSS mali stravovacie priestory úplne nevyhovujúce a 35 % priestorov malo vážne problémy, ktoré súviseli najmä s nedodrzanými hygienickými požiadavkami na prípra-

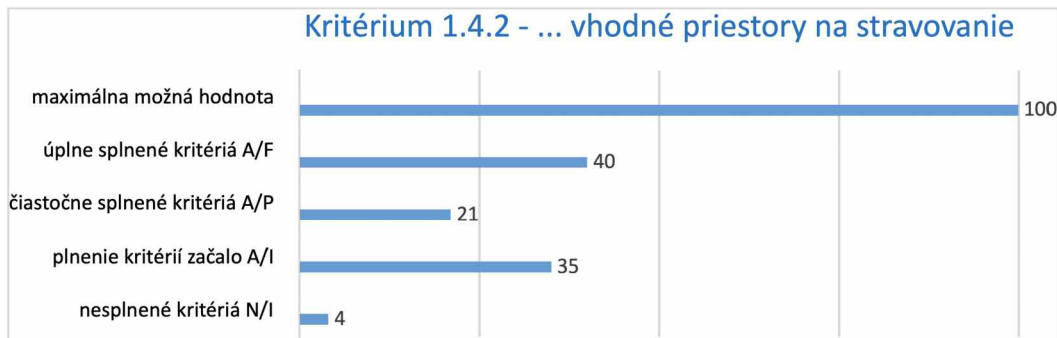
vu stravy, alebo so spôsobom podávania stravy, ktorý bol vyhodnotený ako nekultúrny, napríklad podávanie stravy všetkým prijímateľom v alumíniových, kovových alebo plastových miskách, jedenie s lyžicou a podobne.

Štandard 1.5

Štandard 1.5 „Prijímatelia sociálnych služieb môžu slobodne komunikovať a ich právo na súkromie je rešpektované“ súvisí najmä s technickým vybavením izieb (telefónmi, pripojením na internet, wifi v ZSS..), alebo s možnosťou používania vlastného mobilného telefónu, internetu v mobile a podobne. Pri hodnotení tohto štandardu sa prihliadalo na plnenie týchto kritérií (WHO, 2012):

- Prijímatelia sociálnych služieb môžu slobodne a bez cenzúry využívať komunikačné prostriedky ako sú telefóny, dopisy, e-mail a internet.
- Právo prijímateľov sociálnych služieb na súkromie pri komunikácii je rešpektované.

Graf 5 Naplnenie kritéria 1.4.2, údaje v percentách



Graf 6 Naplnenie štandardu 1.5, údaje v percentách



- Prijímatelia sociálnych služieb môžu komunikovať v jazyku, ktorý si sami zvolia a zariadenie im poskytuje potrebnú podporu (napr. prekladateľa), aby sa zabezpečilo, že prijímatelia sociálnych služieb môžu vyjadriť svoje potreby.
- Prijímatelia sociálnych služieb môžu prijímať návštevy, vybrať si s kým sa chcú vidieť, prijímať a chodiť na návštevy v akomkoľvek rozumnom a primeranom čase.
- Prijímatelia sociálnych služieb sa môžu voľne pohybovať po celom zariadení.

Podľa výsledkov zverejnených na grafe 6 je zrejmé, že iba 37 % z hodnotených ZSS naplňujú štandardy súvisiace so slobodou komunikovania a s rešpektovaním súkromia prijímateľov pri komunikácii. Veľké problémy s naplnením hodnotených kritérií má 26 % ZSS, ktoré napríklad nemajú k dispozícii telefón alebo internet pre prijímateľov, alebo môžu telefonovať len s dovoľením personálu. Pri hodnotení sa skúmal napríklad aj spôsob podávania a preberania poštových zásielok, v niektorých zariadeniach dochádzalo k otváraniu a kontrole súkromných poštových zásielok.

Na kvalitu prostredia má vplyv najmä vybavenie priestorov zabudovanými technickými zariadeniami – napríklad káblová televízia a internet, ktoré by mali byť k dispozícii na každej izbe, alebo wifi pripojenie na internet v celom objekte ZSS. Najmä počas pandémie COVID 19 pociťovali mnohí prijímatelia izoláciu bez možnosti komunikovania s rodinnými príslušníkmi a s priateľmi. V mnohých ZSS bolo počas pandémie zabezpečené pripojenie na internet

a umožnené prijímateľom komunikovať cez zakúpené tablety, alebo cez vlastné mobilné telefóny.

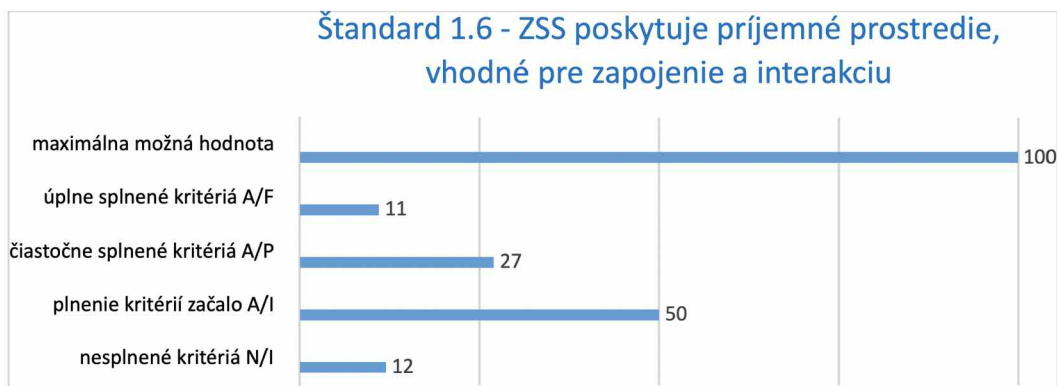
Štandard 1.6

Pri hodnotení štandardu 1.6 „Zariadenie poskytuje príjemné, pohodlné a stimulujúce prostredie pre aktívnu účasť a interakciu“ boli hodnotené tieto kritériá (WHO, 2012):

- Zariadenie disponuje dostatočným vybavením a nábytkom, ktoré je pohodlné a v dobrom stave.
- Dispozícia zariadenia vedie k interakcii medzi obyvateľmi a zamestnancami, medzi obyvateľmi a návštevníkmi a medzi obyvateľmi navzájom.
- Zariadenie zabezpečuje všetky potrebné zdroje, vrátane vybavenia, tak aby sa zabezpečilo, že prijímatelia majú možnosť komunikovať a podieľať sa na voľnočasových aktivitách.
- V zariadení sú špeciálne navrhnuté priestory/miestnosti pre voľnočasové aktivity prijímateľov sociálnych služieb.

Štandard 1.6 vyhodnocuje najmä účelovosť hodnotených objektov pre poskytovanie sociálnej služby a to hlavne z hľadiska aktivizácie a interakcie medzi prijímateľmi sociálnych služieb a komunitou. Z hodnotení vyplynulo, že 62% hodnotených zariadení má v tejto oblasti výrazné nedostatky, alebo štandard vôbec nenaplnia. 38% ZSS na druhej strane tento štandard naplňa úplne alebo vo veľkej miere. Pri záverečnom hodnotení tohto štandardu hodnotitelia upozornili predovšetkým na nasledovné nedostatky: v mnohých objektoch ZSS chýbajú spoločenské

Graf 7 Naplnenie štandardu 1.6, údaje sú v percentách



miestnosti (najmä u seniorských ZpS) a prijímatelia sociálnych služieb sa stretávajú len na chodbách alebo v spoločnej jedálni počas podávania stravy. Často tiež chýbajú priestory na vykonávanie rôznych aktivít, terapeutické priestory, alebo priestory na nerušenú komunikáciu s návštevou. Zásadným nedostatkom, ktorý má vplyv na aktívne trávenie času je napríklad absencia samostatnej kuchyne alebo kuchyne pri spoločenských priestoroch, kde by si mohli prijímatelia pripraviť kávu, koláč, alebo vlastnú stravu, ak by mali záujem. Takmer vo všetkých ZSS absentujú chladničky pre prijímateľov na odloženie vlastných potravín. Na izbách je z dôvodu prevencie pred vznikom požiaru zakázané používať rýchlôvarné kanvice alebo vlastné kávovary, teda ak má prijímateľ chuť napríklad na kávu, musí o ňu požiadať zamestnancov zariadenia, čo sa však deje len veľmi zriedkavo. Na dodatočné naplnenie tohto štandardu v ZSS sú potrebné vysoké investície, ktoré budú musieť byť spojené aj s rušením niektorých izieb a teda aj s ďalším znižovaním kapacity zariadenia.

V tomto štandarde sa hodnotitelia zamerali aj na interiérové vybavenie priestorov, či pôsobi príjemne a prívetivo, či si môžu prijímatelia vyzdobit' a vybaviť izbu vlastnými predmetmi, priniesť vlastný nábytok a podobne. Negatívne hodnotené boli prostredia ZSS, ktoré mali sterilný, nemocničný vzhľad bez osobných vecí, ktorý môže na prijímateľov pôsobiť neprívetivo až stresujúco (pozri stresory fyzického prostredia opísané v štandarde 1.2).

Ďalším prekvapujúcim zistením je, že v mnohých areáloch ZSS nie je využitá záhrada,

prijímatelia tu nevykonávajú žiadne zmysluplné alebo voľnočasové aktivity, často iba oddychujú (sedia na lavičkách).

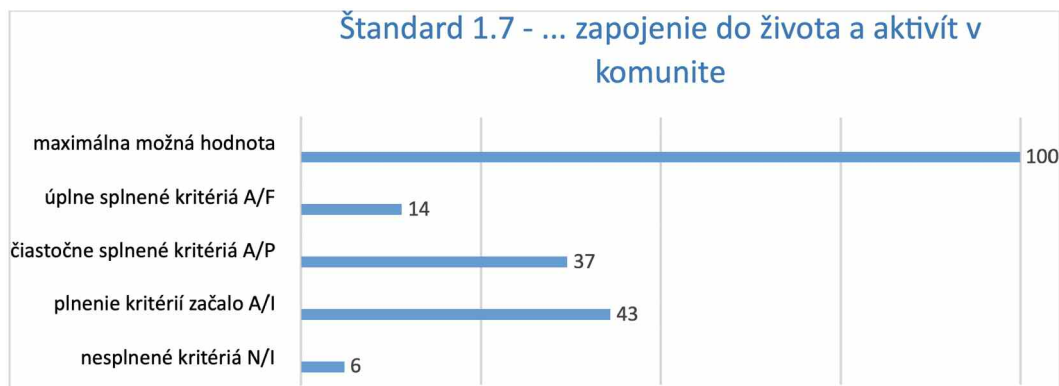
Štandard 1.7

Štandard 1.7. Posledným hodnoteným štandardom v rámci Témy 1 je štandard „Prijímatelia sociálnych služieb môžu viesť plnohodnotný spoločenský a osobný život a sú zapojení do života a aktivít komunity“. Pri hodnotení tohto štandardu sa prihliadalo na plnenie týchto kritérií (WHO, 2012):

- Prijímatelia sociálnych služieb môžu vzájomne komunikovať a stretávať sa, vrátane komunikovania a stretávania sa s osobami opačného pohlavia.
- Personál zariadenia zabezpečuje osobné požiadavky, napríklad na účasť na svadbách alebo pohreboch.
- Prijímateľom sociálnych služieb sú ponúkané pravidelné a plánované, vekovo vhodné a primerané aktivity v zariadení a aj v komunite.
- Personál poskytuje prijímateľom sociálnych služieb informácie o činnostiach a aktivitách v komunite a uľahčujú ich prístup k týmto činnostiam a aktivitám.
- Personál uľahčuje prijímateľom sociálnych služieb prístup ku kultúre a zábave mimo zariadenia, a kultúrne aktivity z komunity sú realizované aj smerom do zariadenia.

Tento štandard vypovedá najmä o otvorenosti ZSS voči komunite, zo získaných dát možno vyvodit' údaje o slobode prijímateľov a ich zapojení sa do života komunity, a naopak vypovedá aj o miere uzatvorenia prijímateľov v areáli ZSS

Graf 8 Naplnenie štandardu 1.7, údaje v percentách



a teda obmedzenia ich osobnej slobody. Z vykonaných hodnotení vyplynulo, že 49 % z posudzovaných ZSS neumožňuje a neuľahčuje zapájanie prijímateľov do života komunity, z toho 6 % zariadení drží prijímateľov úplne izolovaných od komunity a v 43 % ZSS boli evidovaní niektorí jednotlivci, ktorí majú možnosť slobodne opustiť zariadenie a vykonávať aktivity v komunite, avšak vo väčšine prípadov zamestnanci nepodporujú prijímateľov, aby vykonávali nejaké aktivity v komunite. Problémom je aj absencia koedukovaných ZSS. Muži a ženy sa často nemajú možnosť stretávať, nadväzovať priateľské a partnerské vzťahy. Pri posudzovaní zapájania prijímateľov do aktivít v komunite mimo ZSS, najmä prijímateľov s obmedzenou schopnosťou pohybu, zohráva úlohu aj bezbariérová prístupnosť prostredia komunity. Na Slovensku je vo väčšine obcí mnoho architektonických bariér, napríklad nie sú vyriešené bezbariérové priechody cez cestu, často absentuje bezbariérová hromadná doprava, alebo nie sú bezbariérovo prístupné niektoré budovy občianskej vybavenosti. Cieľ začleniť prijímateľov sociálnych služieb do komunity súvisí vo veľkej miere aj s plánovaním postupného odstraňovania architektonických bariér v mestách a obciach.

Celkové vyhodnotenie Témy 1

Z uvedených celkových zistení vypláva, že 7% zapojených zariadení úplne nespĺňa požiadavky na napĺňanie práva na primeranú životnú úroveň. 58% zariadení má závažné nedostatky v tejto oblasti, ktoré je nevyhnutné riešiť v čo najkratšom čase a 32 % zariadení naplňa stan-

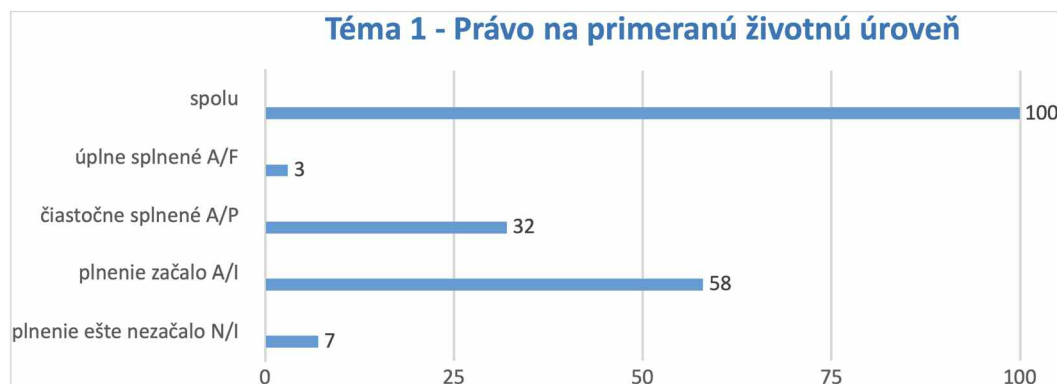
dardy čiastočne. V posudzovanej Téma 1 sa jedná hlavne o nedostatky v oblasti fyzického prostredia ZSS, ktoré je často neúčelové a nevhodné na poskytovanie kvalitných sociálnych služieb. Najviac problémov bolo evidovaných v historických objektoch kaštieľov, bývalých kláštorov, alebo iných stavieb, ktoré boli pôvodne postavené pre iný účel ako pre poskytovanie pobytových sociálnych služieb. Iba 3% hodnotených prevádzok ZSS spĺňali úplne podmienky kvality fyzického prostredia, kde išlo hlavne o objekty zariadení podporovaného bývania, ktoré boli lokalizované priamo v komunite mimo areálov ZSS.

Diskusia

Na základe vykonaného výskumu v 92 ZSS na Slovensku boli identifikované tieto závažné riziká ohrozujúce zdravie alebo život prijímateľov, ktoré súvisia s kvalitou fyzického prostredia ZSS (A) šírenie infekčných ochorení, (B) problémy pri evakuácii z budov, (C) riziko úrazov, a (D) stresory fyzického prostredia, ktoré majú významný vplyv na fyzické a duševné zdravie.

A - Šírenie infekčných ochorení môže podnietiť aj nevhodne navrhnuté a vybavené vnútorné prostredie budov. V posudzovaných budovách ZSS boli identifikované viaceré nedostatky, napríklad nevhodné systémy vetrania a výmeny vzduchu, nevhodná vlhkosť vzduchu, nedostatok denného svetla, kde je ideálne prostredie pre množenie rôznych vírusov a plesní. Problémom je tiež veľká hustota ľudí v budovách ZSS, kde nie je možné zabezpečiť súkromie

Graf 9 Výsledné hodnoty plnenia Témy 1 Právo na primeranú životnú úroveň, v percentách



a izoláciu. V jednej izbe sú neraz traja až štyria prijímatelia, v spoločných miestnostiach sa stravujú, zdieľajú spoločné hygienické zariadenia, alebo sa zdržujú v miestnostiach, kde sa vykonávajú skupinové, organizované denné aktivity. Prijímatelia a zamestnanci sa dotýkajú rôznych povrchov tzv. „formitov“, ako je uvedené v štandarde 1.2 – dverných kľučiek, stolov, ovládacích mechanizmov toaliet, batérií alebo držiadiel. Je zrejme, že nie je možné po každom použití tieto povrchy dezinfikovať.

Vo veľkokapacitných ZSS nie je možné prijať také opatrenia, ktoré by úplne zamedzili šíreniu infekčných ochorení, ale čiastkovými opatreniami by bolo možné aspoň čiastočne zmierniť ich dopad. Optimálne by boli najmä jednopostelové izby s vlastnou hygienou, ktoré by zabezpečili účinnú izoláciu v prípade karantény. V existujúcich objektoch ZSS je to však vo väčšine prípadov nerealizovateľné. Vhodnou prevenciou na šírenie vírusov je udržiavanie vhodnej mikroklimy prostredia – priestory sa musia pravidelne vetrať, aby dochádzalo k riedeniu vírusových častíc v interiéri. Ak sú v ZSS systémy umelého vetrania, musí sa vykonávať ich častá revízia a dezinfekcia. Výskumy tiež uvádzajú, že „UV žiarenie ničí ďalšie koronavírusy, takže pravdepodobne bude fungovať aj na novom koronavírusu“ (National Academy of Sciences, 2020). Na dezinfekciu priestorov možno preto využiť aj tradične známe „horské slnko“, ktoré možno používať len na ožarovanie priestorov alebo povrchov. Ďalším zdrojom nákazy sú povrchové materiály a pri ich výbere je vhodné preferovať povrchy, ktoré sú ľahko čistiteľné a neporézne, napríklad oceľ, kremeň, alebo tzv. antimikrobiálne látky, napríklad meď a jej zliatiny. Rovnaké účinky má striebro, preto je vhodné použiť povrchy s nanočasticami striebra (Spolidoro, 2020). Tiež je potrebné uvažovať o možnosti výmeny niektorých ovládacích prvkov za senzorové – ovládané pohybom alebo hlasom, napríklad vodovodné batérie na fotobunku, automatické systémy otvárania dverí atď.

B – Ďalším závažným problémom je riziko ohrozenia prijímateľov v prípade požiaru. Najčastejším dôvodom vzniku požiaru sú zastaralé elektrické rozvody alebo nevhodná manipulácia s elektrickými spotrebičmi alebo s ohňom (zápalky, zapaľovače, cigarety). Na základe vykonaných hodnotení bolo zistené, že v ZSS majú

prijaté základné opatrenia na prevenciu pred požiarom, ale mnohé z nich nemajú dostatočne vyriešenú otázku evakuácie prijímateľov z budov v prípade požiaru. Rýchlu evakuáciu im často neumožňuje aktuálny prevádzkový alebo technický stav budov, napríklad nemajú komplexne vyriešenú bezbariérovú prístupnosť budov, nie sú permanentne otvorené únikové východy, nemajú k dispozícii evakuačný výťah a elektrickú požiaru signalizáciu, alebo sú komunikačné priestory zaplnené rôznymi predmetmi, ktoré tvoria prekážku nielen pri užívaní priestorov, ale aj v prípade nutnosti evakuácie. Prijímatelia s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie sú odkázaní výlučne na rýchlu reakciu personálu, ktorý nie je na tieto situácie dostatočne pripravený; reálnym ohrozením je aj poddimenzovanie personálu v čase nočných smien. Až 92 % z hodnotených ZSS v čase hodnotenia nevykonalo nácvik evakuácie z budov, nemali žiadne pomôcky na evakuáciu prijímateľov s poruchami mobility (napríklad evakuačné stoličky alebo vaky). Navyše mnoho ZSS je situovaných ďaleko od intravilánu obce a preto rýchly zásah Hasičskej a záchrannej služby často nie je možný.

Prijaté legislatívne dokumenty a kontroly sa zameriavajú najmä na prevenciu pred požiarom, potrebné je však prijať účinnejšie opatrenia súvisiace s rýchlou evakuáciou prijímateľov s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie v prípade požiaru a iných situácií ohrozujúcich zdravie alebo život. ZSS by sa mali zamerať na pravidelný nácvik evakuácie v spolupráci s členmi Hasičskej a záchrannej služby, pri ktorom by sa preverila rýchlosť evakuácie v stanovenom čase a zároveň by sa určil potrebný počet zamestnancov alebo členov záchranného tímu na vykonanie účinného zásahu pri evakuácii. Tiež sa preverí potreba kúpy pomôcok pri evakuácii, napríklad evakuačné stoličky alebo vaky. Tiež je potrebné zaškoliť personál ZSS ako sa má správať v prípade požiaru, určiť zodpovedných ľudí a ich úlohy v prípade evakuácie. V mnohých ZSS hodnotitelia konštatovali, že na najvyšších poschodiach, alebo v podkrovi, sú umiestňovaní najzraniteľnejší prijímatelia. Ľudia, ktorí nie sú schopní samostatného pohybu by mali naopak obsadiť izby na prízemí, aby nemuseli v prípade evakuácie prekonávať podlažia.

C – V objektoch ZSS sú evidované pomerne časté úrazy prijímateľov, lebo mnohí z nich ma-

jú zhoršenú mobilitu alebo schopnosť orientácie v priestore. Ako bolo uvedené, ZSS sú často zriadené v neúčelných objektoch veľkých kaštieľov, priestorov bývalých vojenských objektov kasární, pohraničnej stráže a pod. Z hodnotených objektov bolo až 75 % v zlom technickom stave. Riziká úrazov sú spojené najmä so zlým osvetlením priestorov, s nevhodnými, šmykľavými alebo poškodenými podlahovými krytinami, nevhodne navrhnutými alebo označenými schodiskami, s existenciou architektonických bariér, alebo s chýbajúcimi orientačnými systémami v budovách. V niektorých ZSS chýbajú výťahy, alebo napríklad držadlá na oboch stranách schodiska, na stenách alebo dverách, v hygienických zariadeniach a pod.

Objekty sociálnych služieb vyžadujú špecifické požiadavky na prostredie, ktoré musí byť bezpečné a bezbariérovo prístupné vo všetkých častiach, optimálne má byť navrhnuté podľa princípov univerzálneho navrhovania. Požiadavky univerzálneho navrhovania sa však nedajú aplikovať v mnohých existujúcich budovách, spravidla sa jedná len o sanáciu existujúcich nedostatkov pomocou debariérizácie, ktorá je v praxi často nedôsledne alebo nesprávne realizovaná. K plánovaným úpravám je preto potrebné prizvať odborníka na tvorbu bezbariérového prostredia, ktorý dokáže pre každý objekt odporučiť najvhodnejšie možné riešenia. Tiež je potrebné priebežne kontrolovať technický stav budov a odstraňovať vzniknuté nedostatky, bezprostredne aspoň tie, ktoré súvisia s nižšími finančnými nákladmi.

D - Interakcie medzi stresormi fyzického prostredia a ich vplyvom na ľudské zdravie alebo psychickú pohodu sú preukázané, napríklad na základe porovnania 74 štúdií dospelí vedci k záveru, že „demencia, depresia a úzkostné poruchy sú najčastejšími psychiatrickými poruchami u starších dospelých v dlhodobej starostlivosti; zdá sa, že mnohé psychiatrické poruchy sú v prostredí dlhodobej starostlivosti častejšie v porovnaní s poruchami pozorovanými u starších dospelých, ktorí žijú v komunite“ (Seitz et al., 2010, p.1025). Medzi zistené stresory v ZSS patria: nevhodné a preplnené priestory, nízka kvalita vzduchu, permanentný hluk alebo nepríjemný zvuk, nedostatok svetla a slnečného žiarenia, vysoká teplota alebo vlhkosť vzduchu, alebo nevhodné farby v inte-

riéri, sterilný, nemocničný vzhľad. V ZSS majú prijímatelia veľmi často nedostatok súkromia a cítia sa nepríjemne napríklad pri vykonávaní hygieny v sprchách bez závesov, alebo pri umývaní na lôžku v prítomnosti spolubývajúcich bez použitia deliacich závesov alebo paravanov. Rovnako absentujú spoločenské priestory na vykonávanie rôznych aktivít, prijímatelia nemajú ako vyplniť svoj voľný čas. Na základe vykonaných hodnotení objektov ZSS možno predpokladať, že vyššie uvedené stresory fyzického prostredia môžu byť jedným z faktorov, ktorý spôsobuje niektoré prejavy agresivity, podvýživy a frustrácie u sledovaných prijímateľov.

Prijímatelia služieb by mali mať možnosť dotvoriť si priestory podľa svojich predstáv – priniesť si obľúbený kus nábytku, na steny zavesiť rodinné fotografie alebo obrázky, vymalovať steny vhodnými farbami a pod. Ležiaci prijímatelia by mali byť umiestnení v izbách orientovaných na slnečné strany a každý prijímateľ by mal byť motivovaný, aby čo najviac času trávil v oslnených priestoroch, alebo vo vonkajších priestoroch. Zamestnanci by mali dbať o kvalitu mikroklimy vnútorného prostredia – často vetrať, sledovať vlhkosť a teplotu vzduchu, eliminovať prípadné zdroje hluku a podobne. Vhodné je použitie interiérových rastlín, lebo zelená farba a rastliny v interiéri môžu mať vplyv na zníženie napätia a úzkosti. Je dokázané, že vhodne použité farby môžu pozitívne alebo negatívne ovplyvňovať mentálne zdravie človeka. Napríklad Parkin Architects sa pokúšajú eliminovať inštitucionálny vzhľad priestorov pomocou farieb (Parkin, 2017), odporúčajú napríklad - relaxácia by sa mala podporovať chladnými farbami, osvetlenie by malo byť teplé (žlté spektrum), treba sa vyhnúť rovnomernému osvetleniu (čo znamená osvetlenie, ktoré nevytvára tieň), aspoň jedna zo stien by mala mať upokojujúci teplý farebný tón.

Záver

Existujúci model celoročnej pobytovej sociálnej starostlivosti vo veľkokapacitných zariadeniach, najmä v kaštieľoch a iných neúčelových budovách, je potrebné považovať za prežitok minulosti. Vykonané hodnotenia ZSS pomocou nástroja Svetovej zdravotníckej organizácie WHO QualityRights Tool Kit (WHO, 2012), potvrdili hypotézu: „*nekvalitné fyzické prostredie*

najmä pobytových zariadení sociálnych služieb (ďalej len ZSS) môže mať nepriaznivý vplyv na zdravie a kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb a súčasne môže zhoršiť pracovné prostredie zamestnancov“. Z výsledkov realizovaného výskumu sa preukázalo, že prijímatelia sociálnych služieb v ZSS s rôznymi zdravotnými znevýhodneniami, často vo vysokom veku, sú v nekvalitnom fyzickom prostredí viac zraniteľní a najmä v prostredí inštitucionálnych, veľkokapacitných ZSS sú vystavení rôznym rizikám, ktoré môžu ohrozovať ich život alebo zdravie. Rovnako zamestnanci majú v nevhodnom fyzickom prostredí sťaženú prácu, napríklad v bariérovom prostredí musia častejšie poskytovať asistenciu prijímateľom. Tiež je potrebné konštatovať, že prípadná rekonštrukcia alebo renovácia týchto historických objektov ZSS nedokáže eliminovať zásadné nedostatky, ako napríklad nevhodnú polohu budovy mimo obce, veľkosť budovy s nevhodným dispozičným riešením alebo konštrukčným systémom, neosobné prostredie, ťažko odstrániteľné architektonické bariéry, spoločné hygienické zariadenia „na konci chodby“, nedostatok súkromia, alebo absenciu spoločenských, terapeutických alebo rehabilitačných priestorov. Stará budova, často postavená pre iný účel, nikdy nebude spĺňať súčasné štandardy kvality sociálnych služieb, a to ani pri vysokých investíciách. Naviac historické objekty sú často Národnými kultúrnymi pamiatkami, kde je zásadná rekonštrukcia priestorov, alebo vybudovanie ďalších objektov v historických areáloch a parkoch v rozpore so záujmami štátu o ochrane národného kultúrneho dedičstva. Ak má zriaďovateľ sociálnych služieb reálny záujem zvyšovať ich kvalitu, mal by miesto do renovácie starých objektov, radšej investovať do výstavby nových objektov sociálnych služieb, ktoré by spĺňali nároky prijímateľov služieb a aktuálne požiadavky legislatívy. V súčasnosti sú dostupné viaceré schémy financovania výstavby nových objektov z európskych zdrojov s veľmi výhodnými podmienkami.

Každý novopostavený objekt sociálnych služieb by mal spĺňať požiadavky univerzálneho navrhovania a musí byť prístupný pre všetkých prijímateľov vo všetkých prevádzkových častiach ZSS. Súčasťou univerzálneho navrhovania je princíp adaptability a flexibility, ktorý umož-

ní delenie priestorov na menšie celky v prípade karantény alebo pri napĺňaní individuálnych potrieb prijímateľov. Tiež je potrebné vo väčšej miere využívať inovatívne technológie a inteligentné systémy, napríklad ovládanie prvkov pohybom alebo hlasom ako sú bezdotykové vodovodné batérie, otváranie dverí na fotobunku, alebo inteligentné aplikácie na detekciu pohybu alebo pádu prijímateľov. Univerzálna prístupnosť budov a produktov poskytne na jednej strane užívateľom väčšiu mieru slobody, bezpečnosti a nezávislosti, na strane druhej, bude benefitom pre personál, pretože do určitej miery znižuje nároky na osobnú asistenciu. V nových budovách sa určite znížia finančné nároky na energie. Vo vykonanom výskume sa preukázalo, že nízko kapacitné objekty zariadení podporovaného bývania sú omnoho bezpečnejšie a vhodnejšie ako veľkokapacitné objekty ZSS. Eliminujú sa tu riziká súvisiace s prenosom infekčných ochorení, s prípadnou evakuáciou budov a súčasne sú príjemnejším prostredím pre život – prijímatelia tu majú väčšiu slobodu, komfort a nezávislosť.

Zdroje

1. CABE. (2009) Sustainable places for health and Well-being. London: Commission for Architecture and the Built Environment.
2. Cangar, M., Krupa, S. (2015) Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie.
3. Cangar, M. a kol. (2022) Analýza hodnotení pripravenosti zapojených zariadení sociálnych služieb. Národný projekt: Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov.
4. Dilani, Alan (2014) A Salutogenic Approach to the Design of the Physical Environment in Public Sector. Revista IPH N° 11, Dezembro / 2014, São Paulo, Available at: <https://www.iph.org.br/revista-iph/materia/uma-abordagem-salutogenica-em-relacao-ao-projeto-de-ambientes-medicos-no-setor-publico?lang=en>
5. Dietz L, Horve PF, Coil DA, Fretz M, Eisen JA, Van Den Wymelenberg K. (2020): 2019 novel coronavirus (COVID-19) pandemic: built environment considerations to reduce transmission. mSystems 5:e00245-20. <https://doi.org/10.1128/mSystems.00245-20>.

6. Environmental Stressors: Examples, Definition & Types (2014) Study.com, 17 September 2014, Available at: study.com/academy/lesson/environmental-stressors-examples-definition-types.html
7. Európska komisia (2009): Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. EC, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities [Online]. Available at: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=614&furtherNews=yes>
8. Eurosurveillance (2020): High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956#html_fulltext
9. Evans, G. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health*, pp. 536– 555.
10. Girvan, G, Roy, A (2020): Nursing Homes & Assisted Living Facilities Account for 45% of COVID-19 Deaths. The Foundation for Research on Equal Opportunity, June 27, 2020 [Online]. Available at: <https://freopp.org/the-covid-19-nursing-home-crisis-by-the-numbers-3a47433c3f70>
11. Gutter, R. (2020) The built environment has a huge role to play in improving health and wellbeing. Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/buildings-health-wellbeing/>
12. Heerwagen, J.H., Haubach, J.G., Montgomery, J., & Weimer, W.C. (1995). Environmental design, work, and well being: managing occupational stress through changes in workplace environment. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 43 (9) 458-468.
13. Childs A, Zullo AR, Joyce NR, McConeghy KW, van Aalst R, Moyo P, et al. (2019): The burden of respiratory infections among older adults in long-term care: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):210 [Online]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1236-6> PMID: 31382895
14. KRIST-ASHMAN. K., HULL Jr., G.H. (1999). *Understanding Generalist Practice*. Belmont: Wadsworth Publishing Company ISBN: 0830414800
15. Machamer, C. (2020) HOW LONG CAN THE VIRUS THAT CAUSES COVID-19 LIVE ON SURFACES? Available at: <https://hub.jhu.edu/2020/03/20/sars-cov-2-survive-on-surfaces/>
16. National Academy of Sciences (2020) Does ultraviolet (UV) light kill the coronavirus? <https://sites.nationalacademies.org/Base-dOnScience/covid-19-does-ultraviolet-light-kill-the-coronavirus/index.htm>
17. Parkin blog (2017): The Impact of Colour in Healthcare Design. Posted on October 12, 2017. Available at: <http://www.parkin.ca/blog/the-impact-of-colour-in-healthcare-design/>
18. Phillipson, Chris (2020): Covid-19 and the crisis in residential and nursing home care. British Society of Gerontology blog [Online]. Available at: <https://ageingissues.wordpress.com/2020/04/08/covid-19-and-the-crisis-in-residential-and-nursing-home-care/>
19. Roberts-Hughes, R. (2013). *City Health Check: How design can save lives and money*. London: RIBA
20. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatric.* 2010;22(7):1025-1039. doi:10.1017/S1041610210000608. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20522279/>
21. Shaw, A., Still, G., Watts, B. (2020) COVID-19: Operating Buildings and the Future Design of the Built Environment – Part 1 and Part 2, Available at: <https://www.maxfordham.com/news/blog/2020/06/11/covid-19-operating-buildings-and-the-future-design-of-the-built-environment-part-2/>
22. Spolidoro, B. (2020) Architecture Can Defend Us From Germs, Bacteria, And Viruses Like COVID-19. FISHERARCHitecture. Available at: <https://fisherarch.com/healthy-buildings-well/>
23. Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments. *American Psychologist*, 47 (1) 6-22.
24. WHO (2012) WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012,

ISBN 978 92 4 154841 0. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>

25. WHO (2019) WHO QualityRights materials for training, guidance and transformation. Geneva, World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Sociálno-zdravotnícke SPEKTRUM

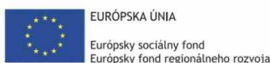
**Vedecko-odborný časopis
pre sociálnych pracovníkov a zdravotníkov**

Národný projekt Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb –
Podpora transformačných tímov sa realizuje vďaka podpore
z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja
v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

www.esf.gov.sk

www.employment.gov.sk

implea.gov.sk



ONLINE ISSN 1339-2379