

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**SOCIÁLNÍ, ZDRAVOTNÍ A ETICKÉ ASPEKTY TÝRÁNÍ,
ZNEUŽÍVÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ SENIORŮ V ÚSTAVNÍ PÉČI**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Mgr. Radka Bužgová

Školitel: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

12. 3. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Sociální, zdravotní a etické aspekty týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v ústavní péči vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 12. 3. 2009

Podpis.....

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. za cenné rady a vedení při zpracovávání disertační práce a také za její trpělivost a ochotu, kterou vůči mně po celou dobu doktorského studia projevovala. Dále děkuji doc. PhDr. Darje Jarošové, Ph.D. za osobní podporu a rady, které mě během doktorského studia poskytovala.

Poděkování patří také všem ředitelům vybraných domovů pro seniory za umožnění výzkumu tohoto citlivého problému v jejich zařízení. Dále všem vedoucím zaměstnancům, kteří se podíleli na realizaci výzkumu za jejich ochotu a vstřícnost a všem zaměstnancům a klientům, kteří byli ochotni se výzkumu účastnit.

ABSTRACT

Elder abuse and neglect in residential setting

This PhD thesis refers to elder abuse and neglect in residential settings and summarizes present knowledge on this phenomenon. The aim of the empirical part was to find out the extent, nature and causes of elder abuse and neglect in old people's homes in the Moravian-Silesian region, the part played by care staff, family members and clients, and on the basis of established outcomes to propose possible preventive measures. As the problems of elder abuse and neglect in residential settings have not yet been sufficiently investigated in the Czech Republic, a pilot study was carried out by a qualitative phenomenological research method before the quantitative research was implemented. The data was collected through a non-standardized interview technique (n = 48) and an analysis of the contents which were made up of the complaints received by the Ostrava municipality between 2003-2007 (n = 11). A tangible procedure of narrative analysis was stratified according to Giorgi (1985) in the context of a phenomenological method. Qualitative research provided the framework for the creation and functionality of quantitative research hypotheses.

This was carried out through a survey which encompassed care staff and clients of selected old people's homes in the Moravian-Silesian region. Quantitative research determined a client's satisfaction with an old people's home, assessed a client's self-sufficiency and measured burn-out syndrome in the staff. A questionnaire for care staff and a standardized interview with clients were used for data collection in the quantitative research. Twelve old people's homes in the Moravian-Silesian region were selected by regional random choice. A total of 454 care staff and 488 clients took part in the research. As the outcomes suggest the staff members were more willing to give an account of elder abuse than clients and stated that abuse does occur in old people's homes. The most commonly mentioned form of abuse was the psychological abuse of clients. Clients that were abused were found to be either aggressive, difficult, on the whole dissatisfied or suffering from dementia. Abusive staff members were discovered to be suffering from burn-out syndrome, or lacked education in the health-social sphere or had been in the working environment for a longer period of time. Dissatisfaction with

working conditions, managerial motivation and average salaries also contributed to staff's actions.

To solve the problems of abuse in residential settings, each facility for elderly people should include in their program a preventive policy of abuse including education in elder abuse and care for problem clients, a standardization in the reporting and handling of abuse, supervision, increasing a clients' awareness of their rights, support for long-term staff and effective day to day running procedures that will ultimately respect a client's autonomy.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	11
1.1 Vymezení stáří a stárnutí.....	11
1.2 Stáří jako společenský fenomén	12
1.2.1 Stárnutí populace	12
1.2.2 Postoj společnosti ke stáří	13
1.3 Zdravotní aspekty stáří související se špatným zacházením se seniory.....	15
1.4 Problematika institucionální péče o seniory v ČR.....	17
1.4.1 Domovy pro seniory	19
1.4.2 Ochrana práv a lidské důstojnosti při institucionální péči o seniory.....	21
1.5 Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči	25
1.5.1 Definice základních pojmů.....	25
1.5.2 Formy týrání.....	27
1.5.3 Současný stav poznání	29
1.5.4 Strukturální vysvětlení institucionálního násilí na seniorech.....	32
1.5.5 Rizikové faktory týrání seniorů v institucionální péči.....	34
1.5.6 Prevence týrání seniorů v institucionální péči.....	34
1.5.7 Řešení problematiky týrání seniorů v institucionální péči v ČR.....	36
2 CÍL PRÁCE A HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	38
3 METODIKA VÝZKUMU	39
3.1 Etické aspekty výzkumu.....	39
3.2 Metodika pilotní studie	40
3.2.1 Výzkumné otázky	40
3.2.2 Metoda pilotní studie	40
3.2.3 Výběr vzorku	40
3.2.4 Charakteristika zkoumaného souboru.....	40
3.2.5 Sběr dat.....	40
3.2.6 Analýza dat.....	40
3.3 Metodika kvantitativního výzkumu	41

3.3.1	Výběr vzorku a charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.3.2	Sběr dat.....	43
3.3.3	Analýza dat.....	45
4	VÝSLEDKY	47
4.1	Výsledky kvalitativního výzkumu	47
4.1.1	Chování zaměstnanců přímé péče ke klientům	47
4.1.2	Chování rodinných příslušníků.....	50
4.1.3	Chování (přístup) klientů	56
4.2	Vytvoření výzkumných otázek a hypotéz pro kvantitativní výzkum	60
4.3	Výsledky kvantitativního výzkumu	67
4.3.1	Sociodemografické charakteristiky respondentů.....	67
4.3.2	Rozsah týrání v domovech pro seniory.....	70
4.3.3	Formy týrání v domovech pro seniory	73
4.3.4	Příčiny týrání v domovech pro seniory	81
5	DISKUZE.....	92
5.1	Rozsah týrání klientů DpS.....	92
5.2	Formy týrání klientů DpS.....	96
5.3	Příčiny týrání klientů v DpS	102
5.4	Limity studie.....	104
6	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	106
7	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	110
8	KLÍČOVÁ SLOVA	123
	SEZNAM ZKRATEK.....	124
	SEZNAM TABULEK.....	125
	SEZNAM GRAFŮ	127
	SEZNAM PŘÍLOH.....	128
	PŘÍLOHY	129

ÚVOD

Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby, které se v celosvětovém měřítku stává problémem jednadvacátého století. Také v České republice (dále ČR) jsou zřejmé tyto populační trendy a prodlužování střední délky života vykazuje nejrychlejší růst ze všech postkomunistických zemí Evropy. Stárí se stává záležitostí veřejnou.

Ve stárí se zvyšuje prevalence chronických nemocí a jejich multimorbidita. To má za následek tzv. stařeckou křehkost (frailty). Slabost a křehkost seniorů, kteří jsou závislí na pomoci druhých, může být rizikovým faktorem pro různé formy týrání ze strany rodinných příslušníků nebo pečujících osob. Samotný vyšší věk i u relativně zdravého seniora může být provázen špatným zacházením. Špatné zacházení se staršími členy rodiny není novým fenoménem. Z historie je možno zmínit ponižování a ústrky výměnkářů, nedůstojné podmínky ve starobincích a uzavřených psychiatrických léčebnách (Tošnerová, 2002, s. 8).

V evropském kulturním a společenském kontextu je považováno za spravedlivé, aby společnost zajistila seniorům po celoživotní práci důstojné životní podmínky a odpovídající kvalitu života, a to v domácí i institucionální péči (Tomeš, Koldinská, 2003). V roce 1996 vymežila Rada Evropy v Revidované Evropské sociální chartě v čl. 23 právo starších osob na sociální ochranu, ve které je kladen důraz na to, aby starší osoby zůstaly co možná nejdéle řádnými členy společnosti, aby si zvolily svůj životní styl, a mohly jej vést, jak dlouho chtějí a mohou. OSN vypracovala zásady s názvem „Přidejte život létům“, kde zdůrazňuje princip důstojnosti ve stárí. Ten spočívá v respektování osobní integrity, v zamezení fyzického či duševního týrání a zneužívání a v dodržování zásad slušného chování vůči příslušníkům starší generace (Haškovcová, 2002, s. 192).

Častým typem institucionální péče pro seniory v ČR jsou domovy pro seniory (dále jen DpS). V domovech se prolíná zdravotní a sociální péče. Při nástupu do domova musí senior provést ze dne na den radikální změnu svého dosavadního života. Osobní majetek musí zůstat jen na drobnosti, například fotografie, budík, hrneček apod., dosavadní režim musí podrobit pravidlům kolektivního života. Senioři se tím

stávají izolovaní od okolního života, bezbranní a často závislí na ústavním zařízení (Buriánek et al., 2006). V souvislosti s demografickými trendy a s rozvojem domácí a komunitní péče lze předpokládat, že v pobytových zařízeních bude více seniorů plně závislých na péči. Právě závislost na péči a demence jsou rizikové faktory pro týrání, zneužívání a zanedbávání (NCEA, 2005, s. 15). Týrání seniorů v institucionální péči nebylo dlouhou dobu předmětem zájmu. Problematikou násilí na seniorech se začali odborníci systematicky zabývat až v posledních dvaceti letech a to zejména ve Spojených státech a Velké Británii. V ČR dosud výzkumy této problematiky chybí, přestože je nevhodné zacházení se seniory předpokládáno minimálně u 3 – 6 % starých lidí, tj. asi u 60 000 osob (Kalvach, 1997, s. 170; Tošnerová, 2002, s. 5).

Cílem této práce bylo poukázat na problém týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních a to ze strany zaměstnanců přímé péče, rodinných příslušníků i samotných klientů. Dále zjistit, zda a jaké mají zkušenosti s tímto fenoménem zaměstnanci přímé péče a klienti DpS v Moravskoslezském kraji a navrhnout možnosti preventivních opatření.

V teoretické části práce se věnuji společenským aspektům stáří a stárnutí, vybraným zdravotním aspektům ve stáří, které jsou rizikové pro špatné zacházení se seniory a z velké části také etickým aspektům důsledků týrání a to zejména snižování lidské důstojnosti. Dále se zmiňuji o institucionální péči o seniory, její koncepci a vývoji v ČR. V poslední části teoretické práce shrnuji poznatky o fenoménu týrání seniorů v ústavní péči na základě empirických i teoretických studií, zejména ze zahraničí.

V empirické části práce jsou shrnuty výsledky výzkumu týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči v Moravskoslezském kraji, který jsem provedla v rámci grantu IGS OU v roce 2007 a 2008. Z důvodu nedostatku informací o zkoumaném fenoménu v ČR jsem před provedením kvantitativního šetření provedla kvalitativní fenomenologickou metodou pilotní studii. Ta se stala podnětem pro vystavění designu kvantitativního výzkumu, který byl proveden ve 12ti DpS v Moravskoslezském kraji.

Zahraniční výzkumy dokazují, že k týrání v institucionální péči dochází. To se potvrdilo také v tomto výzkumu, proto je nutné klienty chránit. To je mnohdy komplikované, neboť špatné zacházení nemusí být vždy viditelné. Zaměstnanci, kteří mají zodpovědnost za kvalitu poskytovaných služeb, by měli rozpoznat a porozumět faktorům, které mohou uživatele ohrožovat a zaměřit se na ně. V souvislosti s novým zákonem o sociálních službách, který vzešel v ČR v platnost 1.1.2007, by bylo možné začlenit tyto faktory do standardů kvality sociálních služeb.

V elektronické verzi práce byly dle opatření rektora JU č. 83 z roku 2007 o zveřejňování disertačních, diplomových, bakalářských a rigorózních prací studentů JU vypuštěny části publikované v časopisech. Tyto části byly nahrazeny bibliografickými údaji publikace a souhrnem.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Vymezení stáří a stárnutí

Stáří je specifickým obdobím lidského života, které má vysoce individuální charakter, tvoří poslední etapu ontogenetického vývoje člověka. Může být obdobím moudrosti, klidu a spokojenosti, ale také obdobím nemocí, bolesti a utrpení.

Stárnutí představuje komplexní a dynamický, postupný proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního (Sýkorová, 2007, s. 47). Stárnutí popisuje Topinková (2005, s. 8) jako nezvratný, univerzální druhově specifický biologický proces, postihující různou rychlostí prakticky všechny orgány. Starý organismus se stává méně přizpůsobivý k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Stárnutí je tedy neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.

Stáří je charakteristické projevy a důsledky involučních změn probíhajících druhově specifickou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou (Kalvach a kol., 2004, s. 47). Pacovský (1990, s. 30) uvádí, že stáří má své specifické (biologické) znaky, které je odlišují od předcházejících životních etap. Charakteristické jsou strukturální a funkční změny, které jsou regresivní, nevratné a neopakují se.

Stáří je zpravidla vymežováno chronologickým (kalendářním) věkem, kdy senior bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině, definované většinou dosažením 60, resp. 65 let (Janečková, 2005, s. 163). Sociální pojetí stáří souvisí se stanoveným věkem odchodu do důchodu. Sociologové však upozorňují, že chronologický věk je ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický a to i z biologického a psychologického hlediska (Sýkorová, 2007, s. 47). Ze sociologického hlediska se hovoří také o **subjektivním stáří**, které charakterizuje, kdy se člověk sám považuje za starého. Z výzkumu Vidovičové (2008, s. 104) plyne, že hlavními charakteristikami jsou špatný zdravotní stav a neschopnost se o sebe postarat. Věk samotný je uváděn až na třetím místě. Také Sýkorová (2007, s. 54) ve výzkumu seniorů

v Moravskoslezském kraji dokazuje, že pro subjektivní vnímání stáří je rozhodující zdravotní stav a fyzická soběstačnost před kalendářním věkem.

Silverstone (2005, s. 316-317) uvádí specifické oblasti, které jsou charakteristické pro stáří a jejich pochopení je nutné pro kvalitní péči o seniory. Jsou to *normální změny ve stáří* (morfologické a funkční změny v organismu a změny psychiky), *životní názory* (spojené s životní zkušeností), *zdraví* (postupné zvyšování prevalence chronických chorob a jejich multimorbidita), *hodnoty, adaptivní chování* (snížená schopnost adaptace), *ztráta* (významných druhých, partnera, přátel, zdraví, společenského postavení, atd.) a *kontrola* (postupná ztráta kontroly nad vlastním životem). Životní postoje, názory a hodnoty seniorů se mohou lišit s názory, postoji a hodnotami mladší generace.

1.2 Stáří jako společenský fenomén

1.2.1 Stárnutí populace

Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby, které se v celosvětovém měřítku stává problémem jednadvacátého století. Obyvatelstvo světa jako celku se blíží hranici demografického stáří, tj. 7 % osob ve věku nad 65 let. Mezi „nejstarší“ kontinenty podle odhadu OSN patří dnes jednoznačně Evropa. Podle předpokladů bude v Evropě žít kolem roku 2020 přibližně 25,1 % populace starší šedesáti let a v roce 2050 se podíl osob starších 60 let zvýší na celých 35 %. V celosvětovém měřítku tempo růstu populace nad 65 let je v současné době třikrát vyšší než tempo růstu mladé generace do 20 let. Ve vyšším věku více narůstá počet žen než mužů, zejména po 80. roce života. Podle dlouhodobé projekce OSN můžeme očekávat také značný nárůst obyvatelstva velmi vysokého věku, tedy osob osmdesátiletých a starších, kterých bylo v devadesátých letech minulého století pouze 1 %. Do roku 2050 se předpokládá nárůst této populační skupiny na 3 % (Rabušic, 2002; Zavázalová at al., 2001, s. 16).

V ČR by podle demografické prognózy měly být v roce 2050 necelé dvě pětiny všech obyvatel starší 59 let, což v absolutním vyjádření představuje více jak 3,6 milionu

osob (oproti 2,1 milionu seniorů v roce 2006). Změny způsobené dalším nárůstem naděje dožití při narození se promítnou také uvnitř skupiny samotných seniorů. Zatímco v roce 2006 tvořily polovinu ze všech seniorů osoby ve věku 60-69 let, v roce 2050 bude tato věková skupina zaujímat pouze 38 %. Absolutně i relativně se tak zvýší zastoupení seniorů ve věku 70 a více let. Věková skupina 70-79 by měla ve srovnání s rokem 2006 vzrůst o 96 %, skupina osob ve věku 80 a více let dokonce o plných 175 %. Samotná seniorská populace tedy postupně stárne. Růst počtu osob ve věku 80 a více let má mnoho důležitých důsledků pro společnost, jelikož právě osoby v tomto věku již mají většinou horší zdravotní stav a tudíž vyžadují častější sociální a zdravotní péči než mladší osoby důchodového věku (Svobodová, 2008).

Vidovičová (2008, s. 27) hovoří v souvislosti se stárnutím populace o **demografické panice**. Demografická panika je odvozena od pojmu morální panika, který odkazuje k označování vybraných skupin, osob nebo podmínek jako hrozby pro společenské hodnoty a zájmy. Obecně demografická panika pramení z předpokladu, že blahobyt národa, ať už je vyjádřený a měřený pokrokem, technologiemi, kulturou či bohatstvím, je přímo závislý na věkovém složení populace. Šířitelé demografické paniky hovoří o „příliš velkém počtu“ starších a starých lidí, které si dnešní společnost nemůže dovolit. To může přispívat k vytváření negativního klimatu ve společnosti vůči seniorské populaci.

1.2.2 Postoj společnosti ke stáří

Dnešní společnost považuje za nejvyšší hodnoty výkon, kariéru, úspěch, zdraví, mládí a krásu a mnohdy se zaměřuje důstojnost člověka s jeho užitečností. Pomalu, ale jistě se stává základním měřítkem to, co je užitečné pro společnost a významným pojmem v hodnocení života se stává jeho kvalita (Munzarová, 2005, s. 66).

Pojmy stáří a stárnutí mají v současné společnosti převážně pejorativní, negativní konotace. Obraz stáří a starších lidí je výsledkem sociálního konstruování nerealit, která je zatížena mýty a stereotypy či diskreditujícími, stigmatizujícími atributy (Sýkorová, 2007, s. 49). Mýty ve stáří se zabývala Haškovcová (1990, s. 28-29), která hovoří o následujících mýtech: *falešné představy* (přímá úměra životní spokojenosti

seniorů s materiálním komfortem), *zjednodušující demografie* (počátek stáří je odchod do důchodu), *homogenita populace seniorů a jejich potřeb* (všichni senioři jsou stejní), *neužitečný čas, ignorace starších lidí* (senioři stojí na vedlejší koleji). Stereotypní pohled na stáří pojímá seniory jako homogenní skupinu bez individuálních rozdílů. Je postrádána snaha najít pozitivní hodnoty stáří a zaznamenávat významnou roli velkého počtu seniorů, kteří prospívají společnosti svou prací nebo naplňují svůj čas jiným smysluplným alternativním programem (Janečková, 2005, s. 163).

Zpravidla i zdravotní a sociální péči o seniory je připisována nízká prestiž. Geriatrické sestry, lékaři či sociální pracovníci stojí v hierarchii svých profesí na spodních příčkách, včetně „odpovídajících“ menších platů (Sýkorová, 2007, s. 51; Haškovcová, 1990). Nedostatečné společenské ocenění profesionálů pracujících se seniory a nezáměr společnosti jsou rizikové faktory pro špatné zacházení se seniory v instituci (NCEA, 2000; Saveman et al., 1999, s. 45; Goodridge et al., 1996, s. 54; Pillemer, Moore, 1990, s. 14).

Jedním z důvodů nepříznivého pojetí stáří ve společnosti může být prostý fakt, že starých lidí je hodně a stále jich přibývá. O seniorech se hovoří jako o "šedé vlně" představující riziko možné ekonomicko-politické nestability, a to zvláště po roce 2010. To může vytvářet prostor pro gerontofobii, pro diskriminační a segregáčnické tendence (Králová et al., 2003, s. 127; Kalvach, 2003, s. 54). Negativní postoje vůči seniorům a jejich roli ve společnosti zdůrazňuje v teoretických přístupech také Giordano a Giordano (1984, s. 235). Mohou vést podle něj k dehumanizaci, neúctě a k nevhodnému chování ze strany mladší populace.

V souvislosti s diskriminací seniorů se hovoří o **ageismu**. Vidovičová (2008, s. 111) uvádí, že ageismus je proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. Kalish (1979) hovoří o tzv. „*novém ageismu*“, který charakterizuje jako dobře míněné, neúměrně ochranné postoje vůči seniorům, které je staví do pasivní a submisivní role subjektu „zlého ageismu“, před kterým je „my“, tedy nestaří, ochráníme (In Vidovičová, 2008, s. 113).

V každodenním životě se ageismus manifestuje různými způsoby, například diskriminačními praktikami na trhu práce, ve zdravotnictví a dalších službách, projevy pohrdání, odporu, vyhýbáním se kontaktů se starými lidmi. Nejhrubší forma ageismu je násilí páchané na seniorech (Sýkorová, 2007, s. 51). Někdy se ageismus stává účelnou metodou, jakou společnost propaguje pohledy na starší osoby, s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim. Jindy ageismus slouží jako vysoce osobní objektiv, chránící osoby mladší před přemýšlením o věcech, kterých se bojí - stárnutí, nemoc a smrt (Vidovičová, 2008, s. 111).

1.3 Zdravotní aspekty stáří související se špatným zacházením se seniory

Se zvyšujícím věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a vzrůstá jejich multimorbidita. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti je **snížení soběstačnosti**, které může vést až k bezmocnosti, vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci (Zavázalová et al., 2001, s. 23). Staří lidé se pak stávají slabší a zranitelnější.

Závažným problémem ve stáří je také **demence**. Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Tento jev souvisí s prodlužováním délky života a s obecným stárnutím populace. Demence je nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří, nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba. Demence představují závažný problém jak pro společnost, tak pro pacienta a jeho rodinu. Pacienti nejprve žijí doma samostatně, později potřebují stále intenzivnější pomoc a podporu rodiny a profesionálních služeb, případně institucionalizaci. Doba přežití seniorů s demencí je nižší, než je tomu u stejně starých jedinců netrpících demencí. Většina nemocných se dostává do terminální fáze onemocnění po 7-12 letech (Pidrman, 2007, s. 14-15).

Dalším z problémů starší populace jsou **poruchy chování**, které jsou často spojeny s demencí. Přinášejí pacientům, rodině i pečovatelům stres a často urychlují institucionalizaci nebo zvyšují hospitalizaci, což je zatěžující pro zdravotně sociální systém (Cohen-Mansfield, 2001, s. 362). Provedené výzkumy dokazují, že existuje souvislost mezi výskytem poruch chování a agresivitou ošetrovatelského personálu vůči

seniorům (Pidrman, 2007, s. 79). To se stává problémem také v institucionální péči, kde poruchy chování u klientů nejsou ojedinělé.

Poruchy chování ve stáří jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*). Tento koncept je relativně nový a utvářel se v 90. letech minulého století. V roce 1999 skupina odborníků definovala BPSD takto: jde o řadu patologických symptomů a to poruchy vnímání, poruchy myšlení, změny nálad a chování, které se často objevují u pacientů trpících demencí (Pidrman, 2007, s. 80). Poruchy chování se rozdělují do dvou skupin a to behaviorální symptomy a psychologické (psychiatrické) symptomy. Mezi behaviorální symptomy patří agresivita, agitovanost, bloudění, sexuální dezinhibice, vykřikování, špehování, shromažďování zbytečných předmětů a hašteřivost. Psychologické symptomy zahrnují poruchy nálady, anxieta, depresi, poruchy vnímání (halucinace) a poruchy myšlení (bludy).

Pro špatné zacházení se seniory je riziková zejména agresivita a toulání klientů (NCEA, 2000). Chou et al. (1996, s. 31) definuje **agresivní chování** jako použití fyzických nebo verbálních prostředků k hrozbě nebo zranění jiné osoby. Agresivní chování zahrnuje fyzickou agresi (udeření, kopání, škrábání, udeření pěstí, kousání, popadení, hození předmětem, štípnutí, plivání), verbální agresi (nadávání, urážení, sprosté mluvení) nebo sexuální agresi. Agresivita se nejčastěji projevuje nejprve jako slovní, ta je přibližně dvakrát častější než agrese fyzická.

Důvodem agresivního chování je souhrn biologických, psychických a environmentálních faktorů. Biologické faktory související s agresi zahrnují demenci, schizofrenii, nádory na mozku, biochemické změny atd. (Ballard et al., 2002, s. 554). Psychologické faktory souvisí nejčastěji s depresí a úzkostí, environmentální faktory s prostředím a chováním pečovatелů, které může také agresivní chování podněcovat. Agresivní chování může být také psychologickou reakcí na nové prostředí, ošetřování, ztrátu svobody nebo zdraví (Patel, Hope, 1993, s. 459).

Další závažnou formou poruch chování je **toulání** (*wandering*) a s nimi související útky. Siders et al. (2004, s. 195) definuje toulání jako chození bez cíle nebo opakující se pohyb člověka s demencí, který mu může způsobit zranění a to proto,

že nerespektuje hranice, limity ani překážky. Toulání může mít i pozitivní efekt pro pacienty s demencí, protože může zlepšovat fyzickou kondici, podporovat regulaci spánku a zvyšovat kvalitu života (Robinson et al., 2007a, s. 15). Na druhou stranu nebezpečné toulání a útky mohou mít za následek negativní důsledky jako je zranění sebe nebo druhých, případně smrt. To je jeden z důvodů pro časté použití farmakologických metod nebo omezovacích prostředků (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171).

1.4 Problematika institucionální péče o seniory v ČR

Péče o „nesoběstačné „seniory je dělena mezi rodinu a mezi formální organizace. Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v ČR (2005, s. 3) uvádí, že více než 80 % péče o seniory závislé na pomoci druhých je zajištěna rodinou, přičemž průměrná doba poskytování tohoto typu péče je 4 až 5 let. Přesto ze statistik vyplývá, že kapacita ústavní péče v ČR neustále roste a je zřejmý převis poptávky nad nabídkou. Vysoká poptávka ovšem neukazuje zájem způsobený kvalitou nabízené služby. Převis poptávky je způsobený díky podání žádosti tzv. „pro jistotu“ ve snaze si do budoucna zajistit nedostatečnou službu bez ohledu na stávající i budoucí skutečné potřeby nebo umístění seniora z jiného než sociálního či zdravotního důvodu (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007, s. 8).

Nejeden senior odešel do DpS právě proto, že nechtěl být na obtíž svým dětem či vzdálenějším příbuzným, nebo chtěl mít v době podání žádosti o umístění jen jistotu, že nezůstane bez pomoci, nebo se již např. nebyl schopen postarat o své hospodářství nebo finančně pokrýt náklady, např. na nadbytečně velký byt. V souvislosti s posledními dvěmi uvedenými případy souvisí obecně problematika bydlení seniorů, jejichž potřebám vyhovují spíše menší, nejlépe bezbariérové byty. Ty je ve většině případů nemožné získat ať již pro jejich nedostatek, nebo pro jejich finanční nákladnost ve většině případů diktovanou tržními cenami nájemného (Motejl, 2007, s. 7). Podle některých autorů je skutečná potřeba soustavné ústavní péče u osob starších 65 let kolem 2 % (Kopecká, 2002, s. 72), což představuje přibližně 40 000 osob.

V ČR existují tři typy rezidenční péče (Janečková, 2005, s. 178) pro seniory, které se liší rozsahem poskytovaných služeb:

1. **Domovy – penzióny pro důchodce**, kteří jsou zcela zdraví a soběstační. Senioři si pronajímají byt, který vybavují svým nábytkem.
2. **Domy s pečovatelskou službou**, které jsou určeny pro seniory, kteří potřebují pomoc pečovatelské služby. Domy s pečovatelskou službou nabízí byty uživatelům do pronájmu. V pracovní dny je zde trvale přítomná pečovatelská služba, která poskytuje pomoc v péči o domácnost klienta a pomoc při aktivitách denního života.
3. **Domovy pro seniory**, které představují klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající.

Zákon č. 118/2006 Sb., o sociálních službách ve výčtu druhů sociálních služeb penzióny pro důchodce již neuvádí a to proto, že jejich účelem není poskytování sociálních služeb. Penzióny pro důchodce se po době platnosti zákona v přechodném období transformovaly buď na jiný druh služby (DpS, chráněné bydlení), nebo na jiný typ služeb, kdy samotné ubytování je mimo rámec zákona o sociálních službách (nájemní vztah).

Ústavní péči poskytují také zdravotnická zařízení a to **léčebny dlouhodobě nemocných**. Slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Jde většinou o osoby nesoběstačné, významné jsou i faktory sociální (Kalvach, 2004, s. 472).

V zahraničí je možné se setkat i s jinými formami náhradního chráněného bydlení osob se sníženou soběstačností. V Anglii existují organizace, které poskytují svým rozsahem podobnou péči jako v DpS, ale tato péče je lokalizovaná do domů v běžné bytové zástavbě, které obývá skupina 4-6 seniorů. Dům není označen názvem poskytovatelské organizace, senioři jsou začleněni do komunity, udržují sousedské vztahy. Stejná organizace zprostředkovává ubytování nesoběstačných seniorů do rodin (*adult placement*), které dostanou úhradu za poskytovanou péči. Přínosem této formy

sociální služby je začlenění starého člověka do náhradního rodinného prostředí (Janečková, 2005, s. 181).

Nelze očekávat, že v krátkodobém výhledu nastane významné snížení kapacity pobytových zařízení pro seniory v ČR, naopak v některých regionech bude z důvodu současné nedostatečné dostupnosti těchto služeb nutná výstavba nových zařízení, a to přestože je přechod do „ústavního“ bydlení pro seniory mnohdy psychicky náročný. Znamená razantní změnu životního stylu, nejen ztrátu soukromí (ubytování na pokoji s „cizími“ lidmi), ale též změnu dosavadních kontaktů s rodinou, přáteli či sousedy, nutnost přizpůsobit se více či méně režimovým opatřením atd.. Právě z tohoto důvodu je nutné, i přes snahu postupně naplňovat vizi převážení komunitních služeb nad ústavními, aby se pozornost i nadále věnovala ústavní péči, jejímu zkvalitňování a ochraně práv jejich klientů (Motejl, 2007, s. 18).

Umístění v ústavní péči by mělo být poslední možností řešení situace starého člověka. To však vyžaduje rozvoj koncepce pomoci pečujícím rodinám. Výzkumy ukazují, že neexistuje-li jiná možnost zabezpečení péče nesoběstačnému seniorovi než prostřednictvím některého z rodinných příslušníků, obava z možné ztráty případně nenalezení nového zaměstnání vede potencionální pečovatele k požadování umístění seniora do rezidenčního zařízení (Veselá, 2003, s. 43).

1.4.1 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb. V DpS se prolíná zdravotní a sociální péče. Zdravotní péče zahrnuje zejména ošetrovatelskou, paliativní a rehabilitační péči, která je prováděna pečovateli, všeobecnými sestrami, rehabilitačními pracovníky nebo ergoterapeuty. Sociální péče je zajištěna sociálními pracovníky. Sociální práce v DpS je velice potřebná, přesto role sociálních pracovníků v těchto zařízeních není jasně vymezena a popsána. Sociální pracovníci by se měli uplatnit jak při přímé konkrétní pomoci klientům, tak při koncepčním uvažování o podobě a funkcích těchto zařízení a směřování jejich vývoje do budoucnosti. Sociální pracovník by měl být členem

vrcholového vedení a plnit i důležité manažerské a koncepční funkce (Janečková, 2005, s. 179).

Kelchner (2002, s. 120) poukazuje na nutnost silnější role sociálních pracovníků a více kompetencí, které jim pomohou podílet se na zvyšování kvality poskytovaných zdravotních i sociálních služeb v ústavní péči pro seniory. Sociální pracovníci mohou potom hrát klíčovou roli při diagnostice, nápravě i prevenci týrání, zneužívání a zanedbávání klientů ošetrovatelským personálem, rodinnými příslušníky i ostatními klienty. Také Clark (2002) z asociace sociálních pracovníků (NASW) uvádí jako důležitou oblast uplatnění sociálního pracovníka tvorbu programů pro odhalení a prevenci špatného zacházení se seniory.

Dle zákona č. 118/2006 Sb., o sociálních službách je hlavním účelem DpS poskytování sociálních služeb za úhradu (§ 73 odst. 1), konkrétně pobytových služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§ 33 odst. 2, § 49 odst. 1). Pobytová služba zahrnuje komplexní péči spočívající především v poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu či pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služba dále zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 49 odst. 2, 15 odst. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb.). Poskytovatel této pobytové služby je povinen zajistit klientům taktéž zdravotní péči.

Personální zajištění činnosti ústavní péče v ČR je přibližně v poměru 1 : 1,5 v počtu všech pracovníků (včetně údržbářů, administrativních zaměstnanců, uklízeček...) na uživatele. Jeden pracovník v přímé péči se věnuje přibližně 3 až 15 uživatelům. Podle zprávy výzkumného ústavu práce a sociálních věcí Brno (2005) je převládající pracovní kvalifikace pracovníků v ústavní péči na pracovní pozici „pečovatelka“, kdy 69 % pečovatelek má pouze základní vzdělání doplněné kurzy. V přímé souvislosti s nízkou odbornou kvalifikací personálu v přímé péči a nedostatkem personálu se hovoří o převažujícím materiálním (hygiena, strava) způsobu péče v současné ústavní péči. Přičemž DpS se vyznačují největší heterogenitou

personálu ze všech typů ústavní péče, kdy jsou zastoupena všechna pracovní zařazení (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007, s. 9).

V souvislosti s demografickým vývojem stárnutí populace se diskutuje nad tím, zda je kapacita těchto zařízení dostatečná. Z demografické analýzy dostupnosti péče o seniory (Svobodová, 2008) je zřejmé, že v celorepublikovém průměru připadá na jedno místo v DpS přibližně 42 osob ve věku 60 a více let. Ve věku 80 a více let, kdy je pravděpodobnost zhoršení ztráty soběstačnosti v porovnání s mladšími seniory mnohem vyšší, připadá na jedno lůžko v některém z těchto zařízení 7 potenciálních uchazečů.

Pokud bude stejný zájem o pobyt v DpS setrávat i v budoucnu, bude nutné zvýšit kapacity ústavních zařízení do roku 2030 přinejmenším o 21 245 míst a do roku 2050 celkem o 37 487 míst oproti současnosti. Na rostoucí počet obyvatel seniorského věku a jejich potřeby by však měly reagovat rovněž služby terénní či ambulantní, tj. zejména pečovatelská služba a zařízení pro denní a vícedenní pobyt, tzv. *stacionáře* (Svobodová, 2008).

Ze zprávy „*Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb*“ (2007, s. 17) plyne, že v DpS v současnosti je velmi obtížné naplňovat moderní principy poskytování sociálních služeb a metod sociální práce, zaručující dodržování lidských práv. Doporučená je humanizace stávajících DpS a postupná restrukturalizace směřující k malým bytovým jednotkám v běžné zástavbě a podpora takových služeb, které umožní seniorům zůstat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí.

1.4.2 Ochrana práv a lidské důstojnosti při institucionální péči o seniory

1. Vymezení pojmu lidská důstojnost

Pojetím lidské důstojnosti se zabývali filozofové již od pradávna. Názory na to, komu má být důstojnost přiznána, zda člověk může důstojnost ztratit či získat nejsou jednotné. Problematické je i obsahové vymezení tohoto pojmu. Humanistická tradice západní kultury nám nabízí při jistém zjednodušení dvojí výklad pojetí lidské důstojnosti: důstojnost inherentní (ontologickou), kdy důstojnost vyplývá ze samotné podstaty lidského bytí a tudíž náleží člověku již předem od narození a důstojnost kontingentní,

kdy je důstojnost odvozována od určitých kvalit člověka, jeho způsobu života a individuálních zásluh a postavení. Důstojnost je pak výsadou a není přiznána všem (Šrajer, 2006, s. 110).

Nordenfelt (2004, s. 72) rozlišuje čtyři typy důstojnosti: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity, a tzv. „*Menschenwürde*“ (lidská důstojnost), která odkazuje k nezcizitelné hodnotě lidských bytostí.

Ve stáří je důležitá zejména důstojnost osobní identity a „*Menschenwürde*“. Důstojnost osobní identity souvisí se sebeúctou a odráží osobitou identitu jednotlivce. Ústřední prvky tohoto pojmu jsou: vědomí vlastního já, fyzická identita, začlenění člověka do společnosti, schopnost nalezení smyslu ve svém životě. Tuto důstojnost poškozují fyzické zásahy, ale také citové či psychologické újmy. Nemoc, ztráta soběstačnosti, projevy demence, stejně jako nedůstojné a nevhodné chování ze strany pomáhajících osob, mohou být příčinou pro prožívání ztráty důstojnosti osobní identity starého člověka (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 12).

Pojem „*Menchenwurde*“ dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav. Je totožný s ontologickým pojetím lidské důstojnosti.

Při zdravotní nebo sociální péči je nutné vycházet z ontologického pojetí lidské důstojnosti, která ukazuje, že důstojnost není jen tím, co lidé cítí nebo co uznává mravní kultura společnosti, ale že vyrůstá z obecného pojetí lidství. Prožívání důstojnosti zásluh, důstojnosti mravní síly a osobní identity může být ve stáří ohroženo. Ztráta kontroly některých fyzických nebo psychických funkcí může být příčinou ztráty vnímání vlastní důstojnosti. Nemůže být však příčinou ztráty vnímání důstojnosti daného člověka z pohledu pečujících osob či společnosti.

Pro respektování lidské důstojnosti při péči je velice důležité, jak má pečující vyřešenu otázku vlastní důstojnosti. Neméně důležitý je postoj pracovníka ke stáří. Pokud pomáhající vnímá stáří jako období, kdy se člověk stává neužitečným, zbytečným a obtěžujícím pro druhé, může tento postoj ovlivnit jeho přístup k seniorům (Úlehla, 1996, s. 131).

Důstojnost a úcta k člověku při péči se nejčastěji vyjadřuje v mezilidské komunikaci, respektováním holistického pojetí člověka (jako bytosti bio-psycho-sociální a duchovní), respektováním obav a studu a autonomie. Pleschberber (2007, s. 200) uvádí, že sami senioři v institucionální péči hovořili o lidské důstojnosti ve dvou dimenzích – důstojnost v lidských vztazích a důstojnost osobní identity, která souvisí s autonomií a integritou.

Podle výzkumu provedeného v rámci projektu „Důstojnost a starší Evropané“ považovali senioři pro zachování důstojnosti při péči za důležité: zájem o klienta jako jednotlivce, vlídnost a zdvořilost, naslouchání a respekt k soukromí. K zmiňovaným příkladům nedůstojné péče patřila: špatná komunikace, zacházení s člověkem jako s věcí, ponižující obnažování a nedostatek úcty při intimních činnostech jako je oblékání, mytí či vyměšování (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 16).

2. Ochrana lidských práv a důstojnosti v dokumentech

Základní lidská práva jsou přiznána všem, bez ohledu na věk, zdravotní stav nebo sociální situaci a jsou upravena v Listině základních práv a svobod. Již článek 1 stanoví, že *„Lidé jsou rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“* Senioři žijící v rezidenčních zařízeních jsou zranitelnou skupinou populace, proto je nutné ochraně jejich práv věnovat náležitou pozornost, zejména pak jejich lidské důstojnosti. To zdůrazňuje článek 10 listiny základních práv a svobod, který stanoví: *„Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“*

Ochrana lidské důstojnosti je vyjádřena také v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která byla ratifikována v ČR v roce 2001, stanoví: *„Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.“*

Do konce 80. let 20. století se koncept práv starších osob soustřeďoval pouze na oblast sociálního zabezpečení. V roce 1996 vymezila Rada Evropy v Revidované Evropské sociální chartě v čl. 23 právo starších osob na sociální ochranu. Jde o novou dimenzi, nejen poskytování dávek a služeb, ale o to, aby starší osoby zůstaly co možná

nejdéle řádnými členy společnosti, aby si zvolily svůj životní styl, a mohly jej vést, jak dlouho chtějí a mohou. Pokud se musí svěřit péči instituce, pak mají mít v těchto ústavech zabezpečeno soukromí a účast na rozhodování o podmínkách života ústavu. Tento krok představuje posun od pasivního sociálního zabezpečení k aktivní participaci na tvorbě životních podmínek a společenského dění (Tomeš, Koldinská, 2003, s. 132).

Práva starších občanů jsou také vyjádřena v dalších mezinárodních dokumentech. V roce 1997 byla formulována Evropskou sekcí Mezinárodní gerontologické asociace *Evropská charta pacientů seniorů*. Následně v roce 1998 byla schválena také výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti. Tento etický kodex přiznává starším občanům v instituci právo očekávat, že budou moci rozhodovat, pokud to jejich zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přejí soukromí a kdy chtějí být ve společnosti. Také pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv. Neméně důležité je i právo na kvalitní péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky.

Ze zahraničních kodexů je možno zmínit *Montrealskou deklaraci*, kterou formulovali v roce 1999 senioři z 68 zemí světa a ve které zdůraznili, že starší osoby mají mít právo na sebeurčení a jeho splnění, důstojnost a úctu. Dále dokument Organizace spojených národů *O respektování práv seniorů*, ve kterém je uveden princip důstojnosti (Haškovcová, 2002, s. 192).

Ochrana důstojnosti nevyléčitelně nemocných je uvedena v dokumentu *Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících* (stručně synonymum - charta umírajících) vydané v roce 1999 Parlamentem Rady Evropy. Jsou zde uvedena práva umírajících, mezi která patří: „Právo na to, aby se mnou bylo zacházeno jako s lidskou bytostí.“, „ Právo zemřít v klidu a důstojně.“

Práva seniorů žijících v rezidenčních službách dále upravuje *Evropská charta práv a svobod pro staré občany*, která byla přijata na konferenci ředitelů v Maastrichtu v roce 1993. Dále *Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují pomoc a péči druhé osoby*, kterou vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii již v roce 1966. Právo na sebeurčení a jeho splnění, důstojnost a úctu přiznává seniorům

také dokument OSN s názvem *Přidejte život létům*. Princip důstojnosti spočívá v respektování osobní integrity, v zamezení fyzického či duševního týrání a zneužívání a v dodržování zásad slušného chování vůči příslušníkům starší generace. Senioři mají dále právo na seberealizaci, účast na kulturních, vzdělávacích a rekreačních aktivitách (Haškovcová, 2002, s. 192).

Přestože jsou lidská práva ve společnosti obecně uznávána, mnohdy dochází k jejich porušování a to i v případech seniorů žijících v ústavní péči. Tento fenomén vede ke snižování kvality života ve stáří a nerespektování lidské důstojnosti. Již zmíněný zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., je prvním zákonem v ČR dodržujícím lidsko-právní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007, s. 6).

1.5 Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči

1.5.1 Definice základních pojmů

„**Týrání** je zlé nakládání s druhou osobou, které se vyznačuje značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, a které u oběti vyvolává pocity hlubokého příkoří. Týrání může mít různou délku trvání.“ Týrání má širší význam než pojem „násilí“. **Násilí** definuje WHO jako: „úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti osobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, fyzickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti“ (Haškovcová, 2004, s. 13). Americká lékařská asociace (*American Medical Association*) pak definuje **týrání** jako jednání pověřených osob nebo opomenutí péče, jehož výsledkem je poškození nebo hrozba poškození zdraví nebo pohody pacienta (Jayawardena a Liao, 2006, s. 128).

Na problém fyzického násilí na seniorech poprvé upozornil Baker v roce 1975 a použil pojem „*granny battering*“. Později se však začal používat anglický termín „*elder abuse*“, který se již ustálil (Richardson, Kitchen, Livingston, 2002, s. 335). V anglické literatuře se objevuje také pojem špatné zacházení se seniory (*elder*

mistreatment), který označuje souhrnně jednání (*abuse*) a opomenutí (*neglect*), které způsobuje zranění nebo poškození seniorů. Špatné zacházení se seniory je rozlišováno jako záměrné nebo nezáměrné (Baker, 2007, s. 313).

V současné době neexistuje obecně platná definice **týrání seniorů** (*elder abuse*). To přináší problémy pro porozumění tomuto jevu a také pro srovnávání jednotlivých výzkumů, kde významnou roli hraje také odlišný kulturní kontext (Pillemer, Moore, 1990, s. 8; Nerenberg, 2008, s. 19).

WHO definuje **týrání seniorů** jako samostatný či opakovaný akt nebo nedostatek přiměřené aktivity způsobující bezpráví, poškození, zranění, bolest či strach starších lidí a to zejména tam, kde je očekávána důvěra. Rozlišuje: tělesné, psychické/emocionální, sexuální, finanční týrání a zanedbávání péče (WHO/INPEA, 2002a). InSTITUTE *The National Academy of Sciences* (NAS) v roce 2002 přijala tuto definici: „ Týrání seniorů je úmyslné jednání, které způsobuje ublížení nebo riziko ublížení zranitelným seniorům a to pečovateli nebo jinými osobami, které jsou s nimi ve vztahu a dále zahrnuje neúspěch pečovatелů uspokojit základní lidské potřeby seniorů nebo ochránit je před zraněním (National Research Council, 2003). V institucionální péči se jedná o individuální nebo opakované jednání zaměstnanců, rodinných příslušníků, návštěv nebo jiných klientů. Tato definice vylučuje neúmyslné a nezáměrné jednání (Nerenberg, 2008, s. 24).

Hirst (2002, s. 272) v diskusi nad definicemi fenoménu týrání seniorů v institucionální péči klade důraz na výsledek, zda dané jednání způsobuje klientovi zranění a to fyzické nebo psychické nebo jiné poškození. Důsledkem týrání potom může být ztráta důstojnosti, jedinečnosti, fyzické nebo psychické trauma, případně dřívější, urychlená smrt.

Centrum *National Center on Elder Abuse* (NCEA) ve Washingtonu definuje tři hlavní kategorie týrání seniorů (*Elder Abuse/Mistreatment Defined*, 2006):

- domácí týrání (*domestic abuse*),
- institucionální týrání (*institutional abuse*),
- zanedbávání sebepečce (*self-neglect*).

K týrání tedy může docházet jak v rodinách, tak ve všech typech ústavních zařízení. Samostatný pojmem je „zanedbávání sebepéče“, které je výsledkem neschopnosti osamělého nesoběstačného a nezabezpečeného seniora postarat se o sebe alespoň v základních věcech (Haškovcová, 2004, s. 48).

Týrání seniorů v institucionální péči je definováno buď jako specifická forma nebo kategorie týrání (institucionální týrání - *institutional elder abuse*) nebo jednoduše jako místo, kde se týrání odehrává. Týrání seniorů v instituci zahrnuje trvajících modely jednání zahrnující chronické zanedbávání, nelegální použití omezovacích prostředků, nestandardní péči, neadekvátní množství pádů, dekubitů, nehod nebo úmrtí. Dále zahrnuje zkorumpovaný management, prokázání skrytých chyb, selhání ochrany klientů před násilím zaměstnanců, rodin či klientů nebo selhání adekvátního péče o zaměstnance (Nerenberg, 2008, s. 24). Glendenning (1999, s. 1) upozorňuje na to, že institucionální násilí se stává jednou z nejběžnějších forem násilí, protože prostředí instituce, praktiky a stanovená pravidla se mohou stát násilnými sami o sobě.

Účastníci Evropského projektu „*Abuse of older people in residential care*“, do kterého se zapojily čtyři evropské země (Velká Británie, Švédsko, Španělsko a Švédsko), přijali následující definici: Týrání seniorů v institucionální péči znamená jakékoliv jednání nebo zneužívání zaměstnanci, rodinnými příslušníky nebo dalšími odpovědnými lidmi, které představuje nepřiměřené zacházení s klienty nebo porušování práv klientů, u kterého se předpokládá, že by si mohl klient stěžovat nebo by měl oprávnění vznést námitku (Eastman, Slater, Wahlstrom, 1997, s. 9).

V empirické části této práce je pojem týrání seniorů v institucionální péči použit jako místo, kde se týrání odehrává.

1.5.2 Formy týrání

Kalvach (1997, s. 171) rozlišuje týrání seniorů na aktivní týrání (*elder abuse*) a pasivní zanedbávání (*neglect*). Aktivní týrání zahrnuje fyzické, citové a psychické týrání, finanční a materiální zneužívání. Zanedbávání (opominutí) péče je potom definováno jako selhání osoby zodpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby.

Z definice týrání seniorů podle WHO jsou zřejmé následující formy týrání: fyzické, psychické/emocionální, sexuální, finanční týrání a zanedbávání péče (WHO/INPEA, 2002a). Pro ústavní péči je také charakteristické porušování základních lidských práv seniorů, které Nerenberg (2006, s. 9) považuje za další formu týrání.

Fyzické týrání je záměrné nebo lehkomyšlné působení bolesti, zranění nebo poškození. Zahrnuje zejména udeření, kopání, tlačení, spálení, škrcení nebo použití chemických nebo fyzických omezovacích prostředků. Stanovení fyzického týrání seniorů je těžší než u jiné věkové skupiny, protože některé indikátory (zlomeniny, pohmožděniny, katexie) se nesnadno odlišují od náhodného zranění nebo příznaků nemoci (Nerenberg, 2006, s. 6). Kalvach (1997, s. 171) považuje za tělesné týrání v ústavní péči také záměrné vystavování chladu, zlovolné odpírání jídla, léků, ošetření apod.

Psychické/emocionální týrání je nejčastější forma násilí, která mnohdy probíhá skrytě a je těžko dokazatelná. Jedná se o použití slov, jednání nebo jiných prostředků, které způsobují strach, ponížení, emocionální stres nebo trýzeň. Oběti mohou být zstrašovány potrestáním, v pobytových zařízeních zejména vystěhováním. Za psychické týrání se také považuje jednání zahrnující zdětinšťování, posměch, ponižování, kletí, vydávání hrubých rozkazů, izolace (fyzická nebo psychická) a ignorence, omezení nebo zákaz pohybu (Moon, 2002, 76). Jinou formou citového týrání může být likvidování či poškozování předmětů s emočním významem, bránění ve sledování oblíbených televizních či rozhlasových pořadů, omezování nebo zákaz pohybu. Mnohé účinné formy psychického týrání mohou být záludně propracovány do sociálně přijatelných, a proto obtížně zjistitelných i postižitelných, norem (Kalvach, 1997, s. 171). Dopad psychického týrání na oběť je těžké stanovit, protože podobné jednání nebo slova mohou být jinak traumatizující u různých osob. Vliv emocionálního týrání také podmiňují současné kulturní vzory, tj. hodnocení a očekávání společnosti (Nerenberg, 2006, s. 7). V odborné literatuře je možné se setkat také s anglickým termínem „*elderspeak*“, který označuje způsob, jakým někteří lidé mluví s osobami vyššího věku a který připomíná způsob, jakým se mluví s malými dětmi.

Finanční zneužívání zahrnuje široké spektrum forem od jednoduchých krádeží až k celkové finanční manipulaci. Označuje nevhodné nebo neoprávněné použití finančních prostředků nebo majetku, přisvojování si důchodu či nevýhodné majetkové převody (včetně bytů) nebo přiměnění osoby se zmenšenou mentální kapacitou podepsat smlouvu či závěť ve prospěch pachatele. Klientům v pobytových zařízeních mohou peníze či osobní majetek krást zaměstnanci, rodinní příslušníci, návštěvy nebo jiní klienti (Nerenberg, 2006, s. 8).

Sexuální zneužívání je formou nejméně častou a obětí jsou zpravidla ženy. Jedná se o nedohodnutý sexuální kontakt klienta s jinou osobou. To zahrnuje znásilnění, obtěžování, sprosté nebo necudné jednání nebo sexuální kontakt s osobou, která nemá dostatečnou mentální kapacitu pro vyjádření nesouhlasu. V pobytových zařízeních se mohou stát pachateli sexuálního zneužívání zaměstnanci, brigádníci, jiní obyvatelé nebo návštěvy (Nerenberg, 2006, s. 7).

Zanedbání péče zahrnuje neúspěšné provádění zdravotnické péče, hygieny, prevence podvýživy a dehydratace. V pobytových zařízeních může být výsledkem osobního selhání zaměstnance nebo výsledkem systémového selhání, tj. nedostatečné personální kontroly a motivace (Nerenberg, 2006, s. 9). Strasser a Fulmer (2007, s. 341) definuje zanedbání péče jako odepření péče nebo opomenutí či selhání pečovatele při provádění pečovatelských povinností.

Porušování základních lidských práv znamená, že rodinní příslušníci či zaměstnanci zařízení nerespektují právo na soukromí a důvěrnost, zabraňují seniorům stýkat se s lidmi, s kterými chtějí a dělat vlastní rozhodnutí. Porušováním práv může být i nadbytečná ochrana projevující se fyzickým omezením, nedobrovolnou separací od ostatních klientů nebo také nemožností vybrat si svého lékaře (Nerenberg, 2006, s. 9).

Některé nežádoucí formy ošetřování nezapadají do žádné z uvedených skupin a je možno je souhrnně označovat jako nevhodné zacházení.

1.5.3 Současný stav poznání

Problematikou násilí na seniorech se začali odborníci systematicky zabývat až v posledních dvaceti letech a to zejména ve Spojených státech, Velké Británii

a Kanadě (Saveman et al., 1999, s. 44; Nerenbeg, 2008, s. 12). Výzkumy se zaměřovaly především na domácí násilí. Pouze několik málo studií se zaměřilo na problematiku násilí na seniorech v institucionální péči. Ve Finsku, USA a Kanadě je odhadován výskyt týrání u 4 % populace seniorů (Pillemer, Moore, 1990, s. 10; Saveman et. al., 1999, s. 44). Stále častěji začínají odborníci poukazovat na nevhodné zacházení s klienty v instituci a na nutnost provádění výzkumů, které by vedly k většímu porozumění tomuto fenoménu. Mezinárodní organizace zabývající se násilím na seniorech INPEA (*International Network for the Prevention of Elder Abuse*) také doporučuje se zaměřit při výzkumu zejména na nevhodné zacházení se seniory v institucionální péči, protože provedených výzkumů je velmi málo a další empirické poznatky jsou nutné pro pochopení tohoto problému a vytvoření preventivních opatření.

Jeden z prvních výzkumů v Americe (Pillemer, Moore, 1990, s. 18) ukázal, že 10 % ošetrovatelského personálu se dopustilo v posledním roce jednoho nebo více činů fyzického násilí a 40 % se přiznalo k psychickému násilí. Svědkem fyzického násilí bylo 36 % respondentů a svědkem psychického násilí bylo 81 % respondentů, z nichž 14 % pozorovalo toto týrání denně. Studie provedená ve Švédsku (Saveman et al, 1999, s. 50) ukázala, že 11% zaměstnanců vědělo, že v jejich zařízení dochází k týrání.

Výzkum provedený v Kanadě na 1608 respondentech ukazuje, že 20 % z nich bylo svědkem týrání seniorů v institucionální péči, 31 % respondentů bylo svědkem manipulace, 28 % bylo svědkem nepřijemného komentáře během ošetrovatelské péče, 10 % uvedlo bití nebo tlačené klientů (Ens, 2005, s. 4).

Studie provedená v Německu ukazuje, že se v zařízeních pro seniory 23,5 % dotázaných zaměstnanců přiznalo k fyzickému týrání (34,9 % respondentů bylo svědkem). Psychické týrání uvedlo 53,7 % dotázaných zaměstnanců (61,8 % bylo svědkem). Zanedbání péče přiznalo 53,7 % respondentů (Goergen, 2004, s. 20).

Pillemer a Moore (1990), Saveman et. al. (1999), Goergen, (2004), Ens (2005) tedy dokazují, že v pobytových zařízeních pro seniory dochází k psychickému i fyzickému týrání ošetrovatelským personálem a k zanedbání péče. Mezi nejčastější formy psychického a fyzického týrání tuto autoři uvádí udeření klienta předmětem, bití nebo tlačené klientů, křičení na klienty, urážky, nadávání a klení, vyhrožování,

manipulace, nepříjemný komentář během ošetrovatelské péče, nemožnost vybrat si čas pro ukládání do postele, nepřiměřené používání omezovacích prostředků, nevykonávání ústní hygieny, záměrné ignorování klientů, záměrné držení hrubým způsobem, vypínání signalizačních zařízení, infantilizace při komunikaci, záměrné dlouhé čekání na pomoc.

Zahraniční výzkumy se shodují v tom, že hrubost zaměstnanců není předem aktivně promyšlená, ale vychází z vysoce stresující práce, způsobené nedostatečným počtem zaměstnanců, nedostatkem času na jednotlivé úkony, interpersonálními konflikty a agresí některých obyvatel nebo jejich rodin (Nerenberg, 2002). Solum et al. (2008, s. 545) dochází na základě kvalitativního výzkumu k závěru, že zaměstnanci v zařízeních pro seniory nejsou nemorální lidé, ale z různých důvodů se někdy dopouští vědomě či nevědomě nemorálního jednání.

Provedená rešerše ukázala, že v ČR se problematice týrání seniorů v ústavní péči nevěnuje příliš velká pozornost. Dostupných textových dokumentů je málo a jsou převážně teoretického rázu.

Prvním zdrojem byl přehledový článek geriatra Kalvacha (1997) *“Zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém“*. Kalvach poukazuje na to, že české studie o týrání seniorů neexistují. Týrání seniorů v ústavní péči zmiňuje v článku pouze okrajově.

Druhým důležitým zdrojem informací o týraných starých lidech je publikace Tošnerové (2002) *„Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině“*. Kniha obsahuje převzaté volně zpracované americké publikace. Autorka se specializuje pouze na problematiku týrání starších osob v rodině.

Jihočeská univerzita realizovala v roce 2005 výzkumný projekt s názvem *„Popis jednotlivých forem domácího násilí, analýza jejich příčin, prevence.“* Součástí projektu byl i výzkum násilí na seniorech žijících v domácnosti a v ústavní péči. Výsledky výzkumu v DpS ukázaly, že v těchto zařízeních nedochází ani tak k týrání, jako spíše k zanedbávání a k hrubým chybám v péči (Buriánek et al., 2006).

Okrajově se dotýká špatného zacházení se seniory výzkum Veselé (2003), která poukazuje na špatné zacházení se seniory před nástupem do DpS a špatné zacházení se

seniory umístěnými v DpS ze strany rodinných příslušníků a to zejména nezájem, ignorací a finanční zneužívání.

Dosud největší výzkum v oblasti týrání seniorů v institucionální péči v ČR provedla na žádost ministryně pro lidská práva Džamily Stehlíkové, Vidovičová a Lorman (2007) a to v 17ti DpS ve třech krajích ČR. Autoři poukazují zejména na omezování možnosti rozhodování, nedostatečné soukromí, snižování lidské důstojnosti a finanční zneužívání ze strany rodinných příslušníků.

1.5.4 Strukturální vysvětlení institucionálního násilí na seniorech

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, č. 2, s. 176-182. ISSN 1801-0261.

Abstrakt:

Vlivem demografických změn ve společnosti jsou senioři stále rostoucí skupinou obyvatelstva. Stáří se stává věcí veřejnou. Křehkost a závislost seniorů na pomoci druhých je významným rizikovým faktorem pro týrání, zneužívání a zanedbávání. K tomuto fenoménu může docházet i v institucionální péči. Zahraniční výzkumy dokazují, že k týrání seniorů v institucích dochází, proto je nutné hledat preventivní opatření. Při tvorbě preventivních programů je nutné vycházet z rizikových faktorů a zaměřit se na ně. Na základě výzkumných zjištění lze určit tři hlavní kategorie rizikových faktorů a to rizikové faktory plynoucí z: 1) organizační kultury, 2) osobního či zdravotního stavu klienta, 3) mezilidských vztahů. Prevence tohoto jevu vyžaduje angažovanost mnoha vědních oborů i společnosti.

Biggs, Phillipson a Kingston (1995) uvedli v rámci konceptuálního přístupu k problému týrání seniorů následující čtyři teoretické modely:

1. **Situační model**, který se soustřeďuje se na bezprostřední okolnosti vztahu pečovatel – senior, např. rostoucí závislost seniora, stres a frustrace pečovatele.
2. **Teorie výměny**, která postihuje dynamiku vztahu péče. Vychází z tvrzení, že sociální interakce spočívá v systému odměn a trestů, který určuje kvalitu výměny. Při narušení rovnováhy mezi pozitivními a negativními výsledky výměny a „zisky“ obou stran může nastat selhání. Zisky jsou nejen hmotné povahy, ale i emoční uspokojení pečujícího.
3. **Symbolická teorie interakcí**, která zdůrazňuje důsledek systému interakcí mezi rodinami, institucemi a dalšími sociálními skupinami. V procesu stárnutí dochází ke změně a odlišnému vnímání očekávaných rolí seniora, vzniku neporozumění a napětí.
4. **Model založený na sociální konstrukci stáří a politické ekonomii**, který zasazuje stáří do širšího sociálního kontextu. Mezi faktory, které mohou vést k týrání seniorů, řadí sociálně vytvořenou či strukturální závislost ve stáří, negativní statut a marginalizaci seniorů.

Strasser a Fulmer (2007, s. 345) hovoří o tzv. **konceptuálním modelu**. Tento model definuje dva faktory, které ovlivňují výskyt týrání a to riziko a zranitelnost. Riziko ukazuje nebezpečí plynoucí z prostředí, zranitelnost ukazuje na nebezpečí plynoucí z vnitřní charakteristiky klienta.

Gorman a Sultan (2008, s. 355) uvádí další dva teoretické přístupy. **Psychologickou teorii** ukazující, že pachatel týrání, který má touhu po síle a prestiži nemusí snášet slabost a zranitelnost sebe nebo jiných a přenáší tyto pocity do vztahu k oběti týrání. **Sociokulturní teorie** ukazuje roli násilí ve společnosti. Negativní postoje společnosti ke stáří či nedostatek zájmu veřejnosti o institucionálním násilí má za následek neodhalování nevhodného chování k seniorům.

1.5.5 Rizikové faktory týrání seniorů v institucionální péči

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, č. 2, s. 176-182. ISSN 1801-0261.

Abstrakt:

Vlivem demografických změn ve společnosti jsou senioři stále rostoucí skupinou obyvatelstva. Stárí se stává věcí veřejnou. Křehkost a závislost seniorů na pomoci druhých je významným rizikovým faktorem pro týrání, zneužívání a zanedbávání. K tomuto fenoménu může docházet i v institucionální péči. Zahraniční výzkumy dokazují, že k týrání seniorů v institucích dochází, proto je nutné hledat preventivní opatření. Při tvorbě preventivních programů je nutné vycházet z rizikových faktorů a zaměřit se na ně. Na základě výzkumných zjištění lze určit tři hlavní kategorie rizikových faktorů a to rizikové faktory plynoucí z: 1) organizační kultury, 2) osobního či zdravotního stavu klienta, 3) mezilidských vztahů. Prevence tohoto jevu vyžaduje angažovanost mnoha vědních oborů i společnosti.

1.5.6 Prevence týrání seniorů v institucionální péči

WHO a Mezinárodní společnost pro prevenci týrání seniorů (INPEA) formulovali v roce 2002 „*Torontskou deklaraci globální prevence týrání seniorů*“, ve které vybízejí všechny země světa, aby se problematikou týrání seniorů a prevencí zabývaly. Zdůrazňují, že prevence tohoto problému vyžaduje angažovanost mnoha vědních oborů i společnosti. Významným aspektem prevence se stává vzdělávání zaměstnanců v problematice týrání a péče o problémové klienty. Pozitivní vliv vzdělávání na kvalitu péče v rezidenčních zařízeních pro seniory dokládá Godfrey (2000, s. 63). Jako podstatné vidí také provádění výzkumu, vzdělávání a šíření informací formálními způsoby i médii.

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, č. 2, s. 176-182. ISSN 1801-0261.

Abstrakt:

Vlivem demografických změn ve společnosti jsou senioři stále rostoucí skupinou obyvatelstva. Stárí se stává věcí veřejnou. Křehkost a závislost seniorů na pomoci druhých je významným rizikovým faktorem pro týrání, zneužívání a zanedbávání. K tomuto fenoménu může docházet i v institucionální péči. Zahraniční výzkumy dokazují, že k týrání seniorů v institucích dochází, proto je nutné hledat preventivní opatření. Při tvorbě preventivních programů je nutné vycházet z rizikových faktorů a zaměřit se na ně. Na základě výzkumných zjištění lze určit tři hlavní kategorie rizikových faktorů a to rizikové faktory plynoucí z: 1) organizační kultury, 2) osobního či zdravotního stavu klienta, 3) mezilidských vztahů. Prevence tohoto jevu vyžaduje angažovanost mnoha vědních oborů i společnosti.

Baker (2007, s. 318) zdůrazňuje vytváření preventivních programů na úrovni primární, sekundární a terciální prevence. Programy primární prevence zahrnují prevenci výskytu nevhodného zacházení. Zdůrazňují zejména zaměření se na rizikové skupiny klientů a zaměstnanců a vytváření pozitivní kultury organizace. Důležitou roli hraje také vzdělávání zaměstnanců. Sekundární prevence se zaměřuje na práci se seniory, kteří byli obětí nevhodného zacházení, standardizaci rozpoznání, způsobu ohlášení, vyšetřování a řešení případu týrání, včetně ochrany ohlašujících osob. Programy terciální prevence se zaměřují na snižování pravděpodobnosti opakování nevhodného chování ke klientům a provádění psychosociální rehabilitace.

V rámci evropského projektu „*Abuse of older people in residential care*“ (1997) vznikla celoevropská směrnice EU-PACTE projekt 96 UK 06 - Zneužívání seniorů v ústavní péči. Tato směrnice byla přijata obecně, s tím, aby byla dosažitelná

a upravitelná pro jednotlivé státy. Upravuje práva klientů, poskytování péče, prostředí, dokumentaci, inspekci a monitorizaci. Její překlad je uveden v příloze 1 (Eastman, Slater, Wahlstrom, 1997, s. 47)

1.5.7 Řešení problematiky týrání seniorů v institucionální péči v ČR

Kalvach (2004, s. 353) uvádí, že problematika týrání seniorů v ústavní péči není v ČR dostatečně řešena. Agrese vůči seniorům je mnohdy socializovaná, tedy prováděná nenápadnými společenskými tolerovanými způsoby, které se obtížně dokazují i postihují. Nejsou vytvořeny účinné monitorovací ani nápravné mechanismy. Při vyhodnocování problematické situace se nezdá, že oběť dostane do znejistěné pozice původce problému či člověka psychicky anormálního.

Habart a Háva (2007, s. 24) se věnoval analýze veřejně politických procesů v oblasti týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů a uvádí, že politické strany, v rámci politických programů věnovaných seniorům, o této problematice mlčí. Vládní dokumenty věnují problémům stárnoucí populace pozornost. Problematika násilí je však v porovnání např. s tématy sociálního zabezpečení okrajovou záležitostí.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 uvádí následující opatření – bod 8 H: *„Podporovat a realizovat preventivní aktivity zaměřené proti zneužívání starších osob a zlepšit spolupráci a výměnu informací mezi místní samosprávou, zařízeními sociálních služeb a policií“*. Dále pak bod 8 K: *„Přijmout opatření na ochranu lidské důstojnosti při poskytování zdravotní péče a sociálních služeb. Klást důraz na svobodnou volbu a zajištění dostatečné intimity a soukromí uživatelů sociálních a zdravotních služeb...“*.

Také program **„Výzkum v oblasti stárnutí pro 21. století“** (Společný projekt programu Organizace spojených národů pro problematiku stárnutí a Mezinárodní gerontologické asociace) uvádí jako jednu z kritických oblastí výzkumu 21. století zneužívání, zanedbávání, vykořisťování a násilí vůči starší populaci.

Určitý význam v problematice týrání seniorů v institucionální péči mělo přijetí zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách Parlamentem ČR v roce 2006. Ani v tomto zákoně o sociálních službách však není problematika násilí na seniorech zmíněna.

Přestože standardy kvality v sociálních službách MPSV hovoří o respektování práv klientů a o lidské důstojnosti, neřeší dostatečně otázky ochrany klientů před týráním, např. otázku specifických školení, způsobů ohlášení týrání atd.. Zavedení inspekci kvality by však mohli pro řešení tohoto problému přispět (Habart, Háva, 2007, s. 24).

Úprava vztahu mezi seniory a zaměstnanci DpS se řídí občanským a trestním zákoníkem. Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů zde není samostatně upraveno, ale může spadat do následujících trestních činů: § 197a (násilí proti skupině obyvatel a proti jednotlivci), § 215 (týrání svěřené osoby, zejména v případě nesvéprávných osob), § 219 (vražda), § 221,222 (ublížení na zdraví), § 231 (omezování osobní svobody), § 235 (vydírání), § 241 (znásilnění), § 242, 243 (pohlavní zneužívání), § 247 (krádež), § 249 (neoprávněné užívání cizí věci).

Motejl (2007, s. 1) uvádí, že formálně špatné zacházení se seniory v institucionální péči může spočívat v porušování práv garantovaných Listinou základních práv a svobod, mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, dále pak neplněním více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe či postupů. Ze zákonů a podzákonných právních předpisů uvádí zákon č. 118/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášku č. 505/2006 Sb.

2 CÍL PRÁCE A HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Na začátku výzkumné práce byla stanovena tato **hlavní výzkumná otázka**:

Jaký je rozsah, povaha a příčiny týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči?

Cíl práce:

Cílem výzkumu bylo zjistit rozsah, povahu a příčiny týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů žijících v domovech pro seniory v Moravskoslezském kraji a to jak ze strany zaměstnanců přímé péče, tak ze strany rodinných příslušníků. Na základě zjištěných výsledků navrhnout možnosti řešení tohoto problému a způsob preventivních opatření.

Dílčí cíle:

- zjistit **výskyt, frekvenci a formy** týrání, zneužívání a zanedbávání klientů ze strany zaměstnanců přímé péče,
- zjistit **výskyt, frekvenci a formy** týrání, zanedbávání a zneužívání klientů ze strany rodinných příslušníků a klientů,
- zjistit **charakteristiku obětí** týraných zaměstnanci přímé péče,
- zjistit **charakteristiku pachatelů** násilí,
- zjistit možnou **příčinu** týrání, zneužívání a zanedbávání,
- zjistit, zda **spokojenost** zaměstnanců přímé péče s **pracovním prostředím** ovlivňuje výskyt týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů těmito zaměstnanci,
- zjistit a porovnat **hodnocení výskytu týrání** klienty a zaměstnanci přímé péče,
- zjistit, které **etické aspekty** byly při týrání, zneužívání a zanedbávání porušeny.

3 METODIKA VÝZKUMU

Pro zjištění rozsahu, povahy a příčin týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči byl proveden kvantitativní výzkum a to **survey** mezi vybranými zaměstnanci přímé péče a klienty DpS v Moravskoslezském kraji. Součástí kvantitativního výzkumu bylo zjišťování spokojenosti klientů s DpS, posouzení soběstačnosti klienta a měření syndromu vyhoření u zaměstnanců.

Problematika týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči nebyla dosud v ČR dostatečně prozkoumána, proto byla před provedením kvantitativního výzkumu, provedena **pilotní studie**. Cílem pilotní studie je zjistit, zda problém, který chceme zkoumat, v naší populaci vůbec existuje a zda je dosažitelný. Pilotní studie se provádí na malé skupině vybrané z populace, kterou chceme studovat. Technika se často liší od techniky, kterou chceme použít ve výzkumu (Disman, 2006, s. 121). Pilotní studie v tomto výzkumu byla provedena kvalitativní výzkumnou metodou. Na základě analýzy nestandardizovaných výpovědí respondentů a analýzy obsahu dokumentů (stížnosti doručené na Magistrát města Ostravy) byly vytvořeny kategorie, které se staly podkladem pro vystavění designu kvantitativního výzkumu (výzkumných otázek a hypotéz). Z tohoto důvodu jsou hypotézy uvedeny až za výsledky kvalitativního výzkumu.

3.1 Etické aspekty výzkumu

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Etické aspekty výzkumu týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2008, vol. 2, č. 4. ISSN 1336-9326 – v tisku.

Abstrakt:

Týrání, zanedbávání a zneužívání seniorů v institucionální péči je v současné době aktuálním tématem. Pro preventivní opatření, založená na hlubokém porozumění tohoto problému jsou nutná další výzkumná šetření. Seniori žijící v institucionální péči jsou

rizikovou skupinou populace a výzkum nevhodného zacházení s těmito seniory je z etického pohledu velice problematický. Cílem tohoto příspěvku je poukázat na etickou problematiku při realizaci výzkumu nevhodného zacházení se seniory v domovech pro seniory v Moravskoslezském kraji. Příspěvek popisuje, jakým způsobem byly při provádění výzkumu respektovány současné sekularizované etické principy v biomedicíně v kontextu ošetřovatelského výzkumu. Dále jsou uvedeny předběžné výsledky z provedeného výzkumu a etické problémy při prezentování výsledků.

3.2 Metodika pilotní studie

3.2.1 Výzkumné otázky

3.2.2 Metoda pilotní studie

3.2.3 Výběr vzorku

3.2.4 Charakteristika zkoumaného souboru

3.2.5 Sběr dat

3.2.6 Analýza dat

Tyto části práce byly publikovány v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních

zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

3.3 Metodika kvantitativního výzkumu

3.3.1 Výběr vzorku a charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor pro výběr tvořili klienti a zaměstnanci přímé péče všech DpS a domovů se zvláštním režimem, jejichž zřizovatelem je Magistrát města Ostravy a Moravskoslezský kraj ke dni 31. 12. 2007 (n = 24). Pro výběr vzorku byla použita technika oblastního výběru. Z každého okresu Moravskoslezského kraje a městského obvodu Ostravy bylo náhodně vybráno jedno velké zařízení (více než 100 klientů) a jedno malé zařízení (méně než 100 klientů). Z celkového počtu 24 DpS bylo vybráno 13 domovů (6 domovů města Ostravy a 7 domovů Moravskoslezského kraje). Tab. 1 ukazuje počet zařízení, klientů a zaměstnanců přímé péče v DpS Moravskoslezského kraje a Magistrátu města Ostravy a počet vybraných respondentů.

Tab. 1 Výběr vzorku v kvantitativním výzkumu

	Počet zařízení		Počet klientů		Počet zaměstnanců	
	celkem	vybraných	celkem	vybraných	celkem	vybraných
Ms kraj	16	7	2025	934	740	294
Ostrava	8	6	1572	963	701	508
Celkem	24	13	3597	1897	1446	802
(podíl v %)		(54 %)		(53 %)		(55 %)

Zdroj: Magistrát města Ostravy, Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Ředitel jednoho DpS v Ostravě nesouhlasil s provedením výzkumu z důvodu rekonstrukce zařízení. Tento domov byl ze souboru vyloučen. Do vzorku byli zařazeni všichni zaměstnanci přímé péče z 12-ti vybraných zařízení (n = 750) a všichni klienti (n = 1799). Výzkum nebyl proveden za účelem kontroly kvality péče v daném zařízení, ale s cílem popsat velice citlivý problém týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů. Jména vybraných zařízení nejsou proto z důvodu zachování anonymity zveřejněna.

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Syndrom vyhoření u zaměstnanců domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. *Geriatrics*. 2008, roč. 14, č. 4. ISSN 1335-1850.

Abstrakt:

Syndrom vyhoření se projevuje v povoláních, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením. Za rizikovou skupinu jsou považováni také profesionální pečovatelé pečující o seniory. Cílem výzkumu bylo zjistit míru syndromu vyhoření u zaměstnanců přímé péče domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji a faktory, které výskyt syndromu vyhoření ovlivňují. Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník BM (Burnout Measure) od autorů Pines, Aronson a Kafry (1981). Výzkumný soubor tvořilo 452 zaměstnanců přímé péče z 12-ti domovů pro seniory, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj a Magistrát města Ostravy. Syndrom vyhoření byl prokázán u 6,5 % zaměstnanců, 28,5 % zaměstnanců mělo hodnoty alarmující. Výzkum potvrdil signifikantní vliv délky zaměstnání, hodnocení náročnosti práce, spokojenosti

zaměstnanců s pracovními podmínkami, fyzické a psychické agrese ze strany klientů na vznik syndromu vyhoření u zaměstnanců.

3.3.2 *Sběr dat*

Pro sběr dat od klientů byla použita technika **standardizovaného rozhovoru**. Rozhovor byl individuální, s důrazem na zachování anonymity a soukromí při realizaci rozhovoru. Ten, kdo prováděl rozhovor, nesměl být současně zaměstnancem DpS. Standardizovaný rozhovor se skládal ze čtyř částí:

1. Vyplnění dotazníku na **zjišťování spokojenosti** klientů s DpS (Janečková, Hnilicová, 1999). Dotazník obsahuje celkem 20 otázek. Dvě otázky jsou zaměřeny na hodnocení celkové spokojenosti s DpS a hodnocení celkové spokojenosti s životní situací. Ostatní otázky se zaměřují na následující oblasti: spokojenost s chováním a odbornou kvalitou práce sester a pečovatelek, spokojenost s tzv. hotelovými službami (způsob bydlení, hygienické vybavení, čistota a pořádek, stravování), spokojenost s mezilidskými vztahy a soužitím spolubydlících, spokojenost s možností být čínorodý a zapojit se do aktivizačních programů. Spokojenost byla měřena pomocí pětistupňové škály, kde 1 znamenala největší spokojenost a 5 naprostou nespokojenost.
2. Vyplnění **sociodemografických údajů** (věk, vzdělání, pohlaví, délka pobytu v DpS, rodinná situace, četnost návštěv) a **osobních charakteristik** (klienti sebe charakterizovali pomocí 13-ti uvedených vlastností, mohli uvést více možností).
3. **Posouzení soběstačnosti**. Klienti byli zařazeni do tří skupin a to plně soběstačný (nepotřebuje pomoc v žádné základní všední činnosti), částečně soběstačný (potřebuje pomoc v jedné až pěti základních všedních činnostech), nesoběstačný (potřebuje pomoc ve více než v pěti základních denních činnostech). Základní všední činnosti – ADL (activities of daily living) byly převzaty z Barthelova testu základních všedních činností (Zavázalová et al., 2001, s. 34).
4. Dotazník **nehodného zacházení**. Klienti byli dotazováni, zda v posledním roce zažili nebo byli svědky některé z uvedených 28 forem nevhodného zacházení

(sestavených podle kvalitativního výzkumu) a to ze strany zaměstnanců přímé péče nebo klientů. Pokud ano, byli dále dotazováni, jak často k tomuto chování docházelo (jednou, dvakrát až desetkrát, více než desetkrát). Pokud klient odpověděl záporně, nebyl dotazován na další otázky.

Pro sběr dat od zaměstnanců přímé péče byl použit anonymní **dotazník**. Tato technika byla zvolena proto, aby stud ošetřovatelského personálu před výzkumníkem nezkreslil výsledky výzkumu. Dotazník pro zaměstnance se skládal také ze čtyř částí:

1. Vyplnění **sociodemografických údajů** (věk, pohlaví, vzdělání, délka praxe se seniory, rodinný stav), **osobních charakteristik** (zaměstnanci sebe charakterizovali pomocí 13-ti uvedených vlastností, mohli uvést více možností).
2. **Hodnocení spokojenosti s pracovním prostředím**, zaměstnanci hodnotili pomocí tříbodové škály: spokojen, částečně spokojen, nespokojen a to pracovní motivaci, pracovní podmínky a průměrný plat.
3. Dotazník **nevhodného zacházení**. Zaměstnanci přímé péče byli dotazováni, zda se sami v posledním roce dopustili některé z uvedených 28 forem nevhodného chování ke klientům nebo byli svědky takového chování u jiných zaměstnanců, rodinných příslušníků nebo klientů a jak často k tomuto chování docházelo (jednou, dvakrát až desetkrát, více než desetkrát). Pokud ano, byli dotazováni na charakteristiku klientů – obětí nevhodného zacházení a důvody svého chování. Kromě označení některých z uvedených 28 forem nevhodného chování, mohli zaměstnanci dále vyjádřit v otevřené otázce nevhodnou situaci, se kterou se setkali v posledním roce v DpS, která je nejvíce překvapila. Tuto možnost využilo 24 % respondentů. Dále byli zaměstnanci dotazováni, zda se sami cítili v posledním roce týráni (fyzicky, psychicky, sexuálně, finančně zneužívání) ze strany klientů a jak často.
4. Dotazník pro zjišťování **míry syndromu vyhoření BM** (Burnout Measure) od autorů Pines, Aronson a Kafry, 1981 (Křivohlavý, 1998, s. 39). Dotazník měří pocity fyzického vyčerpání vztahující se k pocitům úzkosti, beznaděje a bezvýchodnosti a pocity psychického vyčerpání, odrážející pocity osobní

bezcnosti a deiluze. Dotazník obsahuje celkem 21 otázek, 17 otázek je zaměřeno na negativní pocity a 4 otázky jsou zaměřeny na pozitivní pocity. Respondenti odpovídají na uvedené sedmibodové škále: 1 - nikdy, 2 - jednou či dvakrát, 3 - zřídka, 4 - někdy, 5 - často, 6 - převážně, 7 - stále. Míra syndromu vyhoření (BM) je vyhodnocena ve čtyřech stupních: 1 – velmi dobrá až dobrá, respondent nemá závažné problémy, 2 – alarmující, 3 – vyhoření, 4 – akutní krize. V literatuře jsou uváděny poměrně velmi dobré psychosomatické hodnoty tohoto dotazníku. Všechny položky uvádějí pouze jeden hlavní a dominující faktor, a to vyčerpání (Kebza, Šolcová, 2003).

Dotazník nevhodného zacházení i formulář pro standardizovaný rozhovor s klienty byl vytvořen na základě stanovených hypotéz, které jsou uvedeny v podkapitole 4.2, s. 74-78. Jasnost a srozumitelnost otázek byla testována v předvýzkumu v listopadu 2007. Předvýzkum byl realizován ve dvou DpS v Ostravě. Standardizovaný rozhovor byl proveden se 7 klienty a dotazník vyplnilo celkem 54 zaměstnanců těchto domovů. Z předvýzkumu bylo zřejmé, že respondenti položeným otázkám rozuměli a neměli problém při vyplňování dotazníku/formuláře pro standardizovaný rozhovor, proto byly vytvořené nástroje takto použity a výsledky předvýzkumu zahrnuty do celkového zpracování.

3.3.3 Analýza dat

Před analýzou dat byly dotazníky tříděny. Do analýzy byly zahrnuty i dotazníky, u kterých nebyly vyplněny odpovědi na všechny otázky, pokud nechybělo více než 20 % odpovědí. Ostatní dotazníky byly vyřazeny. Získaná data byla zpracována statisticky. Pro převod dat z dotazníků do elektronické podoby byl použit program Epidata. Kontrola dat byla provedena dvojitým vkládáním a následnou kontrolou a opravou dat. Pro analýzu dat byl použit program Stata v. 10. Pro popisnou analýzu byly použity základní statistické charakteristiky – frekvenční počty, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota. Pro testování hypotéz byl použit chí-kvadrát, v případě menšího počtu než 5 v jednotlivých kategoriích Fišerův exaktní test. Pro zjišťování závislostí byl použit Spearmanův korelační koeficient. Všechny

statistické testy byly vyhodnoceny na hladině významnosti 5 %. Statistickými testy bylo z výpovědi zaměstnanců testováno pouze psychické týrání, fyzické týrání a porušování práv klientů. Ostatní formy týrání testovány nebyly z důvodu malého počtu odpovědí. Z výpovědí klientů bylo testováno pouze týrání psychické, ostatní formy byly uvedeny v malé míře.

Odpovědi na otevřenou otázku byly kategorizovány podle kontextu. Ve výsledcích jsou uvedeny vybrané citáty respondentů, charakterizující konkrétní formy týrání.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumu

Na základě analýzy dat byly stanoveny tři zkoumané významové dimenze – 1. chování zaměstnanců přímé péče, 2. chování rodinných příslušníků a 3. chování klientů. Výsledky jsou strukturovány a popsány v jednotlivých dimenzích.

4.1.1 Chování zaměstnanců přímé péče ke klientům

Na základě analýzy dat byly stanoveny dva hlavní fenomény: 1. formy nevhodného zacházení a 2. příčiny nevhodného zacházení.

1. Formy nevhodného zacházení

A. Porušování práv

Tyto části práce byly publikovány v těchto publikacích:

1. BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly

zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

2. BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Porušování lidských práv v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Kontakt*. 2008, vol. 10, suplement 1, s. 28-33. ISSN 1212-4117.

Abstrakt:

Článek se zabývá právy seniorů v rezidenčních zařízeních. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda v těchto zařízeních dochází k porušování lidských práv, jakým způsobem a jaká je příčina tohoto fenoménu. Zjištění byla provedena kvalitativní výzkumnou metodologií, fenomenologickou metodou. Pro sběr dat byla použita technika nestandardizovaného rozhovoru, respondenti byli vybráni metodou sněhové koule (snow ball technique). Celkový soubor tvořili zaměstnanci managementu (n = 4), zaměstnanci (n = 28) a klienti (n = 20) čtyř domovů pro seniory v Ostravě. Na základě kvalitativní analýzy dat byly stanoveny dvě hlavní kategorie: porušování práv klientů a příčiny porušování práv klientů.

B. Finanční zneužívání

C. Psychické týrání

D. Fyzické týrání

E. Zanedbání péče

2. Příčiny nevhodného zacházení

A. Charakter zařízení

B. Charakteristika zaměstnanců

C. Charakteristika klientů

Tyto části práce byly publikovány v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny

nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

4.1.2 Chování rodinných příslušníků

Na základě analýzy dat byly stanoveny dva hlavní fenomény: 1. přístup rodiny ke klientům a 2. přístup rodiny k zaměstnancům přímé péče.

Přístup rodiny ke klientům

Tab. 2 ukazuje kategorie a podkategorie přístupu rodinných příslušníků ke klientům vytvořených z analýzy životních zkušeností participantů a výskyt zkušeností u jednotlivých výzkumných skupin.

Tab. 2 Hodnocení fenoménu: přístup rodiny ke klientům

Kategorie Podkategorie	Manažeři	Pracovníci přímé péče	Ostatní zaměstnanci	Klienti	Analýza stížností
A. Psychické týrání					
✓ nezáměr – sociální izolace	+	-	+	-	-
✓ nadměrná péče a nerespektování autonomie	+	+	+	-	-
✓ neúcta	+	+	+	+	-
B. Finanční zneužívání					
✓ přisvojování si majetku	+	+	+	-	-
✓ přisvojování si důchodu	+	+	+	-	-
C. Týrání před nástupem do zařízení					
✓ psychické týrání	+	-	+	-	-
✓ finanční zneužívání	+	+	+	-	-
✓ fyzické týrání	-	-	+	-	-

+ participantí o daném tématu hovořili, - participantí o daném tématu nehovořili

Zdroj: vlastní výzkum

A. Psychické týrání

Nezájem - sociální izolace

Většina zaměstnanců se často setkává s **nezájmem** rodiny o klienta, který často způsobuje sociální izolaci klienta. Svého blízkého navštěvují velmi zřídka nebo vůbec. Zaměstnanci vypovídají o tom, že si mnoho rodin nevezme klienta domů na víkend, svátky nebo vánoce, přestože je soběstačný a mnoho rodinných příslušníků svého blízkého ani nenavštíví nebo velmi zřídka. Klienti pak tímto nezájmem rodiny trpí: „...samozřejmě trpí tím, že se dlouho neukáží, je to na nich znát.“ nebo „...řekla bych, že my máme k těm lidem větší vztah než oni. Když pak klient zemře, přijdou vezmou ty věci, jako by se nic nestalo, no umřela tak umřela, no. A to mi přijde nedůstojný.“ Jeden klient to vyjadřuje slovy: *Bohužel časy se mění. Děcka se hledí těch starých lidí zbavit, že.*

Zaměstnanci přímé péče uvádí, že někteří rodinní příslušníci naopak projevují velký zájem, poskytují podporu svým blízkým a zčásti se snaží podílet na péči. Klienty těchto rodin hodnotí jako vyrovnanější, veselejší a spokojenější (Bužgová, Ivanová, 2007, s. 67).

Nadměrná péče a nerespektování autonomie

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou

nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli participanti vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

Neúcta

Někteří klienti a zaměstnanci spojují nedostatečný zájem rodiny s **neúctou**. Tato situace je pro klienty ponižující a bolestná: „*Děcka se hledí těch starých lidí zbavit, že.*“, „*Třeba přijde a řekne: Prosím vás běžte maminka se pokakala a ona smrdí. Tady ji máte, tady se starejte, já končím, jo.*“ Mnoho zaměstnanců přímé péče bylo svědkem toho, že rodinní příslušníci projevuují neúctu svým blízkým také zdětinšťováním (Bužgová, Ivanová, 2007, s. 67)

B. Finanční zneužívání

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt:

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovaly tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

Některé sociální pracovníce uvádí, že klienti jsou mnohdy psychicky donuceni rodinou podepsat plnou moc, aby jim byly jejich zbylé peníze předány, protože mají strach, že už by rodinní příslušníci za nimi nikdy nepřišli a už by je nikdy neviděli. Pracovníci přímé péče uvádějí, že se klienti za chování svých blízkých stydí a proto se snaží tyto situace utajit. Přesto je to na nich znát, že je to mrzí, ale jsou rádi, že alespoň jednou za měsíc rodina přijde.

Jedna zaměstnankyně uvádí, že po své 30 leté zkušenosti si všimla toho, že k přisvojování si důchodu častěji dochází u bohatších rodin než u těch, kteří žili v chudších poměrech: „...*takový ti bohatší, kteří nechali své děti vystudovat, pomohli jim postavit baráky, dali jim na auta, tak ti přijdou jenom pro ten důchod....někdy byste z nich nevyrazili s odpuštěním ani pastu na zuby.*“ Někteří zaměstnanci dále uvádějí, že mnohdy jsou to lidé s vyšším vzděláním: „...*jsou to třeba vysokoškolsky vzdělaní lidé, jo, a jako chování ...a sprostí, jakože sprostá slova, ale to sprosté chování jako takové...a někdy je to obyčejný člověk, úplně obyčejný člověk a je lepší než ten vysokoškolsky vzdělaný.*“

C. Týrání před nástupem do zařízení

Sociální pracovníce se někdy setkávají s nevhodným zacházením s klienty ze strany rodinných příslušníků při šetření v domácnosti před nástupem do zařízení.

Psychické týrání

Někteří zaměstnanci se setkali s **psychickým týráním** klientů před nástupem do zařízení a to s nerespektováním práva seniora **rozhodovat o svém životě** a to zejména při umístění seniora do zařízení: „...*často jí bylo do pláče, protože vlastně oni jednoho krásného dne řekli, že prostě ji vezou na vyšetření a ocitla se tady. A nepřekousla to celou dobu, co tady byla.*“

Sociální pracovníce byla svědkem **záměrného ponižování** demenčního klienta: „Dcera měla velikou radost, že mu může dělat naschvály a může opravdu těžce demenčního seniora vyděsit úplně nejhorším způsobem.“

Finanční zneužívání

Jedna klientka vypovídá o tom, že byla **finančně zneužívána** před nástupem do zařízení. Staral se o ní syn, bral jí jídlo, nekupoval potřebné věci. Paní nastoupila do domova pro seniory a syn za ní chodil pouze v den důchodu.

Tělesné týrání

Zaměstnanci přímé péče mají zkušenosti i s **fyzickým násilím** při příjmu nového klienta: „...*přišla paní, která byla právě doma týraná, měla samé modřiny, dekubity, prostě všechno.*“

Dále se setkali také s agresivním chováním jedné klientky jako reakcí na domácí násilí před nástupem do zařízení. Podle výpovědi ošetřovatelského personálu měla klientka při nástupu do zařízení viditelný úraz na uchu, byla vyděšená a všeho se bála: „...přišla jsem k ní do pokoje a dobrý den, jak se máte? A jak se jmenujete? A ona plesk facku, jo. Protože ona nevěděla, že aj může být jináčt život pro ni...“ Po několika měsících pobytu v zařízení se její chování změnilo. Zaměstnanci, kteří se s týráním klientů před nástupem do zařízení setkali, si nejsou vědomi toho, že by uvedené případy byly řešeny jako domácí násilí.

Přístup rodiny k zaměstnancům přímé péče

Tab. 3 ukazuje kategorie a podkategorie přístupu rodinných příslušníků k zaměstnancům přímé péče vytvořených z analýzy životních zkušeností participantů a výskyt zkušeností u jednotlivých výzkumných skupin.

Tab. 3 Hodnocení fenoménu: přístup rodiny k zaměstnancům přímé péče

Kategorie Podkategorie	Manažeři	Pracovníci přímé péče	Ostatní zaměstnanci	Klienti	Analýza stížností
A. Psychické týrání					
✓ neoprávněné stížnosti	+	+	-	+	-
✓ slovní agrese	-	+	+	-	-
✓ ponižování	-	+	+	-	-

+ participantů o daném tématu hovořili, - participantů o daném tématu nehovořili

Zdroj: vlastní výzkum

A. Psychické týrání

Neoprávněné stížnosti

Manažeři uvádějí, že rodinní příslušníci si neradi stěžují mimo zařízení. Vždy chtějí zachovat anonymitu a to proto, že se obávají, aby se toto neodrazilo na další péči o jejich blízkého. Zaměstnanci přímé péče však udávají, že si rodinní příslušníci stěžují často a to vedoucím pracovníkům. Některé stížnosti jsou však neoprávněné nebo se týkají neúměrných požadavků na ošetřovatelský personál: „Někteří nepochopí, že by si také mohli něco udělat sami. Dcera jedné paní si stěžovala, že mamince nenosí sestry noviny, když si platí bezmocnost. Přitom paní byla schopna si dojít dolů do kantýny si je koupit...“ Zaměstnanci přímé péče dále vypovídají o tom, že dementní klienti věrohodně vypovídají rodinným příslušníkům stížnosti, které nejsou pravdivé a ti jim věří: „...klient povídá rodině, že nedostal

najít, že ho sestry bijí nebo se snaží ukázat na danou sestru, která ho bije....“ To potvrzuje i jedna klientka: „...jsou tu i tací, kteří tvrdí, že nedostali oběd a zrovna před chvílí obědvali...“ Téměř všichni zaměstnanci se shodují v tom, že pokud si příbuzní opakovaně a neoprávněně stěžují nebo zaměstnancům nedůvěřují, snižuje to jejich motivaci k práci a zájem o klienty.

Slovní agrese

Zaměstnanci se setkali také se slovní agresí rodinných příslušníků. Jedna sociální pracovníce vzpomíná, že nemohla předat finance rodinnému příslušníkovi, protože paní se velmi zhoršila a nebyla schopna podpisu: „...řval tady po nás, byl sprostý, vyhrožoval, že mamince už nikdy nic nepřinese....“ Zkušenosti s křikem a slovní agresí mají i zaměstnanci přímé péče. Považují toto jednání za projev neúcty.

Ponižování

Za projev neúcty považují také to, když jim příbuzní rozkazují nebo jiným způsobem dávají najevo podřazenost a tím je ponižují: „*Rodině se nelíbí oblečení, které má klientka na sobě, strhne ho s klientky a hodí na zem... připadám si jako služko, uklid' to.*“ Tyto situace, podle jejich výpovědi, také ztěžují jejich práci.

4.1.3 Chování (přístup) klientů

Na základě analýzy dat byly stanoveny dva hlavní fenomény: 1. přístup klientů k zaměstnancům přímé péče a 2. přístup klientů k ostatním klientům.

1. Přístup klientů k zaměstnancům přímé péče

Tab. 4 ukazuje kategorie a podkategorie přístupu klientů k zaměstnancům přímé péče vytvořených z analýzy životních zkušeností participantů a výskyt zkušeností u jednotlivých výzkumných skupin.

Tab. 4 Hodnocení fenoménu: přístup klientů k zaměstnancům přímé péče

Kategorie Podkategorie	Manažeři	Pracovníci přímé péče	Ostatní zaměstnanci	Klienti	Analýza stížností
A. Psychické týrání					
✓ záměrná nespolupráce	+	+	+	-	-
✓ slovní agrese	-	+	+	+	-
✓ psychický nátlak	+	+	+	+	-
B. Fyzické týrání					
✓ fyzické napadení	-	+	+	-	-

+ participanti o daném tématu hovořili, - participanti o daném tématu nehovořili

Zdroj: vlastní výzkum

A. Psychické týrání

Záměrná nespolupráce

Zaměstnanci uvádí, že někteří klienti nedostatečně spolupracují, často chtějí mít všechno hned, chtějí mít sestru pro sebe a nerespektují potřeby druhých. To vyvolává podle nich často konflikty. Zaměstnanci přímé péče vypovídají o tom, že s některými klienty je špatná domluva při plánování péče, někteří klienti záměrně dělají naschvály a neustále si stěžují. Naopak mají zkušenosti také s klienty, kteří spolupracují s ošetrovatelským personálem velmi dobře. Ti jsou podle nich také u zaměstnanců oblíbenější a s péčí více spokojeni.

Slovní agrese

Většina zaměstnanců přímé péče se často setkává se sprostým nadáváním klientů. Tyto nadávky směřují vůči nim: „...prostě tu sestru neskutečně sjede. A když vás za den sjede deset lidí nebo desetkrát jedna obyvatelka, které jste vůbec nic neudělala, je to někdy problém.“, „...když řve takový člověk, že tamta sestra je kráva nebo něco, sestřičce řekne, ta kráva ať už tady nechodí.“ Zaměstnanci to vnímají jako neúctu od klientů. Někteří zaměstnanci se brání tím, že na chvíli odejdou, aby se klient i oni uklidnili. Takového jednání si všimli i někteří klienti: „...někteří jsou sprostí, sestřičkám nadávají až handba.“ (Bužgová, Ivanová, 2007, s. 67).

Psychický nátlak

Někteří zaměstnanci přímé péče vnímají velký psychický nátlak a to **vyhrožování klientů** stížnostmi: „Bylo nám vyhrožováno obyvatelkami, že nás udají na policii.“, „...mi řekla, že

mě prostě zničí....“ Většina zaměstnanců uvádí, že klienti si stěžují neustále. Všimli si také toho, že někteří klienti potom mají radost z toho, že sestra udělá nějakou chybu a mohou si na ni stěžovat, někdy si stěžují i neoprávněně: „...ona mi dala moc studený pudink, ona mi dala méně polévky, ona mě nemá ráda.“ Zaměstnanci přímé péče potom mají strach, zda jim bude vedení věřit, že k danému jednání nebo k pochybení nedošlo: „...to je potom hrozné, když vás úmyslně falešně obviní.“ Někteří klienti si také uvědomují, že k takovému jednání dochází. Jeden klient to vyjadřuje slovy: „To není taky správné, aby ta sestra tady se bála toho, že jí tu vyhodí, když si na ni někdo stěžuje.“

B. Fyzické týrání

Fyzické napadení

Mnoho zaměstnanců přímé péče má také zkušenosti s fyzickým napadením od klientů: „...prostě vás štípnou, hodí po vás něco, dostanete ránu...“, „...byli jsme aj fackováni.“, „...vlastně na noční tady jedna paní šla nožem na jednu sestru.“, „...napadl mě klient na elektrickém vozíku, přepnul si rychlost na nejvyšší a rozjel se proti mě...“ Fyzicky napadeni byli zaměstnanci přímé péče často od dementních klientů. Tuto situaci hodnotí zaměstnanci příznivěji, protože vědí, že dementní klienti si mnohdy důsledky svého chování neuvědomují. Hůře situaci vnímají u klientů, kteří dementní nejsou: „...když to jsou dementní lidi, kteří vlastně neví, tak to člověk bere normálně, ty lidi máte většinou ráda. Ale jsou tady lidi, kteří jsou takový zlý a to je hrozné.“

2. Přístup klientů k ostatním klientům

Tab. 5 ukazuje kategorie a podkategorie přístupu klientů k ostatním klientům vytvořených z analýzy životních zkušeností participantů a výskyt zkušeností u jednotlivých výzkumných skupin.

Tab. 5 Hodnocení fenoménu: přístup klientů k ostatním klientům

Kategorie Podkategorie	Manažeři	Pracovníci přímé péče	Ostatní zaměstnanci	Klienti	Analýza stížností
A. Konflikty	-	+	+	+	+
B. Psychické týrání					
✓ slovní agrese	-	+	+	+	+
✓ nedostatek úcty a respektu	-	+	+	+	+
C. Fyzické týrání					
✓ fyzické napadení	-	+	+	+	+

+ participanti o daném tématu hovořili, - participanti o daném tématu nehovořili

Zdroj: vlastní výzkum

A. Konflikty

Zaměstnanci na všech úrovních uvádějí, že ke konfliktům mezi klienty dochází často. Nejčastější příčinou konfliktů podle nich jsou vícelůžkové pokoje. Dále udávají, že více konfliktů nastává mezi ženami. Klienti také přiznávají, že ke konfliktům na vícelůžkových pokojích dochází často: „...jeden chce televizi a druhý ji nechce, jeden chce otevřít okno a druhý nechce....“ Konflikty mezi klienty se vyskytují i ve společných prostorách.

Podle zaměstnanců konflikty způsobují také dementní obyvatelé, kteří mohou omezovat druhé. Neorientují se, nevědí, kde je jejich pokoj a chodí i do cizích pokojů, to samozřejmě ostatním vadí. Toto bylo zjevné i z analýzy stížností: „...neustálá hlasitá samomluva spolubydlící, brání odpočinku, spánku a jinak negativně působí na psychiku mé matky.“

B. Psychické týrání

Slovní agrese

Téměř všichni zaměstnanci přímé péče a většina klientů vypovídala o tom, že mnoho konfliktů mezi klienty vyústí ve slovní agresi, kdy na sebe klienti křičí a sprostě si nadávají.

Nedostatek úcty a respektu

Zaměstnanci přímé péče uvádí, že někteří klienti si vzájemně projevují neúctu a nerespektují se navzájem: „...strašně jí dělá dobře, může-li někomu udělat nějakou zlomyslnost, nějak člověka ponížit...“ Dále si dělají vzájemně naschvály nebo se pomlouvají: „Při umývání

značně postříká zem kolem umyvadel a hadr na utírání ukryje, aby ho nikdo nenašel....“ , „...obě klientky si dělají schválnosti, které se týkají bouchání dveří, hrkání s invalidním vozíkem či zavírání skříní.“

C. Fyzické týrání

Fyzické napadení

Zaměstnanci jsou také svědky fyzického napadení mezi klienty. To charakterizují slova: *„...dostala pěstí do oka a ručníkem po tváři, když jsme přišli na pokoj měla monokl a poškrábanou tvář...“* Fyzické napadení pozorují zaměstnanci u mužů i u žen, někdy si vyžádá i lékařské ošetření: *„...spolubydlící ho zbil, takže tam bylo nějaké pohmoždění žeber, tržná rána na hlavě, otřes mozku...“*. Pachatele fyzického násilí jsou podle výpovědi zaměstnanců často klienti s psychickými problémy. V jednom případě se jednalo také o bití manželky manželem na společném pokoji. O fyzickém napadení mluví také klienti: *„...je schopná vás napadnout i fyzicky, co se mi také stalo. Měla jsem zhmožděnou ruku několik dnů.“*

4.2 Vytvoření výzkumných otázek a hypotéz pro kvantitativní výzkum

Cílem pilotní studie bylo vytvoření hypotéz a designu kvantitativního výzkumu. Na základě vytvořených vybraných fenoménů, kategorií a podkategorií kvalitativního výzkumu (viz Tab. 6) a zahraničních výzkumů (Saveman, 1999; Pillemer, Moore, 1990) byly vytvořeny výzkumné otázky a dále vytvořeny a operacionalizovány hypotézy, které byly ověřeny kvantitativním výzkumem.

Tab. 6 Vybrané fenomény a kategorie pro vytvoření výzkumných otázek a hypotéz

Významová dimenze	Fenomén	Kategorie
Chování zaměstnanců přímé péče ke klientům	formy nevhodného zacházení	finanční zneužívání psychické týrání tělesné týrání zanedbání péče
	příčiny nevhodného zacházení	charakter zařízení charakteristika zaměstnanců charakteristika klienta
Chování rodinných příslušníků	přístup rodiny ke klientům	psychické týrání finanční zneužívání
Chování klientů	přístup klientů k zaměstnancům	psychické týrání fyzické týrání
	přístup klientů k ostatním klientům	konflikty psychické týrání fyzické týrání

Zdroj: vlastní výzkum

1. Výzkumné otázky

U každé výzkumné otázky je uvedeno číslo vytvořené hypotézy.

A. Rozsah týrání v DpS:

Jaký je rozsah týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů zaměstnanci přímé péče v DpS?
(H1, H2)

Kdo se podílí na týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v DpS? (H4, H5)

Jaký je rozdíl mezi hodnocením rozsahu násilného chování zaměstnanců přímé péče klienty DpS a zaměstnanci přímé péče? (H3)

Existuje rozdíl mezi hodnocením rozsahu násilného chování sebe a hodnocením násilného chování ostatních zaměstnanců přímé péče? (H1, H2)

B. Formy týrání v DpS:

Jaké formy týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů se v těchto zařízeních vyskytují a k jakým formám týrání dochází v těchto zařízeních nejčastěji ze strany zaměstnanců přímé péče, rodinných příslušníků a klientů? (H6, H7, H8)

C. Příčiny týrání v domovech pro seniory:

Výzkumné otázky (hodnocení seniorů):

Jaká je charakteristika klientů, kteří jsou nejčastěji obětí násilí ze strany zaměstnanců přímé péče? (H9, H10)

Má vliv frekvence návštěv rodinných příslušníků na týrání, zneužívání a zanedbávání seniora? (H9)

Výzkumné otázky (hodnocení personálu):

Jaká je charakteristika pracovníků, kteří jsou schopni týrat seniory? (H11)

Výzkumné otázky (vliv pracovního prostředí):

Má vliv spokojenost zaměstnanců přímé péče s pracovním prostředím a pracovními podmínkami na výskyt týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů? (H12)

2. Hypotézy

A. Rozsah týrání v DpS

Pro vytvoření hypotéz byly použity následující fenomény: formy nevhodného zacházení, přístup rodiny ke klientům, přístup klientů k zaměstnancům přímé péče, přístup klientů k ostatním klientům. Pro stanovení těchto hypotéz byla použita také odborná literatura (Saveman, 1999).

H 1 – Svědkem týrání klientů zaměstnanci přímé péče v posledním roce bude méně než 11 % respondentů.

H 2 – K týrání klientů v posledním roce se přizná méně než 2 % zaměstnanců přímé péče.

H 3 – Hodnocení rozsahu týrání klientů v DpS se u zaměstnanců a klientů liší.

H 4 – Rodinní příslušníci a klienti se podílejí na týrání klientů častěji než zaměstnanci přímé péče.

H 5 – Klienti se podílejí na týrání zaměstnanců přímé péče častěji než zaměstnanci přímé péče na týrání klientů.

Operacionální definice:

Za **týrání** klientů v hypotéze je považováno uvedení alespoň jedné následující formy: psychické týrání, tělesné týrání, sexuální zneužívání, finanční zneužívání a zanedbání péče.

B. Formy týrání v DpS

Pro vytvoření hypotéz byly použity následující fenomény: formy nevhodného zacházení, přístup rodiny ke klientům, přístup klientů k zaměstnancům přímé péče.

H 6 - Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat klienty psychicky než fyzicky, finančně nebo sexuálně.

H 7 – Rodinní příslušníci budou častěji finančně zneužívat klienty než je týrat fyzicky, psychicky nebo sexuálně.

H 8 – Klienti budou zaměstnance přímé péče týrat častěji fyzicky než psychicky, finančně nebo sexuálně.

Operacionální definice:

Za **fyzické týrání** je považováno uvedení alespoň jedné následující formy chování: tlačení nebo násilné popadení, pokus o udeření klienta rukou, uhození klienta rukou, umytí klienta studenou vodou, nadměrné použití omezovacích prostředků, odpírání výhod nebo jídla jako součást trestu, hození předmětem po klientovi, kopnutí klienta, udeření klienta předmětem.

Za **psychické týrání** je považováno uvedení alespoň jedné následující formy: křičení, zdětinšťování, záměrné ignorování, záměrné vypínání signalizačních zařízení, záměrné neuspokojení přání klienta, nepřiměřené omezování nebo zákaz pohybu, slovní urážení, vyhrožování, vydávání hrubých rozkazů, záměrná izolace, ponižování klienta.

Za **finanční zneužívání** je považováno neoprávněné prisvojování si majetku nebo důchodu klienta. Za **sexuální zneužívání** je považováno znásilnění, osahávání, sexuální obtěžování, sprosté nebo necudné jednání.

C. Příčiny týrání v DpS

Hodnocení seniorů

Pro vytvoření hypotéz byl použit fenomén - příčiny nevhodného zacházení (kategorie charakteristika klienta).

H 9 - Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat klienty, kteří se vyznačují určitou sociální charakteristikou.

Operacionální definice:

Určitá **sociální charakteristika** klienta je definována jako věk, pohlaví, vzdělání, sociální podpora (častost návštěv), povahové vlastnosti a spokojenost s DpS.

Pracovní hypotézy:

- a) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, které rodina navštěvuje maximálně jednou měsíčně než seniory, které mají častější návštěvy.
- b) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, kteří mají nižší než střední vzdělání než seniory, kteří mají střední a vyšší vzdělání.
- c) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat ženy než muže.
- d) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, kteří jsou konfliktní než seniory, kteří jsou nekonfliktní.
- e) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, kteří jsou nespokojeni s DpS než seniory, kteří jsou spokojeni.

H 10 - Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat klienty, kteří se vyznačují určitou zdravotní charakteristikou.

Operacionální definice:

Určitá **zdravotní charakteristika** klienta je definována jako míra soběstačnosti, přítomnost demence a péče psychiatra.

Pracovní hypotézy:

- a) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, kteří potřebují pomoc alespoň v jedné základní denní potřebě (jídlo, oblékání, hygiena, WC, chůze) než seniory, kteří tuto pomoc nepotřebují.
- b) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, kteří trpí demencí než seniory, kteří demencí netrpí.
- c) Zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat seniory, kteří jsou v péči psychiatra než seniory, kteří v péči psychiatra nejsou.

Hodnocení personálu

Pro vytvoření hypotéz byl použit fenomén příčiny nevhodného zacházení (kategorie charakteristika zaměstnanců).

H 11 – Na týrání klientů se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče s určitými charakteristikami než zaměstnanci, kteří se těmito charakteristikami nevyznačují.

Operacionální definice:

Určitá **charakteristika zaměstnance** je definována jako věk, vzdělání, povahové vlastnosti, rodinný stav, délka praxe, míra syndromu vyhoření a osobní motivace k práci, osobní problémy.

Pracovní hypotézy:

- a) Na týrání klientů se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají méně než 35 let.
- b) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají nižší vzdělání než střední než zaměstnanci se střední a vyšším vzděláním.
- c) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří nemají vzdělání ve zdravotně sociální oblasti než zaměstnanci, kteří toto vzdělání mají.
- d) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají společné povahové vlastnosti než zaměstnanci, kteří tyto povahové vlastnosti nemají.

- e) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají vysokou míru skóre vyhoření než zaměstnanci, kteří nemají vysokou míru skóre vyhoření.
- f) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří pracují se seniory více než 5 let než zaměstnanci, kteří pracují se seniory méně než 5 let.
- g) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají osobní nebo rodinné problémy než zaměstnanci, kteří tyto problémy nemají.
- h) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci, kteří nemají osobní motivaci k práci než zaměstnanci, kteří tuto motivaci mají.

Pracovní podmínky

Pro vytvoření hypotéz byl použit fenomén příčiny nevhodného zacházení (kategorie charakter zařízení).

H 12 – Na týrání klientů se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří nejsou spokojeni s pracovním prostředím.

Operacionální definice:

Spokojenost s pracovním prostředím je definována jako spokojenost s motivací vedoucími pracovníky, s pracovními podmínkami, s průměrným platem, dále vnímání stresu na pracovišti, časového tlaku při práci a konfliktů na pracovišti.

Pracovní hypotézy:

- a) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří se necítí být motivováni k práci vedoucími pracovníky než zaměstnanci, kteří se cítí být motivováni vedoucími pracovníky.
- b) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří jsou nespokojeni s pracovními podmínkami než zaměstnanci, kteří jsou s těmito podmínkami spokojeni.
- c) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří jsou nespokojeni se svým průměrným platem, než zaměstnanci, kteří jsou se svým průměrným platem spokojeni.

- d) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří považují své zaměstnání za velmi stresující než zaměstnanci, kteří své zaměstnání za velmi stresující nepovažují.
- e) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají časový tlak při práci než zaměstnanci, kteří tento časový tlak nemají.
- f) Na týrání se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří mají konflikty na pracovišti než zaměstnanci, kteří tyto konflikty nemají.

4.3 Výsledky kvantitativního výzkumu

Výsledky výzkumu byly vyhodnocovány ve čtyřech oblastech a to sociodemografické charakteristiky respondentů, rozsah týrání, formy týrání a příčiny týrání.

4.3.1 Sociodemografické charakteristiky respondentů

A. Zaměstnanci přímé péče

Výzkumu se zúčastnilo celkem 454 respondentů – zaměstnanců přímé péče, z nichž bylo 260 z DpS města Ostravy a 194 z DpS Moravskoslezského kraje. Téměř všichni respondenti (97 %) byli ženy. Nejvíce respondentů bylo ve věku 36 let a více, naopak nejmenší skupinu tvořili respondenti ve věku do 25 let (viz Tab. 7).

Tab. 7 Věkové rozložení souboru - zaměstnanci přímé péče

Věk	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 – 25 let	15	6	8	4	23	5
26 - 35 let	49	19	43	22	92	20
36 – 45 let	107	41	69	36	176	39
46 let a více	88	34	69	36	157	35
nevedli	1	0	5	2	6	1
Celkem	260	100	194	100	454	100

Zdroj: vlastní výzkum

Rodinný stav respondentů uvádí Tab. 8. Děti mělo 383 (86 %) respondentů, z toho 65 (20 %) respondentů mělo jedno dítě, 219 (66 %) respondentů mělo dvě děti, 40 (12 %) respondentů mělo 3 děti a 6 (2 %) respondentů mělo čtyři děti.

Tab. 8 Rodinný stav respondentů - zaměstnanci přímé péče

Rodinný stav	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
svobodná	36	14	27	14	63	14
vdaná	154	60	120	62	274	60
rozvedená	62	24	36	18	98	22
vdova	4	1	3	2	7	1
neuvědli	4	1	8	4	12	3
Celkem	260	100	194	100	454	100

Zdroj: vlastní výzkum

Nadpoloviční většina (78 %) respondentů měla střední odborné vzdělání, více než desetina (14 %) respondentů měla pouze základní vzdělání, nejméně bylo zastoupeno vysokoškoláků (viz Tab. 9). Jedna čtvrtina respondentů (25 %) byly registrované všeobecné sestry, 55 % respondentů mělo jiné vzdělání v zdravotně-sociální oblasti a 20 % respondentů nemělo žádné vzdělání ve zdravotně sociální oblasti (viz Tab. 10).

Tab. 9 Vzdělání respondentů – zaměstnanci přímé péče

Vzdělání	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
základní	34	13	30	15	64	14
střední odborné	207	80	146	75	353	78
vyšší odborné	10	4	11	6	21	5
vysokoškolské	8	3	7	4	15	3
neuvědli	1	0	0	0	1	0
Celkem	260	100	194	100	454	100

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 10 Typ vzdělání respondentů – zaměstnanci přímé péče

	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
registrované sestry	63	24	51	26	114	25
jiné vzdělání v oboru*	142	55	106	55	248	55
- geriatric (bc.)	4	3	0	0	4	2
- certifikovaný kurz	66	46	63	59	129	52
- ošetřovatelka	65	46	36	34	101	41
- rehabilitační prac.	1	1	2	2	3	1
- sociální pracovník	6	4	5	5	11	4
bez vzdělání v oboru	55	21	37	19	92	20
Celkem	260	100	194	100	454	100

*ve zdravotní nebo sociální oblasti

Zdroj: vlastní výzkum

Délka praxe zaměstnanců byla vysoká. Nejčastěji pracovali v DpS respondenti více než 9 let (38 %) a naopak nejméně (14 %) méně než jeden rok (viz Tab. 10).

Tab. 11 Délka praxe se seniory – zaměstnanci přímé péče

Délka praxe	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1 rok a méně	29	11	33	17	62	14
2 – 4 roky	69	27	37	19	106	23
5 – 8 let	68	26	45	23	113	25
9 let a více	93	36	79	41	172	38
nevedli	1	0	0	0	1	0
Celkem	259	100	194	100	454	100

Zdroj: vlastní výzkum

B. Klienti

Výzkumu se zúčastnilo celkem 488 klientů, z nichž bylo 203 z DpS města Ostravy a 285 z DpS Moravskoslezského kraje. Ze sociodemografických charakteristik jsme sledovali věk (viz Tab. 12), pohlaví (viz Tab. 13), délku pobytu v DpS (viz Tab. 14) a soběstačnost klienta (viz Tab. 15).

Tab. 12 Věkové rozložení souboru - klienti

Věk	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
60 – 75 let	36	18	98	34	134	28
76 - 85 let	112	55	134	47	246	50
86 let a více	54	27	50	18	104	21
nevedli	1	0	3	1	4	1
Celkem	203	100	285	100	488	100

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 13 Pohlaví - klienti

Pohlaví	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
muž	47	23	76	27	123	25
žena	156	77	209	73	365	75
Celkem	203	100	285	100	488	100

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 14 Délka pobytu v DpS - klienti

Délka pobytu	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
méně než 1 rok	60	30	99	35	159	33
2 - 4 roky	65	32	79	28	144	30
5 – 10 let	47	23	77	27	124	25
více než 10 let	27	13	28	9	55	11
nevedli	4	2	2	1	6	1
Celkem	203	100	285	100	488	100

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 15 Hodnocení soběstačnosti - klienti

Věk	DpS města Ostravy		DpS Ms kraje		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
soběstačný	114	56	148	52	262	54
částečně soběst.	78	38	107	38	185	38
nesoběstačný	11	6	30	10	41	8
Celkem	203	100	285	100	488	100

Zdroj: vlastní výzkum

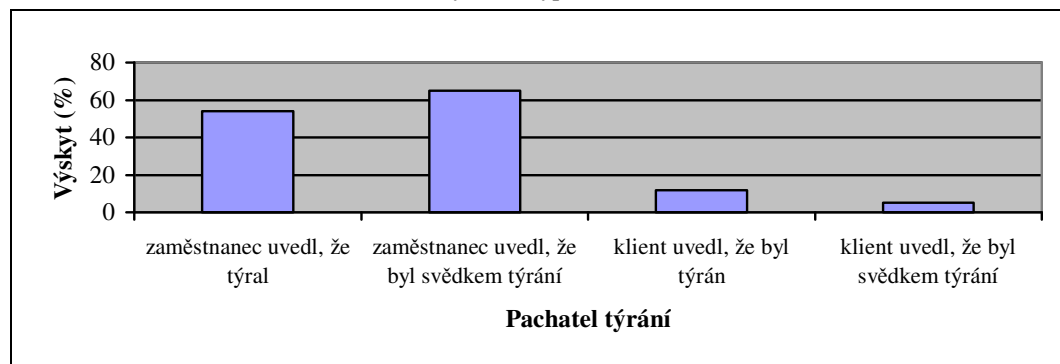
Další oblastí zájmu byla rodinná situace klientů a frekvence návštěv rodinných příslušníků. 78 % klientů uvedlo, že má děti. Z toho 11 % klientů uvedlo, že je děti vůbec nenavštěvují. Nejvíce 49 % klientů uvedlo, že je rodinní příslušníci navštěvují často (minimálně jednou týdně), 22 % klientů uvedlo, že jsou navštěvováni rodinou dvakrát až třikrát za měsíc. Méně než jednou měsíčně uvedlo návštěvy rodiny 18 % klientů.

4.3.2 Rozsah týrání v domovech pro seniory

Rozsah týrání klientů zaměstnanci přímé péče byl vyšší, než bylo předpokládáno. Zaměstnanci častěji uváděli, že byli svědky nevhodného chování než pachatelé. Více než polovina (54 %) zaměstnanců přímé péče se přiznala v posledním roce, že se alespoň jednou dopustila některé z uvedených forem nevhodného zacházení. 65 % zaměstnanců přímé péče bylo svědkem nevhodného chování ke klientům jiného zaměstnance. Hypotéza H1 a H2, která ověřovala, zda svědkem týrání klientů v posledním roce bude méně než 11 % zaměstnanců přímé péče a méně než 2 % zaměstnanců se přizná k takovému chování, se nepotvrdila.

Hodnocení rozsahu týrání klientů zaměstnanci přímé péče se ve výpovědích **klientů a zaměstnanců** výrazně lišilo. To ověřovala hypotéza H3, která se tedy potvrdila ($p = 0,000$). Z analýzy výsledků (viz Graf 1 a příl. 5 a 6) je patrné, že zaměstnanci přímé péče měli větší ochotu vypovídat o nevhodném zacházení se seniory než klienti.

Graf 1 Hodnocení rozsahu týrání z výpovědi klientů a zaměstnanců (v %)

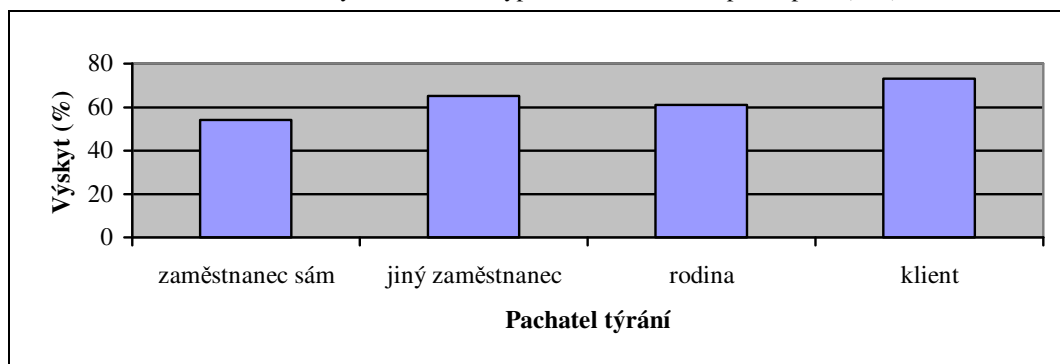


Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkušeností při provádění standardizovaných rozhovorů s klienty byly zřejmé tři skupiny klientů. Určitá část dotazovaných klientů, byla s péčí v domově skutečně spokojená a s nevhodným chováním zaměstnanců se nesešla. Část klientů byla již s péčí v domově spokojena méně. Klienti se pravděpodobně s nevhodným zacházením setkali, ale informace nechtěli sdělit. Někteří to vyjádřili slovy: „...já vám nic neřeknu, protože by se mě to mohlo nevyplatit“. Někteří tito klienti nebyli ochotni odpovídat na některé otázky, přestože byli opakovaně ujištěni o anonymitě. Poslední a nejmenší skupinu tvořili klienti, kteří sdělili, že se s nevhodným zacházením setkali.

Nejčastěji zaměstnanci i klienty udávaným pachatelem týrání byli **samotní klienti**. 73 % zaměstnanců bylo svědkem nevhodného chování klientů k sobě navzájem a 61 % zaměstnanců bylo svědkem nevhodného chování rodinných příslušníků ke klientům. Hypotéza H4, která ověřovala, zda rodinní příslušníci a klienti se podílejí na týrání klientů častěji než zaměstnanci přímé péče, se potvrdila pouze v případě klientů. Zaměstnanci přímé péče uvedli, že byli častěji svědky špatného zacházení s klienty ze strany svých kolegů než ze strany rodinných příslušníků. Graf 2 uvádí výpovědi zaměstnanců o výskytu týrání klientů, kdy pachatelé týrání byli sami zaměstnanci přímé péče, jiní zaměstnanci, rodinní příslušníci nebo samotní klienti.

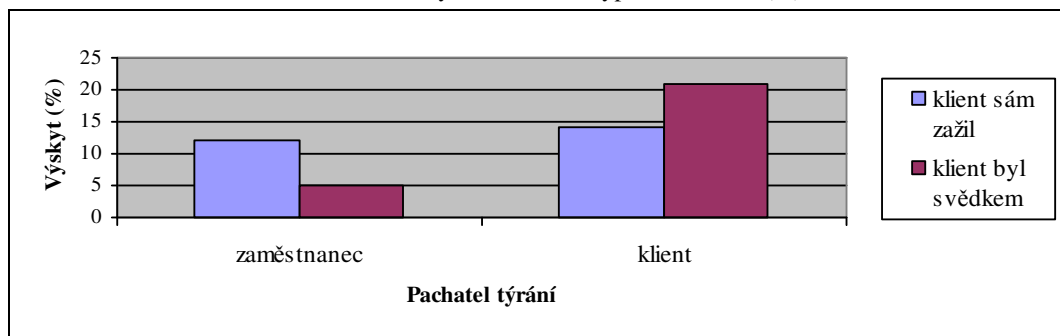
Graf 2 Rozsah týrání klientů z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Klienti častěji uváděli, že byli obětí týrání nebo svědky týrání jiného klienta jiným klientem než zaměstnancem přímé péče. Graf 3 uvádí výpovědi klientů o výskytu týrání, kdy pachateli týrání byli zaměstnanci přímé péče nebo jiní klienti.

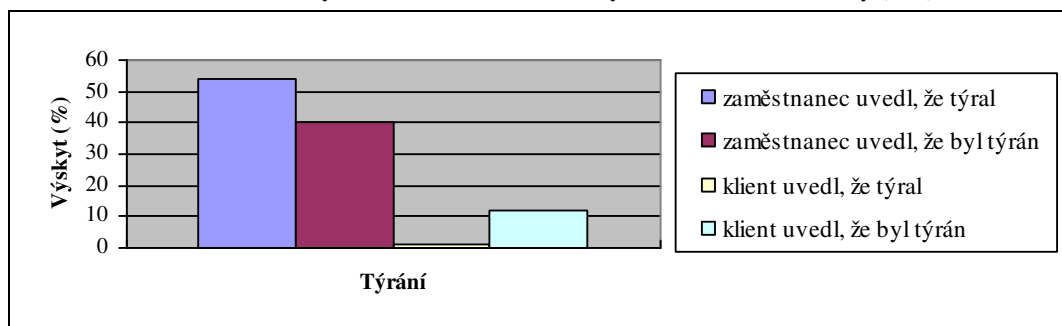
Graf 3 Rozsah týrání klientů z výpovědi klientů (%)



Zdroj: vlastní výzkum

Dále jsme zjišťovali, zda klienti jsou také pachateli násilí na zaměstnancích. 40 % zaměstnanců uvedlo, že se cítili v posledním roce alespoň jednou týrán ze strany klientů. K týrání zaměstnanců se přiznalo pouze 0,4 % klientů, svědkem týrání zaměstnanců jiným klientem bylo 4 % klientů. Hypotéza H 5, která ověřovala, zda se klienti podílejí na týrání zaměstnanců častěji než zaměstnanci na týrání klientů, se z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů nepotvrdila (viz Graf 4).

Graf 4 Srovnání týrání klientů zaměstnanci a týrání zaměstnanců klienty (v %)



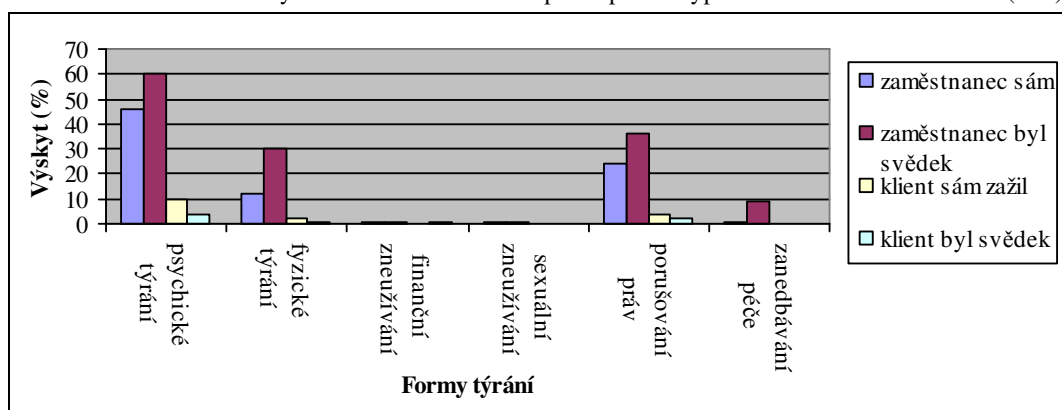
Zdroj: vlastní výzkum

4.3.3 Formy týrání v domovech pro seniory

Formy týrání byly vyhodnoceny ve třech hlavních oblastech: a) fyzické týrání, b) psychické týrání, c) ostatní formy týrání (porušování práv klientů, sexuální zneužívání, zanedbání péče, finanční zneužívání). Celkový přehled výsledků jednorázových i opakovaných činů nevhodného chování ke klientům je uvedeno v příloze 7 a 8.

Graf 5 ukazuje, že **zaměstnanci** se nejčastěji přiznali nebo byli svědky **psychického týrání** klienta jiným zaměstnancem. Klienti také uvedli jako nejčastější formu týrání ze strany zaměstnanců přímé péče týrání psychické. Hypotéza H6, která ověřovala, zda zaměstnanci přímé péče budou častěji týrat klienty psychicky než fyzicky, finančně nebo sexuálně, se tedy potvrdila ($p = 0,004$).

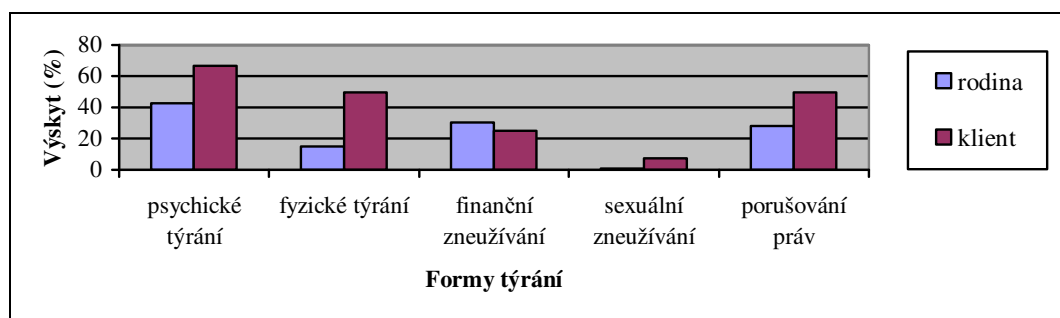
Graf 5 Hodnocení forem týrání klientů zaměstnanci přímé péče z výpovědi klientů a zaměstnanců (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Nebyla však potvrzena hypotéza H7, která předpokládala, že rodinní příslušníci budou častěji klienty zneužívat finančně než je týrat fyzicky, psychicky nebo sexuálně. Zaměstnanci uvedli, že nejčastěji se rodinní příslušníci dopouštějí psychického týrání klientů (viz Graf 6). Také klienti se podle výpovědi zaměstnanců nejčastěji dopouštěli psychického týrání.

Graf 6 Rozsah týrání klientů jinými klienty a rodinou z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

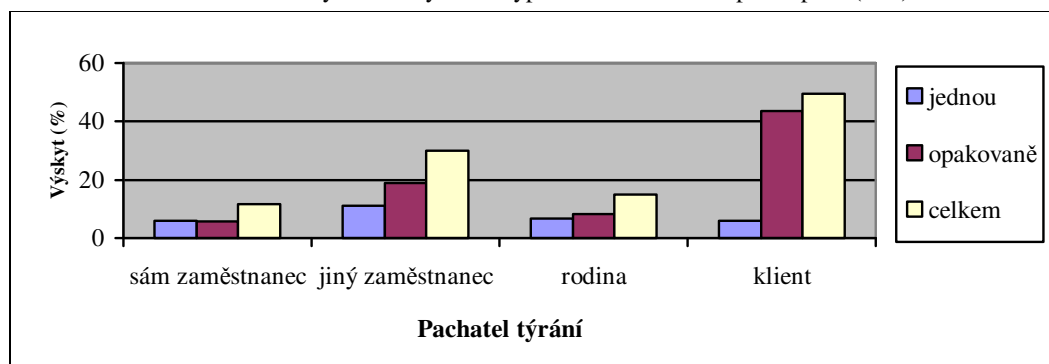
Hypotéza H8 ověřovala, zda se klienti dopouštějí častěji fyzického násilí na zaměstnancích než psychického, finančního nebo sexuálního zneužívání. Fyzické násilí ze strany klientů uvedlo 32 % zaměstnanců přímé péče, psychické násilí uvedlo 9 % zaměstnanců, sexuální obtěžování uvedlo pouze 4 % zaměstnanců. Finančně zneužito se cítilo 0,4 % zaměstnanců. K psychickému týrání zaměstnanců se přiznalo pouze 0,4 % klientů. Svědkem psychického týrání zaměstnanců jiným klientem bylo 4 % klientů. Jiné formy týrání zaměstnanců ze strany klientů klienti neuvedli. Hypotéza H8 se tedy z výpovědi zaměstnanců přímé péče potvrdila ($p = 0,001$), klienti častěji týrali zaměstnance fyzicky než psychicky, finančně či sexuálně.

A. Fyzické týrání

K fyzickému násilí se v posledním roce přiznalo 12 % zaměstnanců, 50 % z nich uvedlo opakované fyzické násilí (viz Graf 7). Svědkem fyzického násilí jiného zaměstnance bylo 30 % zaměstnanců, 63 % z nich uvedlo násilí opakované. Fyzické násilí ze strany rodinných příslušníků uvedlo 15 % zaměstnanců, ze strany klientů samotných téměř 50 % zaměstnanců. Pouze necelé 2 % klientů uvedlo, že zažili sami

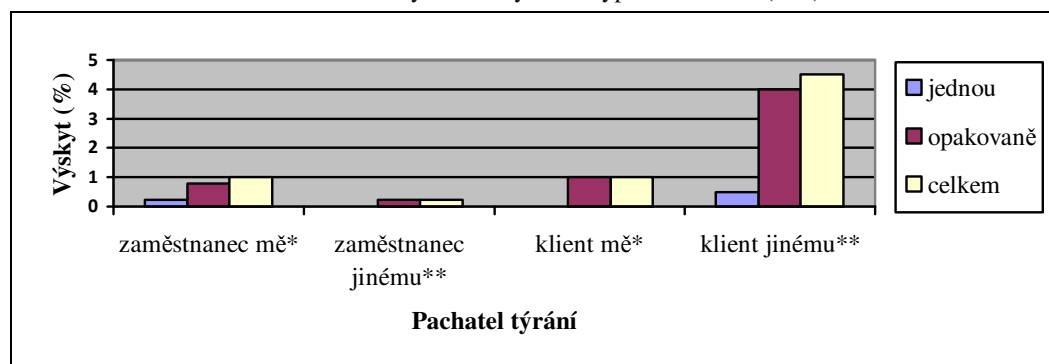
fyzické násilí ze strany zaměstnanců přímé péče, méně než 1 % klientů bylo svědkem fyzického násilí zaměstnance u jiného klienta. Téměř 2 % klientů zažilo fyzické týrání ze strany jiných klientů a 3 % klientů bylo svědkem fyzického týrání klienta jiným klientem (viz Graf 8).

Graf 7 Rozsah fyzického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 Rozsah fyzického týrání z výpovědi klientů (v %)



*zaměstnanec/klient mě – klient uvedl, že byl týrán zaměstnancem/klientem, **zaměstnanec/klient jinému - klient byl svědkem, že se zaměstnanec/klient týral jiného klienta

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 16 ukazuje uvedené formy fyzického týrání (respondenti mohli uvést více možností). Nejčastější formou fyzického týrání ze strany zaměstnanců bylo tlačení nebo násilné popadení a pokus o udeření klienta rukou. K uhození klienta rukou se přiznalo 3 % zaměstnanců, svědkem takového chování bylo 9 % zaměstnanců. 11 % zaměstnanců bylo svědkem nadměrného používání omezovacích prostředků u jiného zaměstnance.

Zaměstnanci uvedli, že také rodinní příslušníci a klienti se nejčastěji dopouštěli tlačení nebo násilného popadení klientů, svědkem uhození klienta rukou rodinným příslušníkem bylo 6 % zaměstnanců. Téměř třetina zaměstnanců byla svědkem uhození klienta rukou jiným klientem, hození předmětem po jiném klientovi nebo uhození předmětem.

Zaměstnanci přímé péče vyjádřili fyzické týrání klientů zaměstnancem ve volné otázce takto: „...hrozný způsob krmení klienta v terminálním stádiu...“, „...hrubé cloumání s klientem...“. Uvedli také nevhodné chování ke klientům ze strany rodinných příslušníků: „...dcera dala mamince pohlavek...“, „...při krmení matky jí drží za nos, aby mu otevřela pusu...“ a jiných klientů: „...klient svého souseda mlátil francouzskou holí...“.

Tab. 16 Formy fyzického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů (v %)

Formy fyzického týrání	Výpověď zaměstnanců				Výpověď klientů			
	Pachatel				Pachatel			
	zaměst.	jiný zaměst.	rodina	klient	zaměst. mě*	zaměst. jinému**	klient mě*	klient jinému**
Tlačení nebo násilné popadení	5,3	19,6	10,4	33,3	0,2	0,0	0,4	2,3
Pokus o udeření klienta rukou	3,7	9,9	4,4	31,3	0,0	0,0	0,0	0,2
Uhození klienta rukou	3,3	9,0	6,0	33,3	0,2	0,0	0,8	1,2
Umytí klienta studenou vodou	3,1	4,2	---	---	0,8	0,4	---	---
Nadměrné použití omezovacích prostředků	2,0	11,2	---	---	0,0	0,2	---	---
Odpírání jídla nebo výhod jako součást trestu	1,8	5,3	---	---	0,0	0,0	---	---
Hození předmětem po klientovi	0,4	1,3	1,1	29,5	0,0	0,0	0,2	0,2
Kopnutí klienta	0,2	0,7	0,7	18,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Udeření klienta předmětem	0,2	1,3	1,3	22,9	0,0	0,0	0,2	0,4

zaměst. – zaměstnanec, * sám klient uvedl, že zažil takové chování, **klient uvedl, že byl svědkem takového chování k jinému klientovi

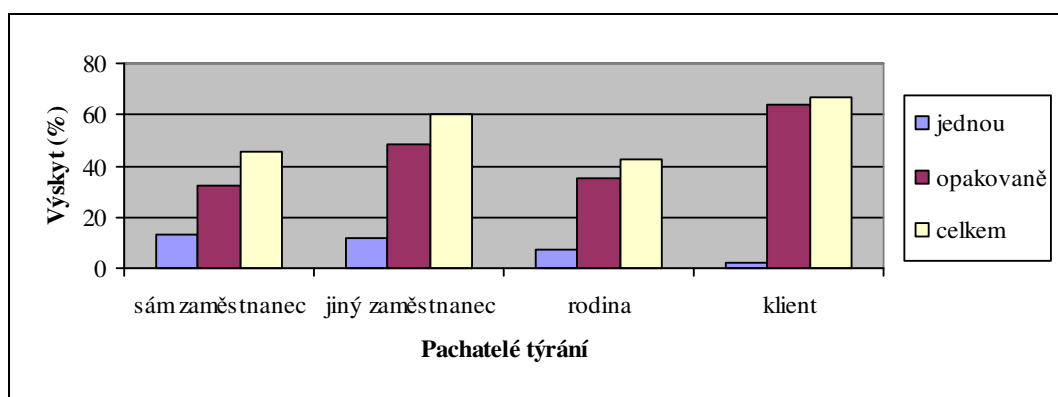
Zdroj: vlastní výzkum

B. Psychické týrání

Nejvíce respondentů – zaměstnanců uvedlo, že bylo svědkem psychického týrání klientů ze strany jiných klientů (67 %), dále ze strany svých kolegů (60 %). Téměř

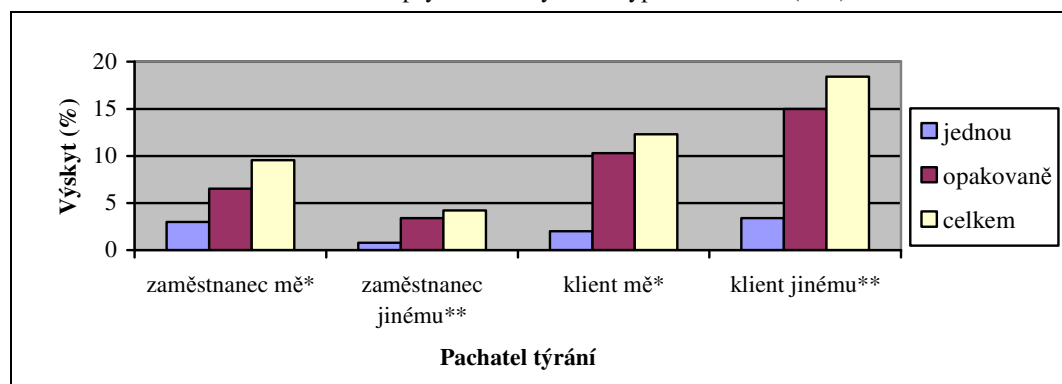
polovina (46 %) zaměstnanců uvedla, že se alespoň jednou v posledním roce dopustila na klientech psychického násilí, 70 % z nich opakovaně. 43 % respondentů bylo svědkem psychického týrání ze strany rodinných příslušníků (viz Graf 9). Výpověď klientů byla mírnější. Zkušenosti s psychickým týráním ze strany zaměstnanců uvedlo pouze 10 % klientů, svědkem psychického týrání jiného klienta bylo 4 % respondentů. Zkušenost s psychickým týráním ze strany jiných klientů mělo 12 % respondentů, svědky takového chování k jiným klientům uvedlo 18 % klientů (viz Graf 10).

Graf 9 Rozsah psychického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 Rozsah psychického týrání z výpovědi klientů (v %)



*zaměstnanec/klient mě – klient uvedl, že byl týrán zaměstnancem/klientem, **zaměstnanec/klient jinému - klient byl svědkem, že se zaměstnanec/klient týral jiného klienta

Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější formou psychického týrání ze strany zaměstnanců bylo křičení na klienty, zdětinšťování a záměrné ignorování. Zaměstnanci byli svědky, že rodinní příslušníci se nejčastěji dopouštěli zdětinšťování svých blízkých, klienti křičení, nadávání a slovního urážení. Přehled forem psychického týrání je uveden v Tab. 17.

Tab. 17 Formy psychického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů (v %)

Formy psychického týrání	Výpověď zaměstnanců				Výpověď klientů			
	Pachatel				Pachatel			
	zaměst.	jiný zaměst.	rodina	klient	zaměst. mě*	zaměst. jinému**	klient mě*	klient jinému**
Křičení	27,8	42,1	20,9	55,5	2,1	1,6	5,1	12,7
Zdětinšťování	18,5	32,8	25,1	12,6	0,8	1,0	0,0	0,0
Záměrné ignorování	13,7	21,1	12,8	10,5	1,0	0,0	0,8	1,0
Záměrné vypínání signalizačních zařízení	10,0	18,3	---	---	0,0	0,0	---	---
Nadávání	6,6	20,5	18,9	55,3	1,0	0,2	5,7	12,9
Záměrné neuspokojení přání klienta	6,4	16,5	12,6	---	1,4	0,2	0,4	0,4
Omezování nebo zákaz pohybu	6,0	13,0	---	---	0,4	0,0	---	---
Slovní urážení	5,1	20,0	13,2	52,2	3,3	1,6	4,1	8,0
Vyhrožování	3,7	14,1	9,3	32,8	0,4	0,2	1,0	2,5
Vydávání hrubých rozkazů	2,4	12,3	7,9	26,9	0,2	0,0	0,0	0,0
Záměrná izolace	1,1	4,0	---	---	0,2	0,0	0,4	0,2
Ponižování klienta	0,4	9,3	7,7	34,6	1,2	0,0	1,8	2,3

zaměst. – zaměstnanec, *sám klient uvedl, že zažil takové chování, **klient uvedl, že byl svědkem takového chování k jinému klientovi

Zdroj: vlastní výzkum

Ve volné otázce popisovali zaměstnanci přímé péče psychické týrání klientů zaměstnanci následujícím způsobem:

- „...při péči o jednoho konfliktního klienta sestra na něj „preventivně“ křičí, aby se bál a zaujal obranný postoj (ležící klient)...“
- „...záměrné odebrání osobní věci klientovi za trest...“
- „...psychické a manuální vydírání (využívání) klientky, která zvládala vše dobře, ale nechtěla se podílet na péči...“
- „...nadřazené, povýšené chování personálu ke klientům...“
- „...sestra si svůj vztek vylila na nevinné babičce – křičela na ni bez příčiny...“

Psychické týrání ze strany rodinných příslušníků popisovali takto:

- „...rodina není schopna pochopit, že klientka má Alzheimerovu chorobu...Přesvědčují ji, že je lenivá, křičí na ní, že si nic nepamatuje a tvrdí o ní, že je blbá...“
- „...ponižování klientky vlastním synem, že není pěkná, má škaredý účes, neslušné oblečení... přestože klientka chodí upravená, čistotná, dbá o svůj zevnějšek...“
- „...překvapuje mě strach dotknout se, strach z umírání svých příbuzných...“

Jeden zaměstnanec popisoval nevhodné chování klientů k sobě navzájem:

- „...máme zde klienty matka a syn, bydlí spolu na pokoji ... syn matku žduchal a za dva dny mu za trest načůrala do hrníčku...“.

C. Ostatní formy týrání

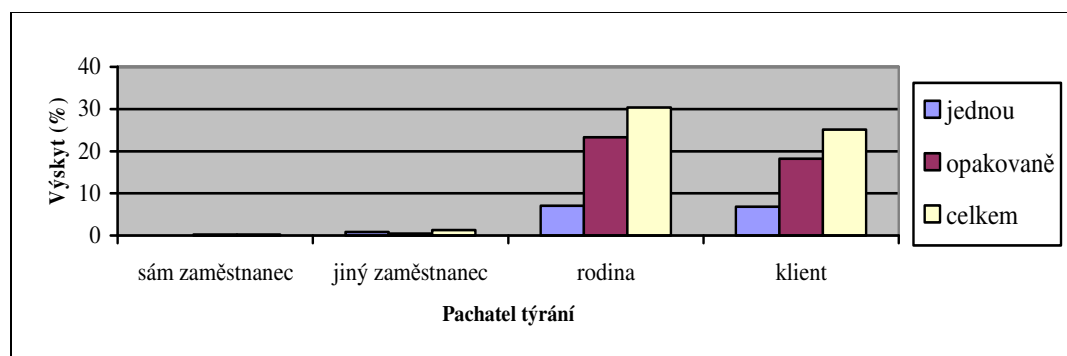
Zaměstnanci často uváděli jako nevhodnou formu chování **porušování práv klientů**. K porušování práv klientů se přiznalo 24 % zaměstnanců, 57 % z nich uvedlo opakované chování. Svědkem porušování práv klientů u jiného zaměstnance bylo 36 % zaměstnanců, 79 % z nich bylo svědkem opakovaného chování. Klienti uváděli porušování svých práv méně často. Pouze 4 % klientů uvedlo porušování svých práv ze strany zaměstnanců a 2 % uvedlo, že byli svědky takového chování u jiného klienta.

Jako porušování práv klientů zaměstnancem uvedli zaměstnanci snižování důstojnosti klienta nevhodnou komunikací, omezování možnosti spolurozhodovat se a účastnit se na péči a hrubé porušování soukromí klienta. Tab. 18 uvádí přehled uvedených forem porušování práv klientů.

Zaměstnanci byli také svědkem **finančního zneužívání** a to ze strany rodiny (30 %) a jiných klientů (25 %). K finančnímu zneužívání klientů se přiznalo 0,2 % zaměstnanců a 1 % zaměstnanců bylo svědkem takového chování u jiného zaměstnance (viz Graf 11).

Nejmenší výskyt byl zaznamenán u **sexuálního zneužívání** a **zanedbávání péče**. Z výpovědi klientů nebyli tyto formy téměř vůbec patrné. Pouze 0,7 % zaměstnanců se přiznalo k sexuálnímu zneužívání klientů a 0,7 % bylo svědkem takového chování u jiného zaměstnance. Téměř 8 % zaměstnanců bylo svědkem sexuálního zneužívání klienta jiným klientem. K zanedbání péče se přiznalo 1 % zaměstnanců a 9 % bylo svědkem.

Graf 11 Rozsah finančního zneužívání z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 18 Ostatní formy týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů (v %)

Ostatní formy týrání	Výpověď zaměstnanců Pachatel				Výpověď klientů Pachatel			
	zaměst.	jiný zaměst.	rodina	klient	zaměst. mě*	zaměst. jinému**	klient mě*	klient jinému**
• Porušování práv								
Nevhodná komunikace	11,2	26,9	21,8	45,4	3,3	1,4	2,5	2,6
Omezování možnosti rozhodovat se nebo spoluúčastnit se na péči	5,3	11,2	13,6	---	0,6	0,2	---	---
Hrubé porušování soukromí klienta	2,6	6,4	---	24,2	0,6	0,4	0,2	1,03
• Sexuální zneužívání	0,7	0,7	0,9	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0
• Finanční zneužívání	0,2	1,3	30,4	25,1	0,0	0,0	0,0	0,2
• Zanedbávání péče	1,1	9,0	---	---	0,2	0,0	---	---

zaměst. – zaměstnanec, *sám klient uvedl, že zažil takové chování, **klient uvedl, že byl svědkem takového chování k jinému klientovi

Zdroj: vlastní výzkum

I ostatní formy týrání popisovali zaměstnanci přímé péče ve volné otázce. Popisovali zejména chování rodinných příslušníků a to následujícím způsobem:

- „...přišla rodina na návštěvu...vzali babičce i to, co dostala v domově...“
- „...rodina si vyzvedne důchod...klient pije vodu z vodovodu, protože nemá na minerálku...“
- „...snacha provádí orální sex tchánovi za 500 Kč i za přítomnosti spolubydlícího...byl to klient, který se pomočoval a používal plenkové kalhotky...“
- „... po úmrtí klientky se vrhli pozůstalí na krabice jako supy a hádali se, kdo si co odnese...“

- „...syn sprostě nadával mamince, že si koupila ze svého důchodu minerálku a bonbóny...“

Někteří zaměstnanci popsali nevhodné chování ke klientům ze strany jiných klientů:

- „...klient finančně zneužíval svou spolubydlící (partnerku), zakazoval jí chodit na bohoslužby, odměřoval jí jídlo, aby nepřibrala...“
- „...sexuální obtěžování mentálně postižené klienty jiným klientem...“
- „...šikana mezi klienty, omezování osobní svobody...“

Ve volné odpovědi uvedli zaměstnanci tyto formy nevhodného chování ze strany klientů:

- „...nevhodné chování klienta vůči mně. Telefonicky mě obtěžoval v každou denní i noční hodinu, ne jen sexuálně, ale i psychicky...“
- „...při příchodu na pokoj, klient reaguje „služka jde“...slovo „děkuji“ nahradili slovem „no vidíte, že to šlo...“
- „...klienti se snaží osahávat sestřičky...“
- „...nesnáším sprosté nadávání od klientů...“
- „...fyzické napadení klientem (škrčení)...“

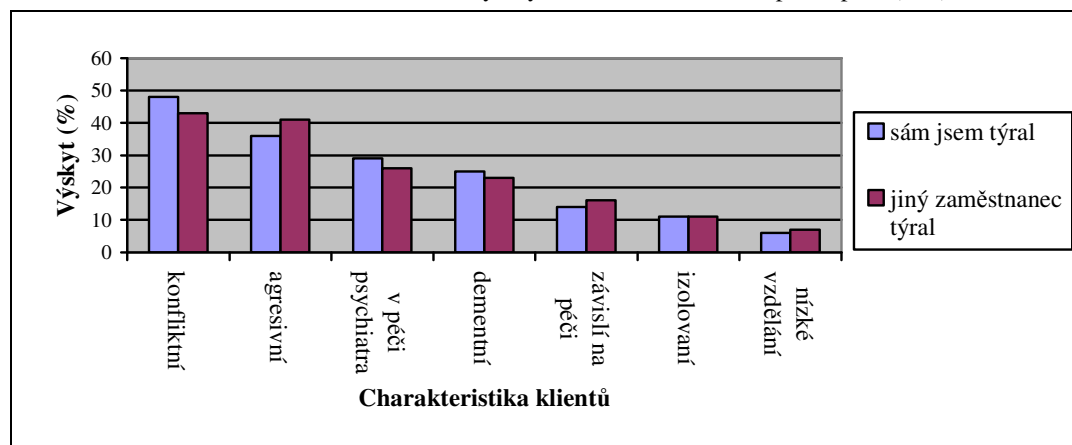
4.3.4 Příčiny týrání v domovech pro seniory

Již z kvalitativního výzkumu bylo patrné, že příčiny týrání jsou viděny v charakteristice klientů, charakteristice zaměstnanců a v pracovním prostředí (Bužgová, Ivanová, 2009).

A. Charakteristika klientů

Zaměstnanci, kteří byli pachateli násilí, uvedli, jak uvádí Graf 12, že se dopouštějí týrání u klientů, které charakterizovali takto: konfliktní (48 %), agresivní (36 %), v péči psychiatra (29 %), dementní (25 %), závislí na péči - potřebují pomoc, alespoň v jedné základní všední činnosti (14 %), klienti s malým počtem návštěv (11 %) a klienti s nižším vzděláním (6 %).

Graf 12 Uvedená charakteristika týraných klientů zaměstnanci přímé péče (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Sociální charakteristika klientů – obětí týrání

V hypotéze H9 jsme ověřovali, zda zaměstnanci častěji týrají klienty, kteří se vyznačují určitou sociální charakteristikou. Statistickým testováním (χ^2) bylo potvrzeno, že zaměstnanci se častěji dopouštějí týrání u klientů, kteří jsou **konfliktní** a to jak týrání fyzického ($p = 0,000$), tak psychického ($p = 0,002$), tak porušování práv ($p = 0,001$) než u klientů, kteří konfliktní nejsou. Také bylo prokázáno, že častěji je páčáno fyzické násilí ($p = 0,003$), psychické násilí ($p = 0,005$) i porušování práv ($p = 0,045$) na klientech, kteří jsou **agresivní**. Byla zjištěna souvislost mezi psychickým a fyzickým týráním a zkušeností zaměstnance s agresivitou klientů (viz. Tab. 19) vůči zaměstnancům. Zaměstnanci, kteří uvedli, že byli fyzicky napadeni nebo sexuálně obtěžováni klienty, se signifikantně častěji dopouštěli psychického i fyzického týrání na klientech. Zaměstnanci, kteří uvedli, že byli psychicky týráni ze strany klientů, se signifikantně častěji dopouštěli pouze psychického týrání ($p = 0,004$). Vliv agresivity klientů na chování zaměstnanců byl potvrzen také z výpovědi klientů. Signifikantně častěji ($p = 0,015$) měli zkušenost s psychickým týráním klienti, kteří sami sebe označili jako agresivní.

Tab. 19 Souvislost mezi zkušeností zaměstnanců s týráním klienty a týráním klientů zaměstnanci

Týrání klientů ze strany zaměstnanců									
Týrání zaměstnanců ze strany klientů	n	Týrání fyzické			χ^2	Psychické týrání			χ^2
		nikdy	jednou	opakovaně	p	nikdy	jednou	opakovaně	p
fyzicky - ano	147	78,2	11,6	10,2	0,000	40,4	15,1	44,5	0,000
- ne	265	92,8	3,4	3,8		60,7	11,7	27,6	
sexuálně - ano	19	68,4	5,3	26,3	0,005	21,1	10,5	68,4	0,002
- ne	435	89,3	5,9	4,8		55,7	13,4	30,9	
psychicky -ano	43	83,7	7,0	9,3	0,403	30,2	18,6	51,2	0,004
- ne	411	88,8	5,8	5,4		56,8	12,7	30,5	

p<0,005

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky ukázali, že zaměstnanci jsou častěji svědky fyzického týrání ($p = 0,023$) jinými zaměstnanci u klientů s **malým počtem návštěv**. Také klienti uvedli, že byli častěji svědky psychického týrání u klientů s malým počtem návštěv ($p = 0,000$). U zaměstnanců pachatelů násilí se tento důvod nepotvrdil jako statisticky významný. Nebyl potvrzen také statisticky významný rozdíl v psychickém ($p = 0,086$), fyzickém ($p = 0,311$) týrání, ani porušování práv ($p = 0,231$) v závislosti na **vzdělání klienta**.

Více zaměstnanců uvedlo, že obětí týrání jsou **ženy** než muži a to u fyzického, psychického týrání i porušování práv a to ať už se sami takto chovali nebo byli svědky násilného chování jiného zaměstnance. Z výpovědí klientů však nebyl prokázán významný rozdíl mezi psychickým týráním a **pohlavím** klienta ($p = 0,348$).

Z výpovědí klientů byl patrný signifikantní vztah mezi psychickým týráním a **osobností klienta**. Klienti, kteří uvedli, že byli obětí psychického týrání ze strany zaměstnanců, se vyznačovali určitou osobnostní charakteristikou. Tito klienti signifikantně častěji sami uvedli některou z těchto možností svých vlastností: agresivní, těžko zvládá hněv, dominantní, snadno se podřídí, autoritativní, vyčerpaný (viz Tab. 20). Naopak klienti, kteří neměli zkušenost s psychickým týráním, častěji sebe charakterizovali jako klidný, vyrovnaný, přátelský a mírumilovný.

Tab. 20 Souvislost mezi vybranými vlastnostmi klientů uvedenými klienty a psychickým týráním

Vlastnosti klienta		Psychické týránění ze strany zaměstnanců			χ^2	p
		n	nikdy	jednou		
agresivní	ano	17	64,0	0,7	35,3	0,015
	ne	471	85,6	2,6	11,9	
těžko zvládá hněv	ano	53	69,8	3,7	26,4	0,005
	ne	435	86,7	2,3	11,0	
dominantní	ano	39	66,7	0,3	33,0	0,001
	ne	449	86,4	2,7	10,9	
snadno se podřídí	ano	96	78,1	7,3	14,6	0,005
	ne	392	86,5	1,3	12,2	
autoritativní	ano	48	68,2	0,5	33,3	0,001
	ne	440	86,6	2,7	10,7	
vyčerpaný	ano	99	77,8	6,1	16,1	0,018
	ne	389	86,6	1,5	11,8	

p < 0,005

Zdroj: vlastní výzkum

Spokojenost klientů s DpS

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R. Spokojenost seniorů s institucionální péčí v Moravskoslezském kraji. *Kontakt*. 2008, vol. 10, č. 2, s. 257-263. ISBN 1212-4117.

Abstrakt:

Hodnocení spokojenosti klientů s institucionální péčí je jedním z ukazatelů kvality poskytovaných služeb. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak hodnotí spokojenost klienti domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji a jaké faktory tuto spokojenost ovlivňují. Výzkumný soubor tvořilo 488 klientů z 12 domovů pro seniory, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj a Magistrát města Ostravy. Pro sběr dat byl použit dotazník spokojenosti obyvatel s domovem pro seniory, který byl předkládán klientům formou standardizovaného rozhovoru. Dotazník byl zaměřen na následující oblasti: spokojenost s chováním a odbornou kvalitou práce sester a pečovatelek, spokojenost s tzv. hotelovými službami (způsob bydlení, hygienické vybavení, čistota a pořádek, stravování), spokojenost s mezilidskými vztahy a soužitím spolubydlících, spokojenost s možností být čínorodý a zapojit se do aktivizačních programů. Do vzorku

byli zařazeni klienti vybraných zařízení (oblastní výběr) splňující následující kritéria: věk nad 60 let, schopnost komunikace, orientace v časoprostoru, ochota účastnit se rozhovoru. Klienti hodnotili kladně ošetrovatelskou péči, méně byli spokojeni se stravováním, individuálním zájmem sester a pečovatelek a se vztahy mezi klienty. Hypotézy ověřovali souvislost mezi spokojeností klientů s domovem pro seniory a délkou pobytu klienta, jeho věkem, pohlavím, soběstačností, hodnocením svojí vlastní životní situace a počtem návštěv rodinných příslušníků. Výsledky výzkumu ukázaly, že jednotlivé dílčí části spokojenosti klientů s DpS jsou ovlivňovány různými faktory. Všechny sledované oblasti spokojenosti jsou výrazně ovlivňovány celkovým vlastním hodnocením životní situace klientů.

Bylo také zjišťováno, zda **spokojenost klientů** s DpS souvisí s týráním klientů. Pro testování hypotézy bylo hodnocení spokojenosti rozděleno do několika oblastí: 1) spokojenost s ošetrovatelskou péčí (spokojenost s odbornou prací sester a pečovatelek, s chováním sester a pečovatelek, respektování studu a soukromí, dostupnost sester, zájem sester a pečovatelek), 2) spokojenost s bydlením (způsob bydlení, hygienické vybavení, čistota a pořádek, klid v domově), 3) spokojenost se stravováním, 4) spokojenost s aktivitami (aktivity pro klienty, denní program).

Výzkumem bylo zjištěno, jak uvádí Tab. 21, že klienti, kteří měli zkušenost s psychickým týráním, byli signifikantně méně spokojeni s péčí v DpS ($p = 0,000$) i s nabízenými aktivitami ($p = 0,002$) než klienti, kteří zkušenost s psychickým týráním neuvedli. Nespokojenost se stravováním neměla signifikantní souvislost se zkušeností s psychickým týráním.

Tab. 21 Souvislost mezi spokojeností klientů s DpS a psychickým týráním klientů

Spokojenost	Psychicky týrán			χ^2 p
	nikdy průměr ± s	jednou průměr ± s	opakovaně průměr ± s	
spokojenost s ošetř. péčí	1,7 ± 2,9	1,8 ± 2,0	2,2 ± 4,0	0,000
spokojenost s bydlením	1,7 ± 1,9	2,4 ± 3,4	2,1 ± 2,0	0,011
spokojenost se stravováním	2,0 ± 1,1	2,5 ± 1,3	2,2 ± 1,2	0,331
spokojenost s aktivitami	1,5 ± 1,6	2,2 ± 1,8	2,0 ± 1,6	0,002

s – směrodatná odchylka

$p < 0,05$

Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotní charakteristika klientů – obětí týrání

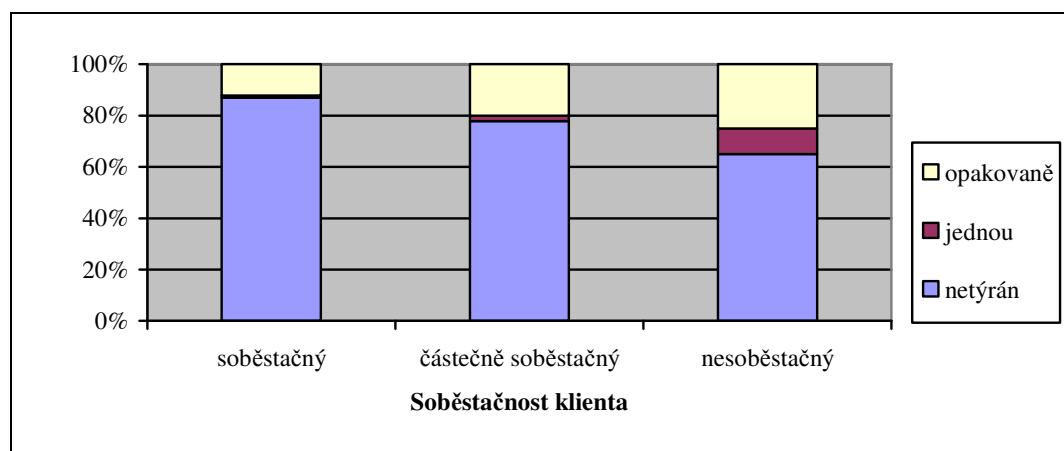
V hypotéze H10 jsme ověřovali, zda zaměstnanci častěji týrají klienty, kteří se vyznačují určitou zdravotní charakteristikou.

Z výpovědi zaměstnanců byla nalezena signifikantní souvislost mezi fyzickým týráním a **demencí klienta** ($p = 0,003$). Ve volné odpovědi charakterizoval jeden zaměstnanec péči o demenční klienty takto: „...překvapilo mě, že v našem zařízení je tolik klientů s hlubokou demencí nebo s Alzheimerovou chorobou...tito klienti stále bloudí nebo utíkají, nereagují na žádné výzvy či domluvy a nám to zabírá spoustu práce a času, který bychom mohli věnovat smysluplnější a podnětější činnosti....“.

Zaměstnanci také uvedli, že se častěji dopouštějí psychického ($p = 0,002$), fyzického ($p = 0,010$) týrání i porušování práv ($p = 0,000$) u klientů, kteří jsou v **péči psychiatra**. Z výpovědi zaměstnanců nebyla prokázána souvislost mezi **nesoběstačností klienta** a týráním. Pouze zaměstnanci byli signifikantně častěji svědky porušování práv klientů, kteří byli závislí na péči ($p = 0,021$). Z výpovědi klientů však byla patrná souvislost mezi psychickým týráním a soběstačností ($p = 0,005$) klienta. Klienti, kteří měli zkušenost s psychickým týráním, byli signifikantně častěji závislí na péči než klienti, kteří tuto zkušenost neměli (viz

Graf 13).

Graf 13 Souvislost mezi psychickým týráním z výpovědi klientů a soběstačností klienta (v %)



Zdroj:vlastní výzkum

B. Charakteristika zaměstnanců

Hypotéza H11 ověřovala, zda na týrání klientů se budou častěji podílet zaměstnanci přímé péče s určitými charakteristikami. Nebyla prokázána signifikantní souvislost mezi týráním a věkem, vzděláním, rodinným stavem, počtem dětí, osobním motivací zaměstnance k práci, ani osobními problémy zaměstnance. Přestože psychického i fyzického týrání se procentuálně častěji dopouštěli zaměstnanci mladší 35 let, se středním a vyšším vzděláním, kteří nemají osobní motivaci k práci, výsledky nebyly statisticky významné. Na fyzickém týrání se procentuálně častěji podíleli vdovy a zaměstnanci s dětmi, na psychickém týrání se častěji podíleli svobodní, rozvedení a bezdětní zaměstnanci (viz Tab. 22).

Psychické týrání bylo signifikantně ovlivněno **vzděláním zaměstnance v oboru a délkou praxe**. Zaměstnanci, kteří neměli žádné vzdělání ve zdravotně sociální oblasti, se podíleli na psychickém týrání klientů častěji než zaměstnanci, kteří měli vzdělání ve zdravotně sociální oblasti ($p = 0,010$). Také zaměstnanci, kteří pracovali v zařízení déle než 5 let, se podíleli na psychickém týrání častěji než zaměstnanci, kteří pracovali v zařízení méně než 5 let ($p = 0,008$).

Z výpovědi zaměstnanců bylo také prokázáno (viz Tab. 23), že zaměstnanci, kteří se podíleli na týrání, se vyznačovali určitými **společnými charakterovými vlastnostmi**. Pachatelé fyzického týrání sebe signifikantně častěji pokládali za člověka dominantního ($p = 0,029$) nebo autoritativního ($p = 0,016$). Pachatelé psychického násilí a porušování práv klientů se signifikantně častěji považovali za člověka vyčerpaného ($p = 0,000$) nebo dominantního ($p = 0,027$).

Tab. 22 Souvislost mezi charakteristikou zaměstnanců a týráním klientů

	n	Fyzické týrán			χ^2 p	Psychické týrán			χ^2 p
		554	nikdy	jednou		opakovaně	nikdy	jednou	
Věk					0,481				0,195
18-35 let	115	85,2	7,0	7,8		50,4	10,4	39,1	
36 a více let	333	89,2	5,7	5,1		55,4	14,2	30,4	
nevedli	6								
Rodinný stav					0,256				0,876
svobodná	63	88,9	9,5	1,6		49,2	11,1	39,7	
vdaná	274	88,3	5,1	6,6		55,8	13,5	30,7	
rozvedená	98	87,8	6,1	6,1		51,6	13,4	35,0	
vdova	7	71,4	14,3	14,3		57,1	14,3	28,6	
nevedli	12								
Děti					0,805				0,564
ano	383	87,5	6,3	6,2		54,5	13,6	31,9	
ne	61	91,8	4,9	3,3		52,5	9,8	37,7	
Vzdělání					0,156				0,397
bez maturity	64	95,3	1,6	3,1		60,9	14,1	25,0	
střední a vyšší	389	87,2	6,7	6,1		53,4	13,1	33,5	
nevedli	1								
Vzdělání v oboru					0,404				0,010
ano	377	88,9	5,3	5,8		56,1	11,2	32,7	
ne	75	85,3	9,3	5,4		45,3	24,0	30,7	
nevedli	2								
Osobní motivace k práci					0,977				0,104
ano	378	88,4	6,1	5,5		55,7	11,7	32,6	
ne	17	88,2	5,9	5,9		35,3	17,7	47,0	
nevím	59	88,1	5,1	6,8		50,9	22,0	27,1	
Délka praxe v DpS					0,483				0,008
méně než 4 roky	168	90,5	5,4	4,1		63,7	11,9	24,4	
5 let a více	285	87,0	6,3	6,7		48,9	14,1	37,0	
nevedli	1								

p<0,005

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 23 Souvislost mezi vlastnostmi zaměstnanců uvedenými zaměstnanci a týráním

Vlastnosti	n	Pachatelé týrán				χ^2 p	Psychické týrán	χ^2 p	
		Týrán fyzické			χ^2 p				
		nikdy	jednou	opakovaně					
dominantní ano	16	68,8	12,5	18,7	0,029	25,0	12,5	62,5	0,024
ne	431	89,1	5,8	5,1		55,1	13,5	31,4	
autoritativní ano	34	73,5	11,8	14,7	0,016	47,1	5,9	47,0	0,142
ne	413	89,6	5,6	4,8		54,6	14,1	31,3	
vyčerpaný ano	75	86,7	6,7	6,7	0,759	34,6	14,7	50,7	0,000
ne	371	88,7	6,0	5,4		58,0	13,2	28,8	

p<0,005, Zdroj: vlastní výzkum

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Syndrom vyhoření u zaměstnanců domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. *Geriatrics*. 2008, roč. 14, č. 4. ISSN 1335-1850.

Abstrakt:

Syndrom vyhoření se projevuje v povoláních, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením. Za rizikovou skupinu jsou považováni také profesionální pečovatelé pečující o seniory. Cílem výzkumu bylo zjistit míru syndromu vyhoření u zaměstnanců přímé péče domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji a faktory, které výskyt syndromu vyhoření ovlivňují. Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník BM (Burnout Measure) od autorů Pines, Aronson a Kafry (1981). Výzkumný soubor tvořilo 452 zaměstnanců přímé péče z 12-ti domovů pro seniory, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj a Magistrát města Ostravy. Syndrom vyhoření byl prokázán u 6,5 % zaměstnanců, 28,5 % zaměstnanců mělo hodnoty alarmující. Výzkum potvrdil signifikantní vliv délky zaměstnání, hodnocení náročnosti práce, spokojenosti zaměstnanců s pracovními podmínkami, fyzické a psychické agrese ze strany klientů na vznik syndromu vyhoření u zaměstnanců.

C. Spokojenost s pracovními podmínkami

Hypotéza H12 ověřovala, zda se budou na týrání častěji podílet zaměstnanci přímé péče, kteří nejsou spokojeni s pracovními podmínkami.

Sami zaměstnanci, kteří se podíleli na týrání klientů, uvedli, že se dopouštějí nevhodného zacházení s klienty z důvodu: nedostatku personálu (55 %), časového tlaku při práci (44 %) a problémů na pracovišti (8 %).

Bylo zjištěno, že **fyzické týrání** souvisí se **spokojeností s pracovními podmínkami** ($p = 0,026$), s **hodnocením náročnosti práce** ($p = 0,024$) a s **motivací**

k práci vedoucími pracovníky ($p = 0,026$). Na fyzickém týrání se tedy častěji podíleli zaměstnanci, kteří nebyli spokojeni s pracovními podmínkami, necítili se dostatečně motivováni vedoucími pracovníky, a kteří hodnotili práci jako stresující nebo velmi stresující. **Psychické týrání** bylo ovlivněno podobnými faktory a to **spokojeností s pracovními podmínkami** ($p = 0,001$), **spokojeností s průměrným platem** ($p = 0,001$) a **hodnocením náročnosti práce** ($p = 0,001$). Na psychickém týrání se tedy častěji podíleli zaměstnanci, kteří nebyli spokojeni s pracovními podmínkami, s průměrným platem a hodnotili svoji práci jako stresující nebo velmi stresující. Přehled výsledků je uveden v Tab. 24.

Tab. 24 Souvislost mezi hodnocením pracovních podmínek zaměstnanců a týráním klientů

	n	Fyzické týrání			χ^2	Psychické týrání			χ^2
		554	nikdy	jednou	opakovaně	p	nikdy	jednou	opakovan
Spokojenost s pracovními podmínkami					0,026				0,001
ano	116	94,8	1,7	3,5		67,0	12,9	18,1	
částečně	231	87,0	8,2	4,8		51,3	10,9	37,8	
ne	94	83,0	5,3	11,7		41,5	19,1	39,4	
nevím	13	84,6	7,7	7,7		69,2	15,4	15,4	
Hodnocení náročnosti práce					0,014				0,001
velmi stresující	74	89,2	1,3	9,5		36,5	16,2	47,3	
mírně stresující	177	85,4	9,0	5,6		50,8	16,4	32,8	
málo stresující	81	83,9	7,4	8,7		55,5	9,9	34,6	
není stresující	121	95,0	3,3	1,7		69,4	9,1	21,5	
Motivace vedoucími pracovníky					0,026				0,077
ano	191	93,2	3,7	3,1		61,1	12,6	26,3	
ne	166	82,5	7,8	9,7		47,6	12,6	39,8	
nevím	97	88,7	7,2	4,1		52,6	15,5	31,9	
Spokojenost s prům. platem					0,182				0,001
ano	70	84,3	7,1	8,6		65,2	10,1	24,7	
částečně	134	86,6	9,7	3,7		47,0	7,5	45,5	
ne	233	89,7	3,9	6,4		54,1	16,7	29,2	
nevím	17					70,6	23,5	5,9	

$p < 0,05$, zdroj: vlastní výzkum

Ve volné odpovědi hodnotili někteří zaměstnanci pracovní podmínky takto:

- „...Naše práce není doceněna ani rodinnými příslušníky ani vedením a neuznává ji ani společnost, pro kterou pracujeme...“

- „...Naše práce je nedoceněna... jednání nadřízených s cynismem až despotické chování... vytvářejí stresující prostředí, bažirování na prkotinách...žádná komunikace, vstřícnost... jednání pouze formou příkazů, zákazů.... Pokud si někdo stěžuje, je mu řečeno, kdykoliv můžete odejít...“
- „...Po psychické stránce se mnozí necítíme dobře, chodíme ve stresu do práce, práce se nám líbí, ale atmosféra na pracovišti je mnohdy nesnesitelná, díky nadřízeným... „

5 DISKUZE

Z výpovědí participantů je zřejmé, že k týrání v těchto zařízeních dochází. Pachatelé jsou zaměstnanci, rodinní příslušníci i sami klienti. Podobně také Pillemer a Moore (1990), Saveman et al. (1999), Goergen (2004), Ens (2005) na základě výzkumu dokazují, že v zařízeních pro seniory dochází k týrání klientů a to k psychickému i fyzickému týrání a zanedbávání péče.

Z kvalitativního výzkumu (Bužgová, Ivanová, 2009) a z výpovědí zejména zaměstnanců přímé péče v kvantitativním výzkumu se podařilo popsat výskyt, frekvenci, formy i příčiny týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v DpS v Moravskoslezském kraji.

5.1 Rozsah týrání klientů DpS

Zaměstnanci i klienti se shodovali v tom, že nejčastějším pachatelem násilí v DpS jsou samotní **klienti**. Téměř tři čtvrtiny zaměstnanců (73 %) byly svědkem nevhodného chování mezi klienty. Klienti sami byli také nejméně z uvedených položek spokojeni se vztahy mezi lidmi, kteří v domově žijí. Riziko „*sousedské agrese*“ může zvyšovat stále ještě vysoký podíl vícelůžkových pokojů v současných DpS v ČR (Vidovičová, Lorman, 2008, s. 21). Klienti se podíleli také na týrání zaměstnanců. **Rozsah týrání zaměstnanců klienty byl však z výpovědi klientů i zaměstnanců nižší než rozsah týrání klientů zaměstnanci.** Přestože v kvalitativním výzkumu z výpovědi zaměstnanců přímé péče bylo nevhodné chování klientů k zaměstnancům zjevnější než nevhodné chování zaměstnanců ke klientům, výsledky kvantitativního výzkumu toto nepotvrdili. Výsledky výzkumu, který provedl Pillemer a Moore (1999, s. 16) ukázali opak. Zaměstnanci častěji uváděli, že byli týráni ze strany klientů (psychicky a fyzicky) než sami pachatelé násilí na klientech.

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt:

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovaly tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

Zaměstnanci uvedli, že byli častěji svědky nevhodného chování než pachatelé. **Rozsah týrání klientů zaměstnanci přímé péče byl větší, než bylo předpokládáno** dle výzkumu provedeného ve Švédsku (Saveman et al., 1999), kde 11 % zaměstnanců vědělo, že v zařízení dochází k týrání a 2 % zaměstnanců se přiznala k některé z uvedených forem nevhodného chování. V tomto provedeném výzkumu se 54 % zaměstnanců přímé péče přiznalo k některé z uvedených forem nevhodného chování ke klientům a 65 % bylo svědkem takového chování. Přestože výsledky byli alarmující,

výzkum zjišťování spokojenosti klientů s DpS ukázal, že klienti jsou s péčí převážně spokojeni.

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R. Spokojenost seniorů s institucionální péčí v Moravskoslezském kraji. *Kontakt*. 2008, vol. 10, č. 2, s. 257-263. ISBN 1212-4117.

Abstrakt:

Hodnocení spokojenosti klientů s institucionální péčí je jedním z ukazatelů kvality poskytovaných služeb. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak hodnotí spokojenost klienti domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji a jaké faktory tuto spokojenost ovlivňují. Výzkumný soubor tvořilo 488 klientů z 12 domovů pro seniory, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj a Magistrát města Ostravy. Pro sběr dat byl použit dotazník spokojenosti obyvatel s domovem pro seniory, který byl předkládán klientům formou standardizovaného rozhovoru. Dotazník byl zaměřen na následující oblasti: spokojenost s chováním a odbornou kvalitou práce sester a pečovatelek, spokojenost s tzv. hotelovými službami (způsob bydlení, hygienické vybavení, čistota a pořádek, stravování), spokojenost s mezilidskými vztahy a soužitím spolubydlících, spokojenost s možností být čínorodý a zapojit se do aktivizačních programů. Do vzorku byli zařazeni klienti vybraných zařízení (oblastní výběr) splňující následující kritéria: věk nad 60 let, schopnost komunikace, orientace v časoprostoru, ochota účastnit se rozhovoru. Klienti hodnotili kladně ošetrovatelskou péči, méně byli spokojeni se stravováním, individuálním zájmem sester a pečovatelek a se vztahy mezi klienty. Hypotézy ověřovali souvislost mezi spokojeností klientů s domovem pro seniory a délkou pobytu klienta, jeho věkem, pohlavím, soběstačností, hodnocením svojí vlastní životní situace a počtem návštěv rodinných příslušníků. Výsledky výzkumu ukázaly, že jednotlivé dílčí části spokojenosti klientů s DpS jsou ovlivňovány různými faktory. Všechny sledované oblasti spokojenosti jsou výrazně ovlivňovány celkovým vlastním hodnocením životní situace klientů.

Z výsledku kvantitativního výzkumu je patrné, že zaměstnanci přímé péče měli mnohem větší ochotu vypovídat o fenoménu týrání, zneužívání a zanedbávání klientů než samotní klienti. **Hodnocení rozsahu týrání se u zaměstnanců a klientů výrazně lišilo.** Při zhodnocení etického principu riziko studie/přínos je nutné zvážit, při provádění dalších výzkumů na toto téma, nutnost dotazování se přímo klientů. Riziko poškození klienta a náklady na realizaci standardizovaných rozhovorů jsou vysoké ve srovnání s přínosem výsledků. Někteří senioři, přestože s nimi bylo nevhodně zacházeno a jsou schopni o tom vypovídat, nechtějí informace sdělovat, protože mají strach, jaký následek to bude mít na jejich další péči, to dokazují také jiné výzkumy (Kimsey, Tarbox, Bragg, 1981, s. 467). Je to také pravděpodobně důvodem, proč se většina provedených výzkumů v zahraničí (Pillemer, Moore, 1990; Saveman et al., 1999; Goergen, 2004) zaměřuje pouze na výzkum zaměstnanců nebo rodinných příslušníků. Klienti samotní jsou zpravidla zahrnováni pouze do kvalitativních studií. WHO/INPEA (2002b) uvádí na základě kvalitativní studie důkaz o tom, že pro seniory v instituci je velice těžké o tomto tématu hovořit, zejména v případě fyzického týrání. Dle principu autonomie mají senioři právo se rozhodnout, zda chtějí informace o tom, že s nimi bylo nevhodně zacházeno sdělit či nikoliv. Mohou se také rozhodnout akceptovat poskytované služby, přestože jejich práva nejsou respektována (Nerenberg, 2008, s. 92). Také Vidovičová a Lorman (2008, s. 20) v závěru výzkumu týrání klientů v DpS v ČR uvádí, že respondenti pravděpodobně z důvodu obav či studu nebyli příliš ochotni o svých zkušenostech s nevhodným zacházením hovořit.

Rozsah týrání klientů zaměstnanci, klienty a rodinnými příslušníky z výpovědi zaměstnanců byl poměrně vyrovnaný. Nejčastěji zaměstnanci i klienty udávaným pachatelem týrání byli **samotní klienti. Bylo prokázáno, že klienti se na týrání klientů podílí častěji než zaměstnanci přímé péče.** To nebylo potvrzeno v případě rodinných příslušníků. Výzkumy týrání seniorů vlastními rodinnými příslušníky byly provedeny v zahraničí v domácím prostředí, nikoliv v institucionální péči (Fallon, 2006, s. 10). Pouze Weatherall (2001, s. 96) ve své studii uvádí, že pachatelem 63 % případů týrání klientů v institucionální péči byli rodinní příslušníci. Nejběžnější formy uvádí, shodně jako v tomto výzkumu, psychické týrání, finanční a po té fyzické týrání.

Veselá (2003, s. 34) uvádí ve svém výzkumu, že odhadem je 12 % klientů finančně zneužíváno svojí rodinou.

Z pilotní studie z výpovědi zaměstnanců bylo zřejmé, že klienti samotní nejsou ochotni hovořit o nevhodném chování ze strany rodinných příslušníků a jejich chování zpravidla omlouvají. Ze zpráv z NCEA (2003) vyplývá, že senioři v Americe jsou ochotni o tomto problému hovořit více, 4 % stížností klientů ze zařízení dlouhodobé péče se týká týrání (psychického, fyzického) ze strany rodinných příslušníků a 11 % stížností se týká finančního zneužívání ze strany rodiny.

Z výpovědi zaměstnanců v kvalitativním výzkumu je zřejmé, že se setkali také s nevhodným zacházením rodinných příslušníků před umístěním seniora do zařízení a to s psychickým, fyzickým i finančním zneužíváním. Na to upozorňuje také výzkum Veselé (2003, s. 33), kdy zaměstnanci DpS odhadovali, že 4 % klientů prožilo špatné zacházení před nástupem do zařízení.

5.2 Formy týrání klientů DpS

Nejčastěji udávanou formou týrání zaměstnanci i klienty bylo týrání psychické. To dokazují také provedené výzkumy v zahraničí (viz Tab. 29). **Výzkumem bylo potvrzeno tvrzení, že zaměstnanci se podíleli častěji na psychickém týrání než na fyzickém, finančním nebo sexuálním zneužívání. Nebylo však potvrzeno, že rodinní příslušníci se podílejí častěji na finančním zneužívání klientů,** jak bylo zřejmé z výpovědi respondentů v kvalitativním výzkumu. Nejčastěji zaměstnanci udávanou formou týrání klientů rodinnými příslušníky bylo týrání psychické.

Výsledky výskytu forem týrání klientů **zaměstnanci** přímé péče v DpS v ČR jsou srovnatelné s provedenými výzkumy ze zahraničí. Přestože je problém porovnávat výsledky studií v jednotlivých zemích, protože mezi jednotlivými zeměmi existují kulturní rozdíly vztahující se k toleranci týrání, charakteristice zařízení a nejednotnosti definic, můžeme poukázat na podobnost některých výsledků, které uvádí Tab. 29.

Tab. 25 Výskyt psychického a fyzického týrání v provedených výzkumech

Výzkumy	Formy týrání (v %)			
	Psychické týrání		Fyzické týrání	
	zaměstnanec sám	zaměstnanec byl svědkem	zaměstnanec sám	zaměstnanec byl svědkem
Bužgová, Ivanová (2008)	46	60	12	30
Pillemer a Moore (1990)	40	81	10	36
Goergen (2004)	54	---	24	---
Ens (2005)	---	59	---	10

Zdroj: Bužgová, Ivanová, 2008; Pillemer, Moore, 1990; Goergen, 2004; Ens, 2005

Ze zprávy z Národního centra statistiky týrání v instituci v Americe (*National Oubudsman Reporting System Data on Elder Abuse, U.S. Administration on Aging*) z roku 2003 je zřejmé, že 23 % stížností na zařízení dlouhodobé péče se týkají fyzického týrání, 16 % psychického týrání, 11 % finančního zneužívání a 5 % sexuálního zneužívání zaměstnanci (Wodd, 2006, s. 67).

A. Psychické týrání

Mezi zaměstnanci častěji uváděné **formy psychického týrání** klientů zaměstnanci patřilo křičení, zdětinšťování, záměrné vypínání signalizačních zařízení, slovní urážení a vydávání hrubých rozkazů. Pillemer a Moore (1990, s. 18) uvádí jako nejčastější formu psychického týrání zaměstnanci křičení, kterého bylo svědkem až 70 % zaměstnanců a sociální izolaci. Ens (2005) uvádí zejména slovní urážení (28 %).

Klienti v našem výzkumu uvedli tyto formy psychického týrání ze strany zaměstnanců: slovní urážení, křičení, záměrné neuspokojení přání klienta, ignorování a zdětinšťování. Mezi častěji uváděné formy psychického týrání klientů jiným klientem nebo patřilo také: křičení, slovní nadávaj, slovní urážení a vyhrožování. Častou formou psychického týrání ze strany rodinných příslušníků bylo zdětinšťování.

B. Fyzické týrání

Formy **fyzického týrání** v našem výzkumu byly téměř shodné s formami, které uvádí ve svém výzkumu Hirst (2001, s. 274). Ten řadí mezi formy fyzického týrání ještě tahání klientů za vlasy, které respondenti v našem výzkumu neuvedli. Mezi zaměstnanci častěji zmiňované **formy fyzického týrání** klientů zaměstnanci v našem výzkumu patřilo tlačení nebo násilné popadení a udeření nebo pokus o udeření klienta rukou. To uvádí také Pillemer a Moore (1990, s. 18), který dokazuje, že 17 % zaměstnanců bylo svědkem takového chování. Více než 10 % zaměstnanců v našem výzkumu bylo svědkem nadměrného používání fyzických omezovacích prostředků. Goergen (2004, s. 20) uvádí ve své studii, že dokonce 40 % zaměstnanců bylo svědkem nadměrného používání fyzických omezovacích prostředků, Pillemer a Moore (1990, s. 18) uvádí ve své studii 21 %. Klienti v našem výzkumu (1 %) uvedli jako formu fyzického týrání umytí klienta studenou vodou, uhození klienta rukou a tlačení nebo násilné popadení. Výpověď zaměstnanců i klientů o fyzickém týrání v kvantitativním výzkumu byla větší než v kvalitativním výzkumu.

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt:

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a

zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

Mezi nejčastěji zmiňované formy fyzického týrání klientů jiným klientem zaměstnanci uvedli násilné popadání, udeření nebo pokus o udeření rukou, hození předmětem po klientovi. Jedna pětina (20 %) zaměstnanců měla také zkušenosti s kopnutím nebo udeřením předmětem klienta jiným klientem. 10 % zaměstnanců bylo svědkem fyzického týrání klientů ze strany rodinných příslušníků, jednalo se zejména o pokus nebo udeření klienta rukou.

C. Ostatní formy týrání

Mezi častou **formu porušování práv** v kvantitativním výzkumu řadili zaměstnanci nevhodnou komunikaci s klientem a tím snižování jeho důstojnosti, **omezování možnosti rozhodování a spoluúčasti na péči a hrubé porušování soukromí klienta**. Klienti uvedli jako formu porušování práv snižování důstojnosti nevhodnou komunikací. Z kvalitativního výzkumu vyplynula...

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2007, č. 2, s. 176-182. ISSN 1801-0261.

Abstrakt:

Vlivem demografických změn ve společnosti jsou senioři stále rostoucí skupinou obyvatelstva. Stáří se stává věcí veřejnou. Křehkost a závislost seniorů na pomoci druhých je významným rizikovým faktorem pro týrání, zneužívání a zanedbávání. K tomuto fenoménu může docházet i v institucionální péči. Zahraniční výzkumy dokazují, že k týrání seniorů v institucích dochází, proto je nutné hledat preventivní opatření. Při tvorbě preventivních programů je nutné vycházet z rizikových faktorů a zaměřit se na ně. Na základě výzkumných zjištění lze určit tři hlavní kategorie rizikových faktorů a to rizikové faktory plynoucí z: 1) organizační kultury, 2) osobního či zdravotního stavu klienta, 3) mezilidských vztahů. Prevence tohoto jevu vyžaduje angažovanost mnoha vědních oborů i společnosti.

Významné pro ně bylo i nerespektování soukromí a **snižování důstojnosti**, zejména infantilizací a používáním nevhodných a ponižujících slov. Snížení důstojnosti klientů je etický aspekt, který je při nevhodném chování ke klientům nejvíce porušován. Z výsledků kvalitativního výzkumu je zřejmé, že vnímání důstojného stáří klientů a zaměstnanců není zcela jednotné. Klienti kladli větší důraz na projev úcty a respektování jejich soukromí. Zaměstnanci naopak preferují možnost rozhodování o vlastním životě a péči a nezávislost na pomoci druhých. Život ve stáří v domácím prostředí je pro ně ideálem. Nemoc, ztrátu soběstačnosti a projevy demence vidí jako příčinu pro prožívání ztráty důstojnosti ve stáří. Pozoruhodné je, že sami senioři tuto situaci takto nevnímají. Přestože přání většiny je zůstat zdraví, nemoc ve stáří a její důsledky berou jako fakt a pro vnímání důstojného stáří potřebují správný přístup ze strany zaměstnanců DpS a podporu rodiny (Bužgová, Ivanová, 2007, s. 68).

Výsledky kvalitativního výzkumu také potvrzují závěry výzkumného projektu „Důstojnost a starší Evropané“ z roku 2005, a to že v diskusi o důstojnost ve stáří

dominují tři pojmy: úcta, autonomie a participace. Zatímco klienti kladli velký důraz na úctu ošetrovatelského personálu k nim, zaměstnanci volají po větší úctě a ohleduplnosti seniorů. Respektování autonomie vidí v možnosti rozhodování, svobodě a vymanění se z plné závislosti na zařízení. Tato autonomie je v rezidenčních zařízeních omezena a to nejčastěji režimem zařízení. Participace potom souvisí se spoluúčastí na společenském životě v i mimo zařízení (Bužgová, Ivanová, 2007, s. 69).

Nedostatek respektu v institucionální péči uvádí také Hellström a Sarvimaki (2007, s. 420). Davies, Laker, Ellis (1997, s. 412) dokazují, že dokonce i schopnost dělat úplně malá rozhodnutí je pro seniory v ústavní péči životně důležité. Možnost vlastního rozhodování a správný přístup ze strany zaměstnanců zvyšuje důstojnost ve stáří. Teeri, Leino-Kilpi a Välimäki (2006) upozorňuje ve svém výzkumu na hrubé a ponižující ošetrování a také na nedostatek respektu k autonomii klienta. Tato oblast je podle nich nejvíce porušována.

Kromě možnosti rozhodování považují zaměstnanci také za porušování práv hrubé porušování soukromí a nerespektování intimity. Důstojnost seniorů v instituci snižuje podle nich také nezáměr rodiny a finanční zneužívání rodinnými příslušníky.

Je zřejmé, že pro vnímání důstojného stáří seniorů v instituci jsou důležité tři faktory: zařízení (kvalitní institucionální péče, vybavení, přístup personálu), vyrovnání se svou současnou situací a dostatečný kontakt se svou rodinou. Pokud jsou tyto tři faktory vyváženy, senior vnímá své stáří v instituci jako důstojné. Pokud dojde k omezení některého z faktorů nebo její části, je vnímání důstojného stáří ovlivněno. Proto je nutné zaměřit se na zvyšování kvality poskytované péče, na práci přímo s klientem a na práci s rodinou (Bužgová, Ivanová, 2007, s. 69).

Nejméně udávanou formou týrání klientů bylo **sexuálnímu zneužití**, k němuž se přiznali pouze 3 zaměstnanci (3 byli svědkem) a **finanční zneužívání**, k němuž se přiznal pouze 1 zaměstnanec (6 bylo svědkem). Necelých 10 % zaměstnanců bylo svědkem **zanedbávání péče**. Přestože tyto výsledky nejsou nijak alarmující, neměli by být podceňovány. Z výpovědi manažerů a z analýzy stížností v kvalitativním výzkumu bylo zřejmé také finanční zneužívání klientů. Příkladem může být finanční obohacení

při vyřizování pozůstalosti nebo přiznání daru instituci od „dementního“ klienta, kterého nikdo nenavštěvuje. Na neoprávněné částky označované jako „sponzorské dary“ upozorňuje také výsledek výzkumu Jihočeské univerzity (Buriánek et al., 2006).

5.3 Příčiny týrání klientů v DpS

Stejně jako u zahraničních výzkumů, i v našem kvalitativním i kvantitativním výzkumu, se potvrzuje, že hrubost zaměstnanců není předem aktivně promyšlená, ale vychází z hluboce stresující práce, způsobené nedostatečným počtem zaměstnanců, nedostatkem času na jednotlivé úkony, interpersonálními konflikty a agresí některých obyvatel nebo jejich rodin (Nerenberg, 2002).

Sledování příčin týrání klientů v našem výzkumu vycházelo z pilotní studie (Bužgová, Ivanová, 2009) a z rizikových faktorů nevhodného zacházení se seniory v rezidenčních zařízeních, které uvedlo centrum NCEA (2005, s. 2) na základě analýzy různých výzkumů. Lze jej rozdělit jako: **A) vnější faktory** (režim zařízení, nevhodná organizace práce, nesprávný výběr zaměstnanců, nedostatek času na klienty způsobený nedostatečným počtem zaměstnanců nebo špatnou organizací práce, osobnost a chování klienta) a **B) vnitřní faktory** (syndrom vyhoření u zaměstnanců, osobní problémy zaměstnanců, nedostatek vzdělání).

V našem výzkumu bylo potvrzeno, že zaměstnanci se častěji dopouštějí fyzického i psychického týrání u **klientů s určitou charakteristikou** a to u klientů, kteří jsou **konfliktní, agresivní, nespokojení** s péčí, bydlením či nabízenými aktivitami a kteří jsou **v péči psychiatra**. Demence klienta a malé množství návštěv rodinou ovlivnila výskyt fyzického týrání. Psychické týrání klientů z výpovědi klientů souviselo s takovými charakterovými vlastnostmi klientů jako je agresivní, těžko zvládá hněv, dominantní a vyčerpaný. Souvislost mezi **soběstačností** a týráním byla prokázána jen částečně a to z výpovědi klientů. K podobným výsledkům dochází i Pillemer a Moore (1990, s. 15-16), Goodridge et al. (1996, s. 54-55), NCEA (2005, s. 2), Goergen (2004, s. 22), Jayawardena a Solomon (2006, s. 129), kteří uvádí, že nejčastějšími oběťmi týrání jsou nesoběstační, málo navštěvovaní, agresivní a nespokojení klienti. Podle Savamana et al. (1999, s. 51) jsou to ještě klienti, kteří se bojí, jsou zmatení a zasnění

do sebe a mají více než 80 let. **Věk klienta** v našem výzkumu nebyl potvrzen jako rizikový faktor týrání. Jones a Holstege (1997, s. 580) uvádí další rizikový faktor, pohlaví a to **ženy**, což bylo potvrzeno také v našem výzkumu. V kvalitativním výzkumu hovořili zaměstnanci o rizikových klientech, kteří si neustále stěžují. Vidovićová (2008, s. 123) upozorňuje, že staří lidé jsou často nazýváni chronickými stěžovateli, když vyjádří svoji legitimní nespokojenost se stavem věcí, i když to dělají mladí lidé také.

Charakteristika zaměstnanců jako je věk, vzdělání, rodinný stav, děti, osobní motivace k práci, neměla signifikantní vliv na výskyt týrání. Pouze zaměstnanci, kteří **pracovali v DpS déle než 5 let** a zaměstnanci **bez vzdělání ve zdravotně sociální oblasti** se signifikantně častěji dopouštěli psychického týrání. Také Pillemer a Moore (1990, s. 21) neprokázali vliv vzdělání, věku a rodinného stavu zaměstnanců na týrání klientů. Jones a Holstege (1997, s. 581) dokazuje vliv věku, kdy mladší zaměstnanci se dopouštěli týrání častěji a vliv stresu.

Zaměstnanci, kteří se podíleli na týrání signifikantně častěji, sebe označili jako **dominantní, autoritativní nebo vyčerpaný** než zaměstnanci, kteří uvedli, že se na týrání nepodíleli. Významným zjištěním v našem výzkumu bylo potvrzení souvislosti mezi týrání a **syndromem vyhoření**. To dokazuje také Georegen (2004, s. 21) a Saveman et al. (1999, s. 56). Bylo také prokázáno, že syndrom vyhoření se častěji rozvíjí u zaměstnanců, kteří jsou psychicky nebo fyzicky týráni ze strany klientů. Vliv fyzického napadení byl menší než psychického týrání (Bužgová, Ivanová, 2008b, s. 168). Mandiracioglu a Cam (2006, s. 502) nedokazují souvislost mezi syndromem vyhoření a fyzickou nebo verbální agresí klientů, kterou uvedlo 56 % zaměstnanců v jejich výzkumu. Agresivní chování bylo zaměstnanci tolerováno a akceptováno. Naopak Evers, Tomic, Brouwers (2001, s. 451) dokazují signifikantní vztah mezi syndromem vyhoření u zaměstnanců a fyzickou a psychickou agresivitou klientů v zařízeních pro seniory.

Lze shrnout, že bylo prokázáno, že zaměstnanci, kteří se podílejí na týrání, se vyznačují určitou charakteristikou, k níž však patří pouze délka praxe, vzdělání v oboru, výskyt syndromu vyhoření a některé společné charakterové vlastnosti. Podle výsledků našeho výzkumu má mnoho zaměstnanců přímé péče zkušenosti s fyzickým nebo

slovním napadením od klientů. Někteří klienti zaměstnancům vyhrožují, neoprávněně si stěžují nebo jim dělají naschvály. To jsou situace, které ztěžují zaměstnancům práci a rovněž přispívají ke vzniku jejich syndromu vyhoření.

Významný vliv na týrání měla spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami, hodnocením náročnosti práce, spokojenost s motivací vedoucími pracovníky a spokojenost s průměrným platem. Spokojenost zaměstnanců s uvedenými faktory ovlivnila také výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců.

Stejně tak Memarian et al. (2007, s. 210) zdůrazňuje, že profesionální etiku práce sestry ovlivňují vnitřní a vnější faktory. Vnitřní faktory zahrnují osobní charakteristiky, jimiž jsou znalosti a dovednosti, morální chování, úcta k sobě a k druhým, a pracovní zkušenosti, zejména efektivní vztahy, zájem o profesii a odpovědnost. Vnější faktory potom zahrnují profesionální faktory jako je efektivní management, kontrola, supervize a faktory prostředí zahrnující podporu efektivního vzdělávacího systému a efektivní techniku. Johnstone (1999, s. 163-182) identifikuje několik morálních problémů v ošetrovatelské péči, které mohou souviset s poskytováním péče nerespektující práva klientů a to morální nepřipravenost, lhostejnost, nemorálnost, morální samolibost, distres a morální složitost.

5.4 Limity studie

Předkládaná studie má určité limity. Prvním je výběr vzorku. Klienti, kteří splňovali požadovaná kritéria, byli doporučeni zaměstnanci DpS, což zahrnuje určité riziko selekce. Také výběr zaměstnanců byl limitovaný a to jejich ochotou vypovídat o tomto citlivém problému bez strachu z následného poškození. Z výsledku je ale patrné, že respondenti měli určité zkušenosti s týráním, zneužíváním a zanedbáváním seniorů, o kterých byli ochotni hovořit. Není však vyloučeno, že některé popsané jevy nejsou respondenty – klienty nadhodnoceny nebo naopak podhodnoceny.

Dalším limitem je výběr kvalitativní metodiky, jež je založena na kódovacích schématech, které se zakládají na souborech kategorií a podle Atkinsona poskytují „silnou konceptuální mřížku“, z které se dá posléze velmi těžkou uniknout. I když je tato mřížka velmi užitečná z hlediska uspořádání dat, zároveň odvádí pozornost od

nekategorizovaných činností (In Silverman, 2003). Jistá omezení plynou také z dotazníkové formy výzkumu, která nemůže zaručit, že všichni respondenti otázkám stejně porozumí, zejména uvedený formám nevhodného zacházení. Výpověď klientů i zaměstnanců je založena na subjektivním vnímání dané situace, to však bylo záměrem této práce.

Dalším problémem je prezentace výsledků a to, zda lze považovat jednorázový akt za týrání. Jednotlivé definice nejsou v tomto ohledu jednotné. WHO definuje týrání seniorů jako samostatný nebo opakovaný čin, způsobující poškození...“(WHO/INPA, 2002a). Jiní autoři specifikují, že charakteristickým rysem týrání je jeho dlouhodobost a opakovanost (Zimmlová, 2007, s. 118; Kalvach, 2004, s. 353). Respondenti v našem výzkumu byli dotazováni, zda se alespoň jednou v poledním roce zachovali, zažili nebo byli svědky uvedeného chování, zda se dané chování opakovalo. Jednorázové či opakované chování zaměstnanců bylo rozlišeno při testování hypotéz.

6 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

V zahraničí se jako úspěšná prevence jeví vzdělávání zaměstnanců, zejména v oblasti jak rozpoznat a ohlásit týrání seniorů. Účinnost vzdělávání v této oblasti

dokazuje Richardson, Kitchen a Livinston (2002, s. 339), který však neprokázal, že další vzdělávání snižuje syndrom vyhoření nebo ovlivňuje postoje zaměstnanců k dementním seniorům. Informovanost o problematice týrání, standardizace způsobů ohlašování a vedení statistiky nevhodného zacházení se stala v mezinárodním kontextu jedním z prvních kroků.

Pro řešení problému týrání seniorů v institucionální péči by měla jednotlivá rezidenční zařízení pro seniory zahrnout do svého programu také preventivní politiku týrání, která by mohla být součástí standardu sociálních služeb č. 2 – ochrana práv uživatelů a která by se podle zjištěných výzkumných výsledků měla zaměřit na:

Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt:

Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a

zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovali tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

Při provádění dalších výzkumů této problematiky, které by přispěly k většímu porozumění danému problému, doporučuji se zaměřit na:

- zkušenosti rodinných příslušníků s týráním klientů zaměstnanci přímé péče,
- porozumění jednotlivým formám týrání z pohledu různých aktérů (klientů, zaměstnanců, rodinných příslušníků),
- dopad týrání na oběť,
- účinnost preventivních opatření a vzdělávání v oblasti týrání,
- možnosti respektování autonomie seniorů v institucionální péči.

Přestože je zkoumání problému týrání seniorů v institucionální péči kvantitativními metodami problematické, na základě zkušeností při provádění výzkumu doporučuji při dalších výzkumech kombinovat kvalitativní a kvantitativní metody, přičemž klienty je vhodnější zařazovat zejména do kvalitativních studií. Kromě subjektivního vnímání zúčastněných osob (klienti, zaměstnanci, rodinní příslušníci) by bylo vhodné také získání objektivních informací týkajících se případů týrání seniorů. K tomu je nutné zavést jednotnou metodiku pro uchování objektivních informací o případech týrání v institucionální péči, pro možné statistické sledování. Vzorem by se mohl stát návrh jednotné národní metodiky „*Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče*“ (Vychytil, Hřib, 2008).

V úvahách o prevenci špatného zacházení se seniory nelze pominout ani zájem a přístup společnosti k seniorům v institucionální péči. Otevřená diskuse, ke které přispívá také tato práce, zvyšuje povědomí ve společnosti o právech seniorů a týrání či špatném zacházení v institucionální péči. To může přispět ke snižování sociální izolace seniorů a tím zvýšení jejich ochrany. Pozitivním zjištěním této práce je, že ředitelé a

vedoucí pracovníci zkoumaných DpS byli ochotni o tomto citlivém problému otevřeně hovořit a to i tím, že projevili zájem a umožnili výzkum v jejich zařízení a hledat preventivní opatření špatného zacházení.

7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

AUSTIN, J. et al. 2007. Instruments for Assessing Elder Mistreatment : Implications for Adult Protective Services. *Evidence for practice* [online]. September 2007, no. 9 [cit. 2008-12-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.bassc.net>>.

BALLARD, C.G. et al. 2002. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002, vol. 63, no. 7, s. 553-558. ISSN 1555-2101.

BAKER, M.W. 2007. Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*. 2007, vol. 12, no. 6, s. 313-321. ISSN 1078-3903.

BIGGS, S.; PHILLIPSON, C.; KINGSTON, P. 1995. *Elder abuse in perspective*. Buckingham : Open University Press, 1995. 144 s. ISBN 0-335-19146-0.

BOMBA, .A. P. 2003. Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool : A Practical Clinician´s Approach to Identifying Elder Mistreatment. In BARKMAN, B.; HAROOTYAN, L. (ed.). *Social Work and Health Care in an Aging Society : Education, Policy, Practice, and Research*. New York : Springer Publishing Company, Inc., 2003, s. 118-119. ISBN 0-8261-1543-8.

BRAUN, K.L., et al. 1997. Developing and Testing Training Materials on Elder Abuse and Neglect for Nurses Aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1997, vol. 9, no. 1, s. 1-15. ISSN 0894-6566.

BURIÁNEK, J. et al. 2006. *Domáci násilí, násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha : Triton, 2006. 108 s. ISBN 80-7254-914-6.

BUŽGOVÁ, R. 2008. Spokojenost seniorů s institucionální péčí v Moravskoslezském kraji. *Kontakt*. 2008, vol. 10, č. 2, s. 257-263. ISSN 1212-4117.

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. 2007. Kvalitativní výzkum vnímání důstojného stáří a důstojné péče klientů a zaměstnanců domovů pro seniory v Ostravě. In *VI. slovenský geriatrický kongres, II. quo vadis preventívna medicína – sborník přednášok*. Prešov : FZ PU, 2007, s. 58–69. ISBN 978-80-8068-665-9.

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. 2008a. Porušování lidských práv v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Kontakt*. 2008, vol. 10, supplement 1, s. 28-33. ISSN 1212-4117.

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. 2008b. Syndrom vyhoření u zaměstnanců domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. *Geriatrics*. 2009, vol. 15, č. 1., s. 165-168. ISSN 1335-1850.

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. 2008c. Etické aspekty výzkumu týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči. *Zdravotnictvo a sociální práce*. 2008, vol. 2, č. 4. (v tisku). ISSN 1336-9326.

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. 2009. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*, 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

CHOU, K. et al. 1996. Assaultive behavior in geriatric patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 1996, vol. 22, no. 11, s. 31-38. ISSN 00989134.

CLARK, E. J. 2002. Patients in Peril : Critical Shortages in geriatric Care. *National Association of Social Workers* [online]. Washington, February 27, 2002 [cit. 2006-06-15]. Dostupný z WWW:

<http://www.socialworkers.org/pressroom/events/clark_aging.asp>.

CLOUGH, R. 1999. Scandalous Care: Interpreting Public Injury Reports of Scandals in Residential Care. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1999, vol. 19, no. 1, s. 13-27. ISSN 0894-6566.

COHEN-MANSFIELD, J. 2001. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001, vol. 9, no. 4, s. 361-381. ISSN 1545-7214.

DAVIES, S.; LAKER, S.; ELLIS, L. 1997. Promoting autonomy and independence for elder people within nursing practice : a literature review. *Journal of Advancing Nursing*. 1997, vol. 26, no. 2, s. 408-417. ISSN 0309-2402.

DISMAN, M. 2006. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

DOUGLAS, S.; JAMES, I.; BALLARD, C. 2004. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004, vol. 10, no. 3, s. 171-179. ISSN 1472-1481.

EASTMAN, M.; SLATER, P.; WAHLSTROM, G. 1997. *Abuse of older people in residential care – a European project*. England : London Borough of Enfield, September 1997. 49 s.

Elder Abuse/Mistreatment Defined. 2006. *National Center on Elder Abuse* [online]. Washington, September, 2006 [cit. 2006-11-15]. Dostupný z WWW: <http://www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=mistreatment.cfm>.

ENS, I. 2005. Abuse of Older Adults in Institutions [online]. *National Clearinghouse on Family Violence*, Ottawa 2005, Canada. [cit. 2008-09-21]. Dostupný z WWW: http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/ageinstitutions_e.html.

EVERS, E.; TOMIC, W.; BROUWERS, A. 2001. Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*. 2001, vol. 22, no. 4, s. 439–454. ISSN 0161-2840.

Evropská charta pacientů seniorů [online]. 1997. Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 [cit. 2009-01-15]. Dostupný z WWW: < <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=48>>.

FALLON, P. 2006. *Elder abuse and/or neglect. Literature review* [online]. Ministry of Social Development : Centre for Social Research and Evaluation Te Pokapu Rangahau Arotaki Hapori, 2006. [cit. 2009-02-10]. Dostupný z WWW: <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/literature-reviews/elder-abuse-neglect/index.html>>.

GLENDENNING, F. 1999. *Elder Abuse and Neglect in Residential Settings: Different National Backgrounds and Similar Responses*. 1th ed. Staffordshire : the Haworth Press, 1999. 173 s. ISBN-13: 978-0-7890-0751-9.

GIORDANO, N.H.; GIORDANO, J.A. 1984. Elder Abuse : A Review of the Literature. *Social Work*. 1984, vol. 29, no. 3. ISSN 1545-6846.

GIORGI, A. 1985. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA : Duquesne University Press, 1985. 216 s. ISBN 978-0-8207-0174-5.

GODFREY, A. 2000. What impact does training have on the care received by older people in residential homes? *Social work education*. 2000, vol. 19, no. 1, s. 55-65. ISSN 0261-5479.

GOERGEN, T. A. 2004. Multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*. Nov 2004, vol. 6, no. 3, s. 15–25. ISSN 1466-8203.

GOODRIDGE, D.M. at al. 1996. Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants : Implications for institutional elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1996, vol. 8, no. 1, s. 49-67. ISSN 0894-6566.

GORMAN, L.M.; SULTAN, D.F. 2008. *Psychosocial nursing for general patient care*. 3 rd. ed. US : Philadelphia, 2008. 537 s. ISBN 978-8-8036-1784-1.

GROENEWALD, T. 2004. A Phenomenological Research Design Illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*. 2004, vol. 3, no. 1, s. 1-26. ISSN 1609-4069.

HABART, P.; HÁVA, P. 2007. Týrání a zanedbávání seniorů. Problém „elder abuse“ v zařízeních ústavní sociální péče v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. 2007, vol. 10, č. 1, s. 22–27. ISSN 1213-6050.

HALL, B.L.; BOCKSNICK, J.G. 1995. Therapeutic Recreation for the Institutionalized Elderly : Choice or Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1995, vol. 7, no. 4, s. 49 - 61. ISSN 0894-6566.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3. roz. vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2004. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

HELLSTRÖM, U.W.; SARVIMÄKI, A. 2007. Experiences of Self-determination by Older Persons Living in Sheltered Housing. *Nursing Ethic*. 2007, vol. 14, no. 3, s. 413-24. ISSN 0969-7330.

HIRST, S.P. 2002. Defining Resident Abuse Within the Culture of Long-Term Care Institutions. *Clinical Nursing Research*. 2002, vol. 11, no. 3, s. 267-284. ISSN 1054-7738.

IVANOVÁ, K. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

JANEČKOVÁ H., HNILICOVÁ H. 1999. Spokojenost seniorů s institucionální péčí. *Zdravotnické noviny*. 1999, č. 33, s. 16. ISSN 0044-1996.

JANEČKOVÁ, H. 2005. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (ed.). *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. s. 163-193. ISBN 80-7367-002-X.

JAYAWARDENA, K.M. ; SOLOMON, L. 2006. Elder Abuse at End of Life. *Journal of Palliative medicine*. 2006, vol. 9, no. 1. s. 127-134. ISSN 1096-6218.

JOHNSTONE, M. 1999. *Bioethics a nursing perspective*. 3 th ed. Australia : Haucourt, 1999. 543 s. ISBN 0-7295-3403-0.

JONES, J.S.; HOLSTEGE, C.; HOLSTEGE, H. 1997. Elder abuse and neglect : Understanding the causes and potential risk factors. *American Journal of Emergency Medicine*. 1997, vol. 15, s. 579–583. ISSN 0735-6757.

KALVACH, Z. 1997. Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém. *Časopis lékařů českých*. 1997. vol. 136, č. 6, s. 170-173. ISSN 0008-7335.

KALVACH, Z. 2003. Individuální stáří se stává věcí veřejnou. *Mimořádná příloha zdravotnických novin*, prosinec 2003, s. 54. ISSN 0044-1996.

KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, as., 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. roz. vyd. Praha : SZÚ, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KELCHNER, E.S. 2002. Social Work with Older Adults in Health Care and Residential Setting in the New Millenium : A Return to the Past. *Journal of Gerontological Social Work*. 2002, vol. 36, no. 3/4, s. 115-125. ISSN 0163-4372.

- KIMSEY, L.; TARBOX, A.; BRAGG, D. 1981. Abuse of the Elderly. The Hidden Agenda : The Caretakers and the Categories of Abuse. *Journal of the American Geriatric Society*. 1981, vol. 29, no. 2, s. 465-472. ISSN 0002-8614.
- KOPECKÁ, P. 2002. Koncept kvality života seniorů v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2002, roč. 5, č. 1-2, s. 71-75. ISSN 1213-6050.
- KRÁLOVÁ, J. et al. 2003. Senioři a problematika stárnutí. *Zdravotnictví v České republice*. 2003, roč. 6, č. 3-4, s. 127-131. ISSN 1213-6050.
- KINGSTON, P., BAWN, S., THOMPSON, L. 2004. Institutional indicators of elder abuse and neglect. *Old age psychiatrist*. Autumn 2004, no 3. ISSN 1464-2514.
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007. Praha : MPSV [cit. 2009-01-14]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- Listina základních práv a svobod. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.* [online]. 1992. [cit. 2009-01-15]. Dostupný z WWW: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> >.
- MANDIRACIOGLU, A.; CAM, O. 2006. Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. *Occupational Medicine*. 2006, vol. 56, no. 7, s. 501-503. ISSN 0962-7480.
- MEMARIAN, R. et al. 2007. Professional Ethic as an Important Factor in Clinical Competency in Nursing. *Nursing Ethics*. 2007, vol. 14, no. 2, s. 203-214. ISSN 0969-7330.
- MOON, A. 2002. Perceptions of elder abuse among various cultural groups : similar and differences. *Generations*. 2002, č. 2, s. 75-80.

MOTEJL, O. 2007. Zpráva z návštěv ze zařízení pro seniory. *Pečující on-line* [online]. 2007 [cit. 2009-01-12]. Dostupný z WWW:

<<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=2063061>>.

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, as., 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (kvalita života ve stáří) [online]. 2008, Praha : MPSV [cit. 2009-01-14]. Dostupný z WWW:

<<http://www.mpsv.cz/cs/2857>>.

National Research Council. 2003. *Elder mistreatment: Abuse, Neglect and exploitation in an aging America*. Washington D.C. : National Academies Press, 2003.

NCEA. 2000. *Adult Protective Service Role in the Prevention of Nursing Home Abuse : Report of a National Teleconference*, Washington, DC : 2000.

NCEA. 2005. *Nursing Home Abuse Risk Prevention Profile and Checklist*. National Association of state Units on Aging. July 2005. 51 s.

NERENBERG, L. 2002. Abuse in Nursing Homes. Special Research Review Section. *National Center on Elder abuse Newsletter* [online]. May 2002 [cit. 2007-06-15].

Dostupný z WWW:

<<http://www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=abuseinnursinghomes.cfm>>.

NERENBERG, L. 2006. Communities Respond to Elder Abuse. In MELLOR, J.M.; BROWNELL, P. (ed.) *Elder Abuse and Mistreatment : Policy, Practice, and Research*. US : The Haworth Press, 2006. s. 5-34. ISBN 10:0-7890-3023-3.

NERENBERG, L. 2008. *Elder abuse prevention: emerging trends and promising strategies*. New York : Springer Publishing Company, 2008. 299 s. ISBN 978-082610327-7.

NORDENFELT, L. 2004. The varieties of dignity. *Health Care Anal.* 2004, vol. 12, no. 2, s. 69-81. ISSN 1065-3058.

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.

Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných. 1999. In KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, a.s., 2007. s. 121-124. ISBN 978-80-247-2069-2.

PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*, 1. vyd. Praha : Avicem, 1990, 136 s. ISBN 80-201-0076-8.

PATEL, V.; HOPE, T. 1993. Aggressive behavior in elderly people with dementia with dementia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1993, vol. 8, s. 457-472. ISBN 0885-6230.

PAYNE, B.K.; CIKOVIC, R. 1995. An Empirical Examination of the Characteristics, Consequences, and Cause of Elder Abuse in Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1995, vol. 7, no. 4, s. 61-74. ISSN 0894-6566.

PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

PILLEMER, K.; MOORE, D.W. 1990. Highlights from a Study of Abuse of Patients in Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1990, vol. 2, no. 1, s. 5-29. ISSN 0894-6566.

PLESCHBERGER, S. 2007. Dignity and the challenge of dying in nursing homes. *Age and Ageing*. 2007, vol. 36, no. 2, s. 197-202. ISSN 0002-0729.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. 1995. *Nursing Research: Principles and Methods*. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Company, 1995. 694 s. ISBN 0-397-55138-X.

Program výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století [online]. 2008, Praha : MPSV [cit. 2009-01-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2857>>.

Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice, MPSV, 2005.

RABUŠIC, L. 2002. *Stárnutí populace jako hrozba nebo jako sociální výzva* [online]. 2002, Praha : VUPSV. [cit. 2008-07-15]. Dostupný z WWW: <http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf>.

Respektování lidské důstojnosti. 2004. Praha : Cesta domů, 2004. 63 s. ISBN 80-239-4334-0.

RICHARDSON, B.; KITCHEN, G.; LIVINSTON, G. 2002. The effect of education on knowledge and management of elder abuse : a randomized controlled trial. *Age and Ageing*. 2002, vol. 31, no. 5, s. 335-341. ISSN 0002-0729.

ROBINSON, L. et al. 2007a. Review : sparse evidence supports non-pharmacological interventions for preventing wandering in people with dementia. *Journal of Evidence based nursing* [online]. 2007, no. 10, s. 15 [cit. 2008-03-25]. Dostupný z: WWW: <<http://www.evidencebasednursing.com>>.

ROBINSON, L. et al. 2007b. Effectiveness of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia : a systematic review. *International Journal of geriatric psychiatry* [online]. 2007, no. 22, s. 9-22 [cit. 2008-03-25]. Dostupný z: WWW: <<http://www.interscience.wiley.com>>.

SAVEMAN, B. et al. 1999. Elder Abuse in Residential Settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1999, vol. 10, no. 1/2, s. 43-60. ISSN 0894-6566.

SIDERS, C. et al. 2004. Evidence for Implementing Nonpharmacological Interventions for Wandering. *Rehabilitation Nursing*. 2004, vol. 29, no. 6, ProQuest Medical Library, s.195-206.

SILVERMAN, D. 2003. *Doing Qualitative Research, A practical Handbook*. London : Sage Publications, 2003. 394 s. ISBN 14-1290-197-9.

SILVERSTONE, B. 2005. Social Work With the Older People of Tomorrow : Restoring the Person-in-Situation. *Families in Society : The Journal of Contemporary Social Services*. 2005, vol. 86, no. 3. s. 309-319. ISSN 1044-3894.

SOLUM, E.M.; SLETTEBO, A.; HAUGE, S. 2008. Prevention of Unethical Actions in Nursing Homes. *Nursing Ethics*. 2008, vol. 15, no. 4, s. 536–548. ISSN 0969-7330.

SPEZIALE, H.J.S.; CARPENTER, D.R. 2003. *Qualitative research in nursing*. 3th ed. Philadelphia, PA : Lippincott Williams and Wilkins, 2003. 374 s. ISBN 0-7817-3483-5.

STRASSER, S.M.; FULMER, T. 2007. The Clinical Presentation of Elder Neglect : What We Know and What We Can Do. *Journal of Psychiatric Nurses Association*. 2007, vol. 12, no. 6, s. 340-349. ISSN 1078-3903.

SVOBODOVÁ, K. 2008. Analýza : Dostupnost institucionální péče o seniory z regionálního pohledu. *E-Demografie* [online]. 2008. [cit. 2008-10-12]. Dostupný z WWW:

<http://www.demografie.info> <imgsrc="http://www.demografie.info/img/demo.gif" border="0" height="30" width="100">).

SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha : Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠRAJER, J. 2006. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/sociálna práca*. 2006, č. 2, s. 109-113. ISSN 1213-6204.

TATARA, T.; KUZMEKUS, L.B. 1997. *Elder Abuse Information Series. Summaries of Statistical Data on Elder Abuse in Domestic Settings for FY 95 and FY 96*. Washington, D.C., NCEA, 1997.

TEERI, S., LEINO-KILPI, H.; VÄLIMÄKI, M. 2006. Long-Term Nursing Care of Elderly people : Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*. 2006, vol. 13, no 2, s. 116-129. ISSN 0969-7330.

TILLY, J.; REED, P. 2006. Falls, Wandering, and Physical Restraints: Interventions for Residents with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. *Alzheimer's Association* [online]. August 2006 [cit. 2008-08-25]. Dostupný z WWW: <http://www.padwalaw.com/CM/Custom/FallsWanderingRestraints%20Tilly.pdf>

TOMEŠ, I.; KOLDINSKÁ, K. 2003. *Sociální právo Evropské unie*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. 267 s. ISBN 80-7179-831-2.

TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, T. 2002. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. 1. vyd. Praha : Ústav lékařské etiky 3 LF UK, 2002. 59 s. ISBN 80-238-9505-2.

ÚLEHLA, J. 1996. *Umění pomáhat*. Písek : Renaissance, 1996. 151 s.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv [online]. 2001. [cit. 2008-11-25]. Dostupný z WWW: http://www.clk.cz/zakpred/Uml096-2001_EtikaBiomed.html

VESELÁ, J. 2003. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Brno: VÚPSV, březen 2003. 50 s.

VIDOVIČOVÁ, L., LORMAN, J. 2007. *Život v domovech pro seniory. Problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory*. Zpráva z výzkumu, 2007. 23 s.

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

VYCHYTIL, P.; HŘIB, Z. 2008. Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče. Praha : MZ ČR, 2008.

WEATHERALL, M. 2001. Elder Abuse : A Survey of Managers of Residential Care Facilities, Wellington, New Zealand. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2001, vol. 13, no. 1, s. 91-99. ISSN 0894-6566.

WHO/INPA. 2002a. *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse* [online]. Geneva : World Health Organization, 2002 [cit. 2007-04-15]. Dostupný z WWW:

http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf.

WHO/INPEA. 2002b. Missing Voices : Views of Older Persons on Elder Abuse, *World Health Organization, Geneva, 2002*.

WOOD, E.F. 2006. *The Availability and Utility on Interdisciplinary Data on Elder Abuse : A White Paper for the National Center on Elder Abuse*. NCEA, May 2006. 67 s.

Zákon č. 118/2006 Sb., o sociálních službách. ÚZ č. 702 – *Sociální zabezpečení 2009*. Ostrava : nakladatelství Sagit a.s., 2009.

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. ÚZ č. 716 – *Trestní zákoník, trestní řád 2009*. Ostrava : nakladatelství Sagit a.s., 2009.

ZAVÁZALOVÁ, H. et al. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZIMMELOVÁ, P. 2007. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. In VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2007. s. 112-118. ISBN 978-80-7254-997-9.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Domovy pro seniory – důstojnost – institucionální péče – lidská práva – prevence – rizikové faktory – senior – týrání – zanedbávání péče – zneužívání.

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Aktivity denního života (activities of daily living)
BPSD	Behavioral and Psychological Symptom of Dementia
ČR	Česká republika
DpS	Domov pro seniory
INPEA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
NAS	The National Academy of Sciences
NASW	National Association of Social Workers
NCEA	National Centrum on Elder Abuse
OSN	Organizace spojených národů
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Výběr vzorku v kvantitativním výzkumu	42
Tab. 4 Hodnocení fenoménu: přístup rodiny ke klientům.....	50
Tab. 5 Hodnocení fenoménu: přístup rodiny k zaměstnancům přímé péče	55
Tab. 6 Hodnocení fenoménu: přístup klientů k zaměstnancům přímé péče.....	57
Tab. 7 Hodnocení fenoménu: přístup klientů k ostatním klientům.....	59
Tab. 8 Vybrané fenomény a kategorie pro vytvoření výzkumných otázek a hypotéz....	61
Tab. 9 Věkové rozložení souboru - zaměstnanci přímé péče	67
Tab. 10 Rodinný stav respondentů - zaměstnanci přímé péče.....	68
Tab. 11 Vzdělání respondentů – zaměstnanci přímé péče.....	68
Tab. 12 Typ vzdělání respondentů – zaměstnanci přímé péče	68
Tab. 13 Délka praxe se seniory – zaměstnanci přímé péče	69
Tab. 14 Věkové rozložení souboru - klienti	69
Tab. 15 Pohlaví - klienti	69
Tab. 16 Délka pobytu v DpS - klienti	69
Tab. 17 Hodnocení soběstačnosti - klienti.....	70
Tab. 18 Formy fyzického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů (v %) ..	76
Tab. 19 Formy psychického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů (v %)	78
Tab. 20 Ostatní formy týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče a klientů (v %).....	80
Tab. 21 Souvislost mezi zkušeností zaměstnanců s týráním klienty a týráním klientů zaměstnanci.....	83
Tab. 22 Souvislost mezi vybranými vlastnostmi klientů uvedenými klienty a psychickým týráním	84
Tab. 24 Souvislost mezi spokojeností klientů s DpS a psychickým týráním klientů	85
Tab. 25 Souvislost mezi charakteristikou zaměstnanců a týráním klientů.....	88
Tab. 26 Souvislost mezi vlastnostmi zaměstnanců uvedenými zaměstnanci a týráním ..	88
Tab. 28 Souvislost mezi hodnocením pracovních podmínek zaměstnanců a týráním klientů.....	90
Tab. 29 Výskyt psychického a fyzického týrání v provedených výzkumech.....	97

Tab. 30 Nevhodné chování ke klientům z pohledu zaměstnanců přímé péče (v %)	136
Tab. 31 Nevhodné chování ke klientům z pohledu zaměstnanců přímé péče – pokračování (v %)	136
Tab. 32 Nevhodné chování ke klientům z pohledu klientů DpS (v %).....	137
Tab. 33 Nevhodné chování ke klientům z pohledu klientů DpS – pokračování (v %).	137
Tab. 34 Uvedené formy fyzického a psychického týrání klientů DpS pohledem zaměstnanců přímé péče (v %)	138
Tab. 35 Uvedené formy ostatních forem týrání klientů DpS pohledem zaměstnanců přímé péče (v %)	139
Tab. 36 Uvedené formy fyzického a psychického týrání klientů DpS pohledem klientů DpS (v %)	140
Tab. 37 Uvedené formy ostatních forem týrání klientů DpS pohledem klientů DpS (v %)	141
Tab. 38 Korelace mezi sledovanými položkami – výpověď zaměstnanců přímé péče	142

POZN.

Tabulka č. 2 a 3 byla z elektronické části práce vyňata z důvodu publikování v časopise:
 BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings.
Nursing Ethics. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Hodnocení rozsahu týrání z výpovědi klientů a zaměstnanců (v %)	71
Graf 2 Rozsah týrání klientů z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %).....	72
Graf 3 Rozsah týrání klientů z výpovědi klientů (%).....	72
Graf 4 Srovnání týrání klientů zaměstnanci a týrání zaměstnanců klienty (v %).....	73
Graf 5 Hodnocení forem týrání klientů zaměstnanci přímé péče z výpovědi klientů a zaměstnanců (v %)	73
Graf 6 Rozsah týrání klientů jinými klienty a rodinou z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)	74
Graf 7 Rozsah fyzického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)	75
Graf 8 Rozsah fyzického týrání z výpovědi klientů (v %)	75
Graf 9 Rozsah psychického týrání z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)	77
Graf 10 Rozsah psychického týrání z výpovědi klientů (v %)	77
Graf 11 Rozsah finančního zneužívání z výpovědi zaměstnanců přímé péče (v %)	80
Graf 12 Uvedená charakteristika týraných klientů zaměstnanci přímé péče (v %)	82
Graf 13 Souvislost mezi psychickým týráním z výpovědi klientů a soběstačností klienta (v %).....	86

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Informovaný souhlas
Příloha 2	Celoevropská směrnice týrání seniorů v ústavní péči
Příloha 3	Výběr vzorku v kvalitativním výzkum
Příloha 4	Přehled stanovených kategorií a podkategorií v kvalitativním výzkumu
Příloha 5	Rozsah týrání klientů z pohledu zaměstnanců přímé péče
Příloha 6	Rozsah týrání klientů z pohledu klientů DpS
Příloha 7	Uvedené formy týrání klientů z pohledu zaměstnanců přímé péče
Příloha 8	Uvedené formy týrání klientů z pohledu klientů DpS
Příloha 9	Tabulka korelací

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU

Byl(a) jsem informován(a) o významu výzkumu nevhodného zacházení se seniory v institucionální péči i jeho průběhu. Bylo mi umožněno položit výzkumníkovi, odpovědnému za studii, jakýkoliv dotaz ohledně průběhu výzkumu.

Byly mi poskytnuty veškeré další požadované informace a na dotazy jsem dostal(a) uspokojivou odpověď, všemu jsem porozuměl(a). O průběhu výzkumu jsem byl(a) informován(a):

Vím, že účast ve studii je dobrovolná a že od ní mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Vím, že pokud si účast ve studii rozmyslím po provedení rozhovoru a zaslepení identifikačních údajů, nebude již možné formulář pro standardizovaný rozhovor identifikovat a vyřadit.

Souhlasím s účastí ve výzkumu.

Jméno klienta: podpis:

Jméno tazatele: podpis:

Datum:

Příloha 2 – Celoevropská směrnice týrání a zneužívání seniorů v ústavní péči

CELOEVROPSKÉ SMĚRNICE

Tyto Směrnice byly vytvořeny EU-PACTE projekt 96 UK 06 – Týrání a zneužívání seniorů v ústavní péči (Eastman, Slater, Wahlstrom, 1997).

PRÁVA KLIENTŮ

- Senioři v ústavní péči musí mít přístup k civilním právům, zahrnující právo na žití života bez zneužívání a zanedbávání.
- Senioři musí mít právo dělat všechna rozhodnutí týkající se jejich života, stejně jako když žijí v komunitě, ve svém vlastním bytě. To by mělo zahrnovat například rozhodování o denním režimu, čase vstávání a chození do postele, výběru jídla, výzdoby, mít vlastní nábytek a rozhodovat o provádění péče.
- Musí být respektováno jejich soukromí, osobní hodnoty a právo být zapojený do výběru a rozvržení ošetrovatelského personálu.
- Senioři by měli mít právo podílet se na rozhodnutích týkajících se chodu zařízení.
- Všichni klienti mají mít právo důvěrně komunikovat s místními kontrolními orgány.
- Senioři by měli mít možnost přístupu k advokátům v případě nutnosti prosazení práv.

POSKYTOVÁNÍ PÉČE

- Poskytovatelé péče musí zajistit, možnost veřejně hovořit o problematice týrání, měly by povzbuzovat otevřenost zaměstnanců v těchto diskusích.
- Každý zaměstnanec by si měl být vědom možnosti zneužívání seniorů v ústavní péči a mít neomezené právo oznámit případné špatné zacházení.
- Případy ohlášeného týrání by měly být předmětem formálního vyšetřování s nezávislým a individuálním přístupem.
- Vzdělávání zaměstnanců musí zahrnovat znalosti problému týrání seniorů a kroků, které jsou nutné pro intervenci a prevenci.
- Poskytovatelé péče musí zajistit odpovídající množství zaměstnanců přímé péče, zaměstnanci by se měli účastnit týmových setkávání.
- Výběr zaměstnanců by měl být prováděn podle jasných pravidel, na základě formálních rozhovorů a zjišťování referencí z předchozího zaměstnání.
- Všechny práva a povinnosti musí být založené na potřebách klientů, ne na potřebách organizace.

PROSTŘEDÍ

- Senioři v ústavní péči musí mít možnost výběru prostředí, které upřednostňují k žití, to zahrnuje i vybavení pokoje.
- Nejvíce jsou doporučovány malé bytové jednotky.
- Senioři by měli mít možnost si přinést s sebou osobní majetek a musí mít osobní a důvěrný přístup k poštovním službám, telefonu a signalizačnímu zařízení.
- Poskytování zdravotní péče musí být prováděno tak, aby vyhovovalo potřebám seniorům.
- Žádný senior nesmí být nucený se podrobit lékařské prohlídce nebo léčbě proti svému přání, pokud se nejedná o stavy jednoznačně podléhající soudní kompetenci.

- Klient nesmí být stěhován v rámci zařízení bez souhlasu.
- V ústavní péči nesmí být zakazovány nebo omezovány návštěvy, ani návštěvní hodiny, každý klient musí mít právo návštěvu odmítnout, pokud si ji nepřeje.

DOKUMENTACE

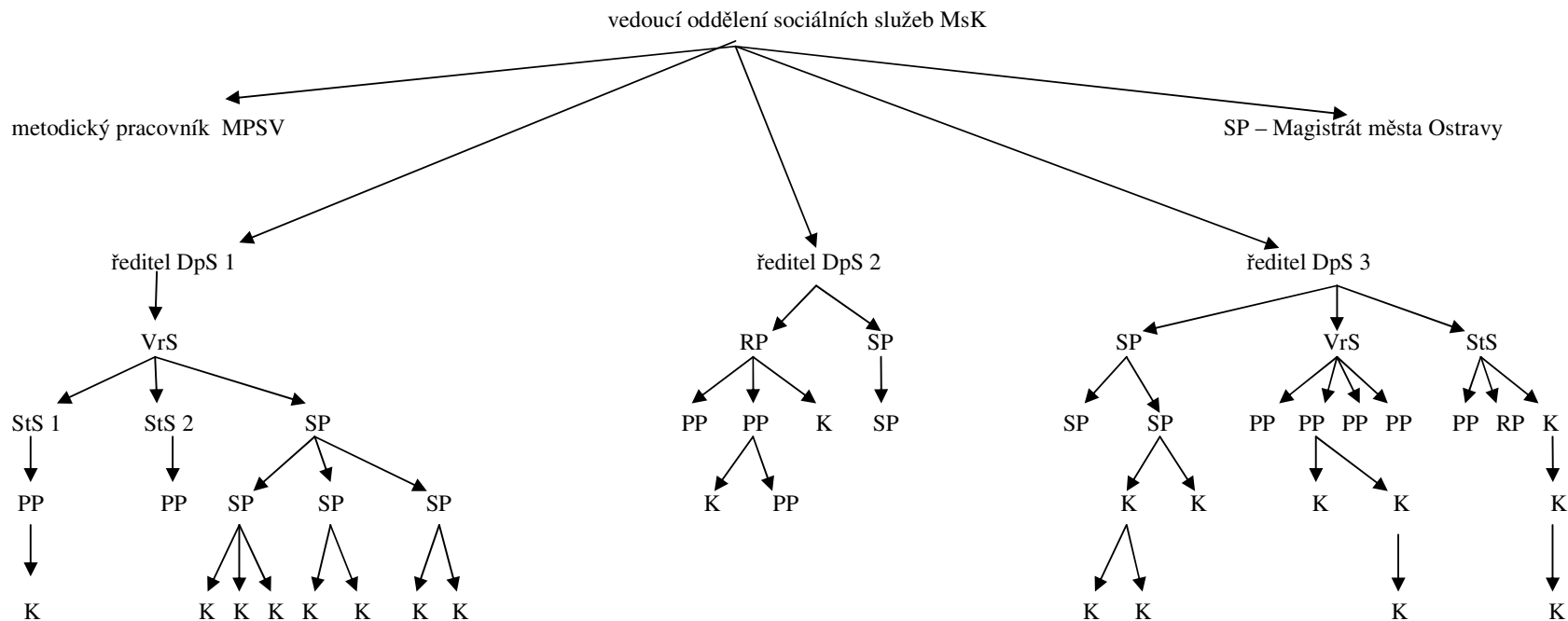
- Dokumentace by se měla obsahovat informace o přáních klienta k zajištění vhodné péče.
- Klienti, příbuzní, advokáti a zaměstnanci musí mít přístup k dokumentaci týkající se zařízení, která jasně definuje cíle a úkoly poskytované péče a detaily vybavení.
- Klient by měl mít smlouvu mezi ním a poskytovatelem péče, která jasně definuje stanovené podmínky.
- V dokumentaci musí být formálně napsány případné stížnosti klienta. Součástí je i složka, která obsahuje zprávu z externího vyšetřování, pokud klient nebyl spokojen s výsledky řešení situace v zařízení.
- Každý klient musí mít vypracovaný písemný plán péče, který je formulovaný se souhlasem klienta. Klient má právo na kopii plánu péče.
- Všechny písemné informace týkající se konkrétního klienta, by měly být dostupné pouze klientovi a zaměstnancům podílejícím se na péči.

INSPEKCE A MONITORACE

- Inspektor nebo pověřený existující odborník by měl posoudit směrnice zařízení o vyhledávání, ohlašování, monitoringu, intervenci a prevenci týrání seniorů.
- Zařízení pro seniory by měly být kontrolovány nejméně dvakrát ročně nezávislými odborníky, kteří nemají žádný vztah k poskytovateli péče.
- Inspektoři by se měli setkat s klienty v soukromí a ověřovat jejich spokojenost.
- Zprávy z inspekce musí být veřejně přístupné dokumenty.
- Zprávy musí být přiměřeně anonymní, jednotlivci nesmí být identifikováni.

Příloha 3 – Výběr vzorku v kvalitativním výzkumu

Schéma 1 – Výběr vzorku metodou sněhové koule v kvalitativním výzkumu



VrS – vrchní sestra; StS – staniční sestra; PP – zaměstnanec přímoobslužné péče; SP – sociální pracovník; RP – Rehabilitační pracovník; K - klient

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 4 – Přehled stanovených kategorií a podkategorií v kvalitativním výzkumu

Schéma 2 – Přehled kategorií a podkategorií chování zaměstnanců ke klientům

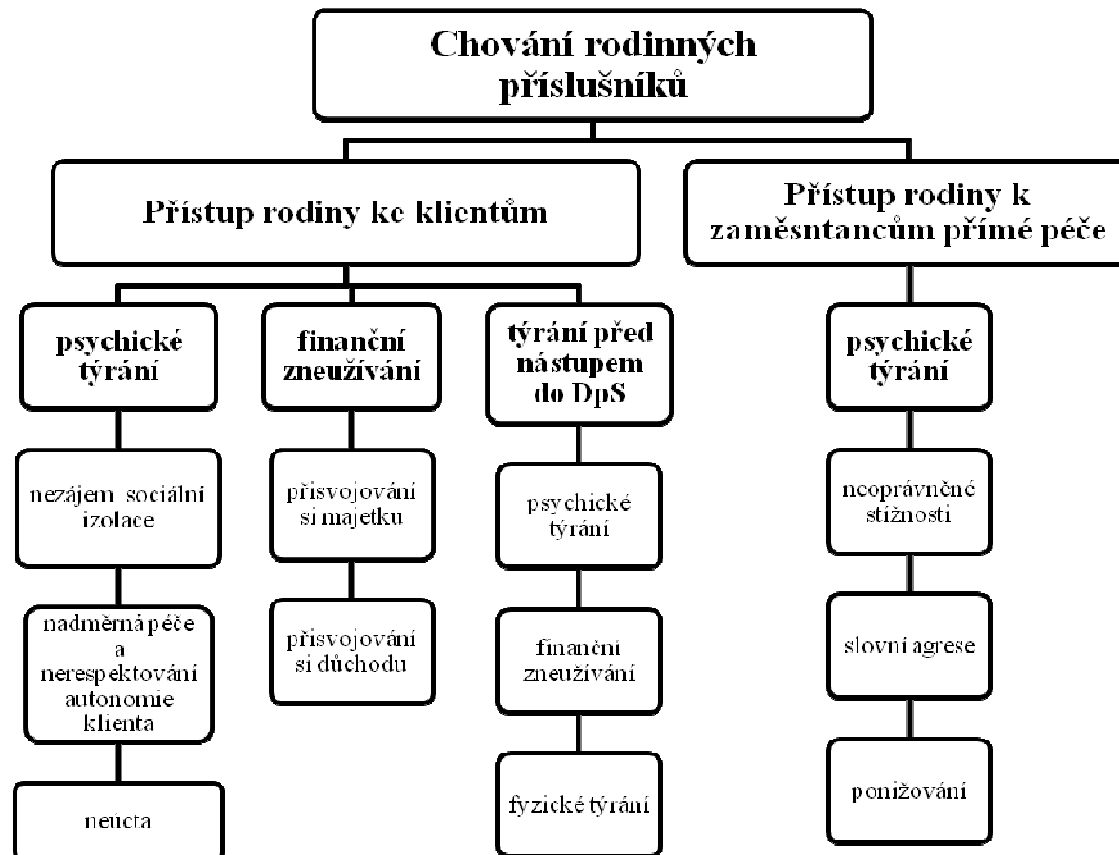
Tato část práce byla publikována v:

BUŽGOVÁ, R.; IVANOVÁ, K. Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 2009, vol. 16, no. 1. s. 110-126. ISSN 0969-7330.

Abstrakt

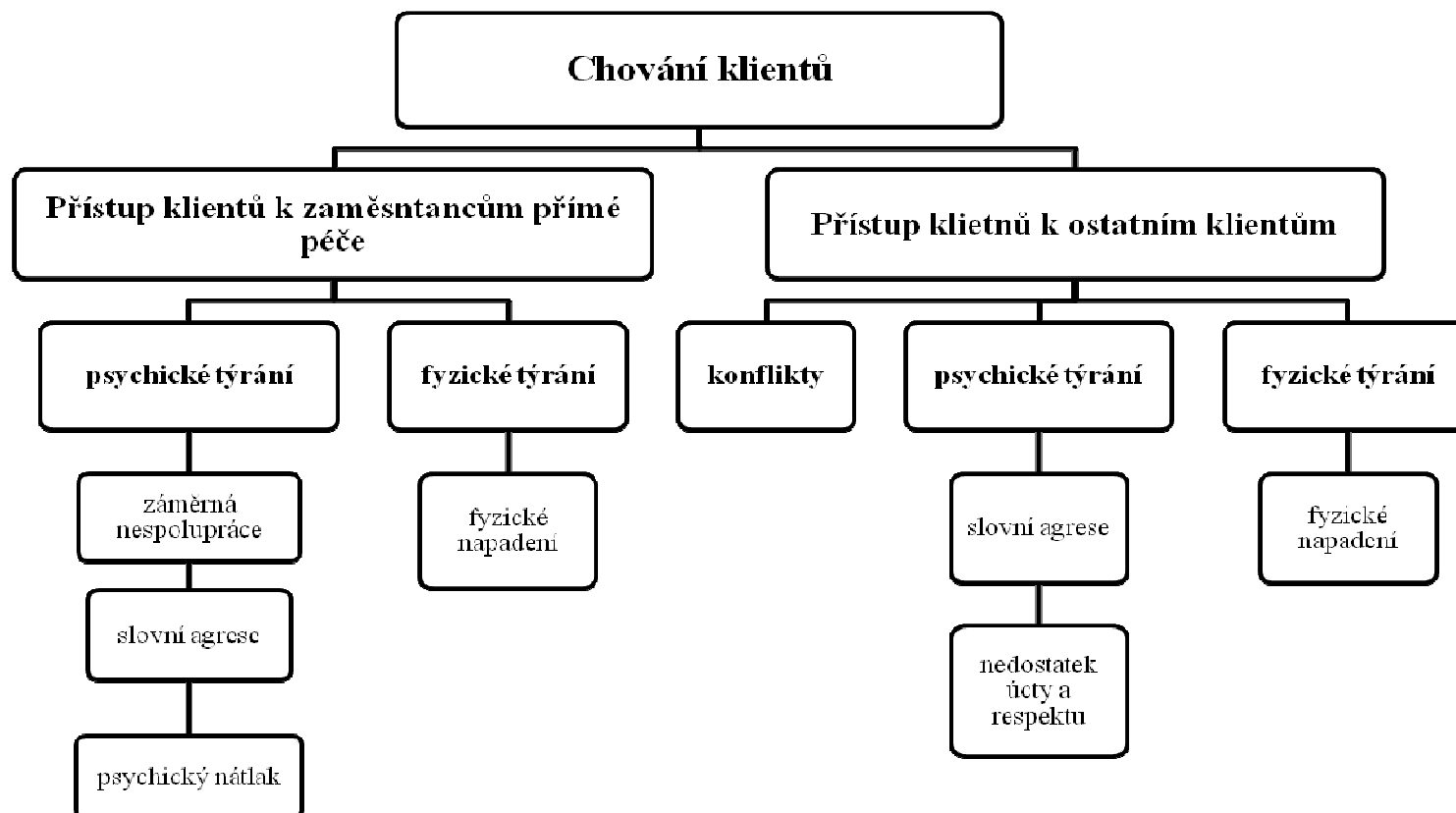
Senioři žijící v rezidenčních zařízeních mají právo na důstojnou péči založenou na profesionální etice. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou životní zkušenosti (the lived experience) zaměstnanců a klientů domovů pro seniory s fenoménem týrání seniorů v ústavní péči. Zkoumání bylo organizováno a prováděno podle kvalitativní fenomenologické metody, která je vhodná pro porozumění podstatě životních zkušeností a to podle Giorgiho (1985). Sběr dat byl prováděn technikou nestandardizovaného rozhovoru a analýzou obsahu dokumentů. V rámci rozhovorů byli účastníci vybráni metodou sněhové koule (snowball sampling) a celkový soubor (n = 48) tvořili zaměstnanci (n = 26) a klienti (n = 20) tří domovů pro seniory v Ostravě a zaměstnanci Magistrátu města Ostravy a MPSV (n = 2). V rámci analýzy obsahu byly zkoumány všechny stížnosti na nevhodné chování zaměstnanců (n = 11) doručené na Magistrát města Ostravy v letech 2003-2007. Při analýze dat byly identifikovány dvě hlavní dimenze zkoumaného fenoménu a to formy nevhodného zacházení a příčiny nevhodného zacházení. Nalezené formy nevhodného zacházení byly shrnuty v těchto kategoriích: porušování práv, finanční zneužívání, psychické týrání, tělesné týrání a zanedbání péče. Nalezené příčiny nevhodného zacházení zahrnovaly tyto kategorie: charakter zařízení, charakteristika zaměstnanců a charakteristika klientů. Z výsledku výzkumu je patrné, že je nutné vytvářet v rezidenčních zařízeních pro seniory preventivní politiku týrání zaměřenou na supervizi v oblasti porušování práv seniorů, psychického a fyzického týrání a dále pak zaměřenou na budování organizační kultury, která respektuje principy ošetrovatelské etiky.

Schéma 3 – Přehled kategorií a podkategorií chování rodinných příslušníků



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma 4 – Přehled kategorií a podkategorií chování klientů



Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 5 – Rozsah týrání klientů z pohledu zaměstnanců přímé péče

Tab. 26 Nevhodné chování ke klientům z pohledu zaměstnanců přímé péče (v %)

Pachatel	Fyzické týrání						Psychické týrání						Porušování práv					
	jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sám zaměstnanec	27	5,95	26	5,73	53	11,68	60	13,22	147	32,38	207	45,59	46	10,13	61	13,44	107	23,57
Jiný zaměstnanec	50	11,01	86	18,94	136	29,95	53	11,67	221	48,68	274	60,35	35	7,71	129	28,41	164	36,12
Rodinný příslušník	31	6,83	37	8,15	68	14,98	34	7,49	160	35,24	194	42,73	50	11,01	78	17,18	128	28,19
Klient vůči klientovi	27	5,95	198	43,61	225	49,56	11	2,42	291	64,10	302	66,52	30	6,61	196	43,17	226	49,78

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 27 Nevhodné chování ke klientům z pohledu zaměstnanců přímé péče – pokračování (v %)

Pachatel	Sexuální zneužívání						Zanedbávání péče						Finanční zneužívání					
	jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sám zaměstnanec	0	0,00	3	0,66	3	0,66	5	1,10	0	0,00	5	1,10	0	0,00	1	0,22	1	0,22
Jiný zaměstnanec	0	0,00	3	0,66	3	0,66	25	5,51	16	3,52	41	9,03	4	0,88	2	0,22	6	1,32
Rodinný příslušník	3	0,66	1	0,22	4	0,88	---	---	---	---	---	---	32	7,05	106	23,35	138	30,40
Klient vůči klientovi	16	3,52	18	3,96	34	7,49	---	---	---	---	---	---	31	6,83	83	18,28	114	25,11

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 6 – Rozsah týrání klientů z pohledu klientů DpS

Tab. 28 Nevhodné chování ke klientům z pohledu klientů DpS (v %)

Pachatel (oběť)	Fyzické týrání						Psychické týrání						Porušování práv					
	jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem		Jednou		opakovaně		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zaměstnanec (sám klient)	3	0,61	5	1,02	8	1,64	17	3,48	30	6,15	47	9,63	7	1,43	12	2,46	19	3,89
Zaměstnanec (jiný klient)	1	0,20	2	0,41	3	0,61	6	1,23	15	3,07	21	4,30	1	0,20	7	1,43	8	1,64
Klient (sám klient)	3	0,61	6	1,23	9	1,84	14	2,87	46	9,43	60	12,30	4	0,82	9	1,84	13	2,66
Klient (jiný klient)	5	1,02	11	2,25	16	3,28	12	2,46	78	15,98	90	18,44	2	0,41	15	3,07	17	3,48

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 29 Nevhodné chování ke klientům z pohledu klientů DpS – pokračování (v %)

Pachatel	Sexuální zneužívání						Zanedbávání péče						Finanční zneužívání					
	jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem		jednou		opakovaně		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zaměstnanec (sám klient)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20	1	0,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Zaměstnanec (jiný klient)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,41	2	0,41
Klient (sám klient)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	---	---	---	---	---	---	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Klient (jiný klient)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	---	---	---	---	---	---	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 7 – Uvedené formy týrání klientů z pohledu zaměstnanců přímé péče

Tab. 30 Uvedené formy fyzického a psychického týrání klientů DpS pohledem zaměstnanců přímé péče (v %)

Formy týrání	Pachatel nevhodného chování											
	Sám zaměstnanec			Jiný zaměstnanec			Rodinný příslušník			Klient vůči klientovi		
	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem
Fyzické týrání												
• Tlačení nebo násilné popadení	3,30	1,98	5,28	11,67	7,93	19,60	6,61	3,74	10,35	10,57	22,69	33,26
• Pokus o udeření klienta rukou	3,30	0,44	3,74	6,61	3,30	9,91	3,08	1,32	4,40	12,33	18,94	31,27
• Uhození klienta rukou	3,30	0,00	3,30	6,61	2,42	9,03	4,85	1,10	5,95	10,57	22,69	33,26
• Umytí klienta studenou vodou	1,76	1,32	3,08	2,64	1,54	4,18	---	---	---	---	---	---
• Nadměrné použití omezovacích prostředků	0,88	1,10	1,98	7,05	4,18	11,23	---	---	---	---	---	---
• Odpírání jídla nebo výhod jako součást trestu	0,88	0,88	1,76	2,64	2,64	5,28	---	---	---	---	---	---
• Hození předmětem po klientovi	0,44	0,00	0,44	0,88	0,44	1,32	0,88	0,22	1,10	10,35	19,17	29,52
• Kopnutí klienta	0,22	0,00	0,22	0,44	0,22	0,66	0,22	0,44	0,66	9,03	9,70	18,73
• Udeření klienta předmětem	0,00	0,22	0,22	1,10	0,22	1,32	1,10	0,22	1,32	9,03	13,88	22,91
Psychické týrání												
✓ Křičení	18,50	9,25	27,75	19,60	22,46	42,06	12,11	8,81	20,92	11,67	43,83	55,50
✓ Zdětinšťování	9,25	9,25	18,50	11,89	20,93	32,82	7,05	18,07	25,12	4,85	7,71	12,56
✓ Záměrné ignorování	9,03	4,62	13,65	10,35	10,79	21,14	5,07	7,71	12,78	10,49	0,00	10,49
✓ Záměrné vypínání signalizačních zařízení	7,28	2,65	9,93	11,04	7,28	18,32	---	---	---	---	---	---
✓ Nadávání	3,74	2,86	6,60	9,47	11,01	20,48	10,79	8,15	18,94	10,79	44,49	55,28
✓ Záměrné neuspokojení přání klienta	2,86	3,52	6,38	8,37	8,15	16,52	4,41	8,15	12,56	---	---	---

✓ Omezování nebo zákaz pohybu	2,86	3,08	5,94	6,17	6,83	13,00	---	---	---	---	---	---
✓ Slovní urážení	3,30	1,76	5,06	9,03	7,93	19,96	5,73	7,49	13,22	10,13	42,07	52,20
✓ Vyhrožování	1,76	1,98	3,74	7,49	6,61	14,10	6,39	2,86	9,25	10,13	22,69	32,82
✓ Vydávání hrubých rozkazů	1,76	0,66	2,42	6,83	5,51	12,34	5,07	2,86	7,93	11,01	15,86	26,87
✓ Záměrná izolace	0,66	0,44	1,10	2,42	1,54	3,96	---	---	---	---	---	---
✓ Ponižování klienta	0,00	0,44	0,44	5,29	3,96	9,25	5,07	2,64	7,71	10,57	24,01	34,58

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 31 Uvedené formy ostatních forem týrání klientů DpS pohledem zaměstnanců přímé péče (v %)

Formy týrání	Pachatel nevhodného chování											
	Sám zaměstnanec			Jiný zaměstnanec			Rodinný příslušník			Klient vůči klientovi		
	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem
Sexuální zneužívání	0,00	0,66	0,66	0,00	0,66	0,66	0,66	0,22	0,88	3,52	3,96	7,48
Porušování práv klientů												
• Snižování důstojnosti nevhodnou komunikací	6,61	4,62	11,23	13,00	13,87	26,87	9,03	12,77	21,80	9,03	36,35	45,38
• Omezování možnosti rozhodovat se nebo spoluúčastnit se na péči	3,52	1,76	5,28	6,17	5,06	11,23	5,73	7,93	13,66	---	---	---
• Hrubé porušování soukromí klienta	1,98	0,66	2,64	3,96	2,42	6,38	---	---	---	7,27	16,96	24,23
Zanedbání péče	1,10	0,00	1,10	5,51	3,52	9,03	---	---	---	---	---	---
Finanční zneužívání	0,00	0,22	0,22	0,88	0,44	1,32	7,05	23,35	30,40	6,83	18,29	25,12

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 8 – Uvedené formy týrání klientů z pohledu klientů DpS

Tab. 32 Uvedené formy fyzického a psychického týrání klientů DpS pohledem klientů DpS (v %)

Forma nevhodného zacházení	Pachatel nevhodného zacházení											
	Zaměstnanec (klient sám zažil)			Klient (klient sám zažil)			Zaměstnanec (klient byl svědkem)			Klient (klient byl svědkem)		
	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem
Fyzické týrání												
• Umytí klienta studenou vodou	0,20	0,61	0,81	---	---	---	0,20	0,20	0,40	---	---	---
• Tlačení nebo násilné popadení	0,00	0,20	0,20	0,41	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00	1,02	1,23	2,25
• Uhození klienta rukou	0,20	0,00	0,20	0,20	0,61	0,81	0,00	0,00	0,00	0,41	0,81	1,22
• Pokus o udeření klienta rukou	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20
• Nadměrné použití omezovacích prostředků	0,00	0,00	0,00	---	---	---	0,20	0,00	0,20	---	---	---
• Odpírání jídla nebo výhod jako součást trestu	0,00	0,00	0,00	---	---	---	0,00	0,00	0,00	---	---	---
• Hození předmětem po klientovi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,82	0,41	1,23
• Kopnutí klienta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
• Udeření klienta předmětem	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20	0,40
Psychické týrání												
✓ Slovní urážení	1,02	2,25	3,27	2,05	2,05	4,10	0,41	1,23	1,64	3,48	7,99	11,47
✓ Křičení	0,41	1,64	2,05	2,05	3,07	5,12	0,00	1,64	1,64	3,69	9,02	12,71
✓ Záměrné neuspokojení přání klienta	0,20	1,23	1,43	0,41	0,00	0,41	0,00	0,20	0,20	0,00	0,40	0,40
✓ Ponižování klienta	0,00	1,23	1,23	1,43	0,41	1,84	0,00	0,00	0,00	0,20	2,04	2,24
✓ Nadávání	0,00	1,02	1,02	1,43	4,30	5,73	0,00	0,20	0,20	2,87	10,04	12,91
✓ Záměrné ignorování	0,00	1,02	1,02	0,20	0,61	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	1,02

✓ Zdětinšťování	0,41	0,41	0,82	0,00	0,00	0,00	0,20	0,82	1,02	0,00	0,00	0,00
✓ Omezování nebo zákaz pohybu	0,00	0,41	0,41	---	---	---	0,00	0,00	0,00	---	---	---
✓ Vyhrožování	0,00	0,41	0,41	1,02	0,00	1,02	0,00	0,20	0,20	1,43	1,02	2,45
✓ Vydávání hrubých rozkazů	0,00	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
✓ Záměrná izolace	0,00	0,20	0,20	0,20	0,20	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20
✓ Záměrné vypínání signalizačních zařízení	0,00	0,00	0,00	---	---	---	0,00	0,00	0,00	---	---	---

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 33 Uvedené formy ostatních forem týrání klientů DpS pohledem klientů DpS (v %)

Forma nevhodného zacházení	Pachatel nevhodného zacházení											
	Zaměstnanec (klient sám zažil)			Klient (klient sám zažil)			Zaměstnanec (klient byl svědkem)			Klient (klient byl svědkem)		
	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem	jednou	opakovaně	celkem
Sexuální zneužívání	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Porušování práv klientů												
• Snižování důstojnosti nevhodnou komunikací	0,20	3,07	3,27	2,46	0,00	2,46	0,00	1,43	1,43	0,00	2,66	2,66
• Hrubé porušování soukromí klienta	0,00	0,62	0,62	0,00	0,20	0,20	0,00	0,41	0,41	1,03	0,00	1,03
• Omezování možnosti rozhodovat se nebo spoluúčastnit se na péči	0,41	0,20	0,61	---	---	---	0,00	0,20	0,20	---	---	---
Zanedbání péče	0,00	0,20	0,20	---	---	---	0,00	0,00	0,00	---	---	---
Finanční zneužívání	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 9 – Tabulka korelací

Tab. 34 Korelace mezi sledovanými položkami – výpověď zaměstnanců přímé péče

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 psychické týrání	1,000									
2 fyzické týrání	---	1,0000								
3 porušování práv	---	---	1,0000							
4 Věk	0,0654	0,0215	0,0531	1,0000						
5 vzdělání	0,0501	0,0845	0,0412	-0,1272**	1,000					
6 délka praxe	0,1489**	0,0655	0,0459	0,3369***	-0,0533	1,000				
7 náročnost práce	-0,2003***	-0,0773	-0,1472**	-0,0301	0,0139	-0,1661***	1,000			
8 spokojenost s prac. podmínkami	0,1404**	0,0722	0,0793	-0,0162	-0,0629	0,0890	-0,2845***	1,000		
9 spokojenost s prům. platem	0,1394**	-0,0101	0,0673	-0,0533	-0,0941*	-0,0434	-0,1384**	0,4889***	1,000	
10 syndrom vyhoření	0,2383***	0,1155*	0,1851***	0,0203	0,0071	0,1365*	-0,3852***	0,2323***	0,2108***	1,000

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Zdroj: vlastní výzkum