Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Katedra KKL

Bakalářská práce

Vzájemná šikana mezi seniory na domě s pečovatelskou službou

Vypracoval: Eva Šílová
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá šikanou mezi seniory na domě s pečovatelskou službou. Hlavním cílem a snahou je pomocí kvalitativního výzkumu prokázat zda se šikana projevuje či nikoli. Teoretická část poukazuje na fakt, že šikana je rozsáhlejší problematika, než je v mnohých odborných zdrojích uváděno. Rozebírá původ, vlivy a typy agresivního chování. Cíleně vyhledává vztahy mezi projevy agresí a seniorským věkem a změnami ve stáří. Také seznamuje s mnoha pojmy jako je šikana obecně, agrese a agresivita, senior a stáří, změny ve stáří a dům s pečovatelskou službou. Teoretická část se snaží o propojení výše zmíněného a dovést čtenáře k poznání, že teoreticky je šikana vážnou problematikou nevyhýbající se ani seniorům a zařízením se sociálními službami. Praktická část pak zkoumá, zda se šikana opravdu objevuje, v jaké míře, odhaduje typologii obětí a agresorů, nejčastější typy šikany a jejich četnost. Také nabízí subjektivní náhled dotazovaných na případné řešení a původ takového jednání mezi seniory. Teoretická část má za úkol, mimo jiné, potvrdit či vyvrátit (nebo alespoň zpochybnit) část teoretickou. Cílem bakalářské práce je pak samotné zjištění, jestli se šikana mezi seniory na domě s pečovatelskou službou opravdu objevuje a pokud ano, tak umožnit vhled do problematiky (závažnost, požadavky na další, konkrétněji zaměřené výzkumy a celkové vzbuzení zájmu o tuto problematiku). Posláním celé bakalářské práce je tudíž poskytnutí impulsu k případnému řešení, monitoringu či prevenci šikany mezi seniory a to nejen na domě s pečovatelskou službou (samozřejmě za předpokladu, že se domněnka potvrdí). Informace vyplývající z bakalářské práce by měla posloužit nejen odborné, ale i laické veřejnosti.

Klíčová slova: Šikana, senior, stáří a změny v jednání, dům s pečovatelskou službou, agrese, konflikt.

Abstract

The bachelor´s work concerns bullying among seniors at house with home care. Main aim and effort is proving whether bullying happens or not with qualitative research. Theoretical part points the fact, that bullying is much wider issue than it is introduced in many specialized sources. It describes origin, influences and types of aggresive behavior. It looks for relationships among aggression occurences and senior´s age and changes in old age. It also presents many terms like bullying in general, aggresion and aggressiveness, senior and old age, changes in old age and house with home care. Theoretical part makes effort to connect all mentioned above and lead the reader to recognition, that bullying is serious issue including seniors and facilities with home care and social services.

Practical part examines, whether bullying really appears, what range, estimates victim´s and aggresor´s typology, most types of bullying and their frequency. It also offers subjective respondents´ overview with potential solution and origin of such behavior between seniors. Task of practical part is, except others, confirm of reject (or question at least) theoretical one.

Aim of bachelor´s work is finding out, whether the senior´s bullying at house with home care really exists. If it does, then enable an insight into the issue (importance, requirements for next, more specific aimed searches and completely getting more interested). Mission of the bachelor´s work is to offer the impulse to potential solution, bullying monitoring or prevention among seniors not only at house with home care (in condition the assumption will be confirmed of course). Arising information from the work, should serve to both professional and non-professional public use.

Key words: bullying, senior, old age, changes in behaviour, nursing home, agression, conflict

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....

(jméno a příjmení)

Po mém soudu, má se předejít jak samu zlu, tak bázni přede zlem.

William Shakespeare

Poděkování

Děkuji své mamce, bez které bych měla ve slově výzkum měkké „i“ a za cenné rady. Celé své rodině za podporu, konstruktivní připomínky a pomoc celkově. Marcelovi Myslivečkovi a Janu Čeledovi, bez kterých by mi abstrakt kvalitně přeložil Google překladač. A vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení mé práce.

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 SOUČASNÝ STAV **11**

1.1 DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU A PERSONÁL 11

1.1.1 Dům s pečovatelskou službou 11

1.1.2 Vymezení pojmů 11

1.1.3 Personál, komunikace se seniory a možnosti řešení případného konfliktu 12

1.1.3.1 Komunikace pečovatelka x klient 13

1.1.3.2 Postoj pečovatelky 14

1.1.3.3 Řešení konfliktů 14

1.2 SENIOR, STÁŘÍ, OSOBNOST A ZMĚNA JEDNÁNÍ 15

1.2.1 Senior 15

1.2.2 Stárnutí a stáří 16

1.2.3 Osobnost 16

1.2.4 Sociální patologie ve stáří 16

1.2.4.1 Charakteristika neúspěšného stárnutí a patologického stáří 17

1.2.4.2 Faktory podílející se na subjektivně i společensky závažném stavu s vysokou mírou utrpení a/nebo konzumace společenských výdajů 18

1.2.5 Společenské důsledky 19

1.2.6 Mezigenerační vztahy a sociologie rodiny 19

1.2.7 Zaměstnanost a aktivity seniorů 20

1.2.8 Bydlení a změna bydliště ve stáří 20

1.3 SOCIÁLNÍ SKUPINA 21
1.3.1 Definice 21
1.3.2 Funkce skupin 21
1.3.3 Typy skupin 22
1.3.4 Role ve skupině 22
1.3.5 Vliv skupiny na jedince 22
1.3.6 Rodina 22
1.3.6.1 Vývoj rodiny a senior 23
1.3.7 Vrstevnická skupina 23
1.4 AGRESE, AGRESIVITA, FORMY, TYPY A PROJEVY 24
1.4.1 Agrese, agresivní chování 25
1.4.2 Agresivita 25
1.4.3 Násilí 25
1.4.3.1 Druhy násilí 25
1.4.4 Zátěžová situace 27
1.4.5 Typy agrese 27
1.4.6 Příčiny zvýšené agresivity u jedince 28
1.4.6.1 Přirozená agrese 28
1.4.6.2 Agrese, na kterou má vliv psychický stav jedince - „psychická agrese“ 29
1.4.6.3 Zdravotní oblast mající vliv na zvýšení agrese 30
1.5 KONFLIKT 31
1.5.1 Definice 31
1.5.2 Přínosy a stinné stránky konfliktu 31

1.5.2.1 Přínosy 31
1.5.2.2 Stinné stránky 32
1.5.3 Příčiny konfliktů 32
1.5.4 Úrovně konfliktu 32
1.5.5 Některé typy konfliktů 33
1.6 ŠIKANA 34
1.6.1 Definice 34
1.6.2 Druhy šikany 35
1.6.3 Projevy 36
1.6.4 Příčiny a důsledky – troj(pěti)rozměrný model šikanování 36
1.6.5 Agresor 37
1.6.6 Oběť 38
1.6.7 Publikum a zastánce 39
1.6.7.1 Publikum 39
1.6.7.2 Zastánce 39
1.6.8 Důsledky 39
1.6.9 Prevence 40
II PRAKTICKÁ ČÁST 41
2 CÍL PRÁCE 41
2.1 Výzkumný problém 41
3 METODOLOGIE 42
3.1 Výzkumný vzorek 43
4 VÝSLEDKY 43
4.1 První výzkumná skupina: klienti 43

4.2 Druhá výzkumná skupina: personál 51

5 DISKUZE 57

6 ZÁVĚR VÝZKUMU 60

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 61

8 PŘÍLOHY 65

ÚVOD

Když se vysloví pojem šikana, většina lidí si představí negativní chování na školách různého typu, v práci, pomocí výpočetní techniky či mobilního telefonu. Někteří dokáží šikanu rozdělit i do „základních“ dvou typů jako je psychické a fyzické trápení druhého, převážně slabšího, jedince. Je ale tato šíře pohledu postačující? Svou prací a výzkumem celkově chci poukázat na rozšířenost šikany mimo notoricky známé oblasti. Seznámit čtenáře co vše se pod pojmem šikana skrývá. Nabídnout vhled do problematiky, prevence, detekce a poukázat na možnosti vzniku šikany. Rozšířit pohled široké veřejnosti (laické i odborné), že šikana, se základnou v agresi a konfliktu, má spojitost s osobností jedince, s vnějšími vlivy jako například působení léků, stárnutí, netypické bydlení, změna náročnosti okolí, ztráta vrstevníků, vliv kultury atp., a s vlivy vnitřními jako jsou výchova, vzdělání, poruchy osobnosti, hodnoty jedince atd. Teoretická část mé bakalářské práce by měla toto vše čtenáři poskytnout, pomoci mu vše propojit a ukázat, že je mnoho věcí a ještě více situací pro agresi, konflikty, šikanu a nezvládnutí takto nepříznivé situace. Senioři nejsou imunní proti šikanování, naopak jsou na tom, dle mého mínění hůř. Senioři jsou specifická skupina méně odolná negativnímu chování. Jsou citlivější a mnohdy ohroženější než jiní. Na to navazuje praktická část práce, kde výzkum prokáže či vyvrátí mou domněnku, zda se šikana mezi seniory na domě s pečovatelskou službou vyskytuje/objevuje. Poskytuje pohled na tuto problematiku nejen z pohledu pracovníků, který je v přímém kontaktu s klienty, ale také z pohledu samotných klientů. Otázky jsem směřovala co možná nejkonkrétněji, aby mi byla zodpovězená výzkumná otázka: Vyskytuje se šikana mezi seniory ve vybraném domě s pečovatelskou službou?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU (DÁLE JEN DPS) A PERSONÁL

1.1.1 DPS

DPS ze zákona prakticky neexistuje. Ovšem samotná pečovatelská služba (terénní) a přidružené ambulantní služby (stravování na DPS ap.) jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006Sb. o sociálních službách, popř. ve vyhlášce č. 505/2006.

Přesto Čevela (2012) DPS charakterizuje a uvádí, že DPS nepatří mezi pobytové služby, jde o byty v domě zvláštního určení pro bydlení seniorů a zdravotně postižených dospělých občanů, jejichž zdravotní stav umožňuje vést poměrně samostatný život s podporou terénních a ambulantních služeb sociální péče. Dále tvrdí, že byt v DPS představuje přirozené domácí prostředí, respektuje soukromí a přitom koncentruje nabídku služeb (včetně stravování). Stále je to ale forma institucionalizace, i když svým způsobem okrajově. Navíc je v DPS ve valné většině zastoupena seniorská populace a z důvodu vdovství, jsou to převážně ženy a na základě těchto skutečností je tu plodná půda pro konflikty ve větším množství než v běžných typech bydlení.

1.1.2 Vymezení pojmů podle Malíkové (2011)

Terénní služba - služby jsou poskytované u klienta doma (tam kde žije).

Pečovatelská služba - pomoc potřebným jedincům v péči o sebe a o domácnost.

Pracovník v sociálních službách

- vzdělání „stačí“ odborné středoškolské či vyšší odborné a/nebo odborný kurz v odpovídající délce (určuje zákon).

- činnost – nepedagogická činnost (hygienické a společenské návyky a jejich fixace), přímá obslužná péče (pomoc při hygieně, oblékání ap.), pečovatelská činnost (práce s lidmi s fyzickými či psychickými obtížemi aj.).

Sociální pracovník

- vzdělání VŠ, akreditovaný kurz, VOŠ ukončené absolutoriem (podrobnosti opět upřesňuje zákon).

- činnost - uzavírání smluv, vydávání rozhodnutí a jiné administrativní úkony, většinou nevykonává přímou obslužnou péči.

1.1.3 Personál, komunikace se seniory a možnosti řešení případného konfliktu

Kromě rodiny, známých a sousedů je na DPS důležitou osobou pro seniora právě personál. Konkrétní „přidělená“ pečovatelka, která u klienta vykonává úkony určených smlouvou a zákonem. Pečovatelka je významnou osobou, která má veliké procento pravděpodobnosti odhalit, dozvědět se či vypozorovat různé pozitivní, ale hlavně negativní jevy v prostředí seniora. Člověk se velice často svěří spíše relativně cizímu člověku než vlastní rodině. Rozhodující je zde stud, možnost nepochopení či zlehčování ze strany blízkých, obava, že by problém mohl vyplout na povrch. U pečovatelky, která je profesionálem a přijímaní informací od klientů je na úrovni zpovědního tajemství, seniora zbaví (více či méně) „bloku“ v podobě studu ap. Pečovatelka má také výraznou „preventivní“ funkci. Spojuje seniora s vnějším prostředím, předává informace, udržuje klienta „v obraze“, motivuje ho a pomáhá v rozvíjení schopností a dovedností.

1.1.3.1 komunikace pečovatelka x klient

Zde, jako v podstatě kdekoli jinde, musí pečovatelka přizpůsobit komunikaci schopnostem a dovednostem klienta. Senior ale má svá specifika a těmi jsou změny ve stáří a jejich kombinace (například demence a geriatrická osamělost a mnoho dalších).

Bariéry v komunikaci podle Pokorné (2010):

- *vnitřní* – vyplývá ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu (obava z neúspěchu, strach, zlost, bariéry postoje, nepřipravenost, fyzické nepohodlí, nemoc...).

- *vnější* – dáno zevním prostředím, jeho uspořádáním ap. (vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení).

Další determinanty jako zdroj komunikační bariéry podle Pokorné (2010):

- činitelé ovlivňující schopnost PŘIJÍMAT sdělovaný obsah – fyzické, psychické, kognitivní a psychosociální změny.

- činitelé ovlivňující schopnost DEKÓDOVAT sdělovaný obsah – aktuální psychický a fyzický stav, předchozí zkušenosti, kognitivní změny ap.

- činitelé ovlivňující schopnost PRODUKOVAT nová sdělení či reakci na původní informaci - aktuální psychický a fyzický stav, kognitivní změny, schopnost slovní produkce ap.

1.1.3.2 Postoj pečovatelky podle Pidrmana (2005)

Postoj pečovatelky má přímý vliv na stav klienta:

- *negativní jednání*: nepřiměřený nesouhlas a kritika, dávání příslibů, ignorace, přílišná kontrola, projevy zloby či agrese proti klientovi atd.
- *pozitivní jednání*: empatie, klid, tvůrčí přístup ke klientovi, respektování individuality, práv, emočního rozpoložení klienta, profesionalita ap.

Personál i klienti mají jistá práva a povinnosti, kterými se řídí. Personál má navíc určitá vnitropersonální nařízení (daná zákonem) a těmi jsou například Etický kodex, Standardy kvality sociálních služeb, Listina základních práv a svobod, Práva seniorů, různé charty atd.

1.1.3.3 Řešení konfliktů

Tím, že DPS není pobytové zařízení a pečovatelská služba je službou terénní, nemá personál téměř žádnou možnost a čas jak při konfliktu zasáhnout. Mnohdy se o ničem ani nedozví. Při vážných konfliktech (jako fyzické napadení) je řešení stejné jako v běžném soužití kdekoli jinde – zavolání Policie ČR a následné řešení se zřizovatelem DPS (porušení např. domovního řádu). Konfliktům, jakými jsou například hádky, pomluvy ap., lze zabránit jen těžko. Důležitá je zde právě schopnost správné komunikace, taktu a diplomacie.

1.2 SENIOR, STÁŘÍ, OSOBNOST A ZMĚNA JEDNÁNÍ

Osobnost, stáří a změna jednání ve stáří, to vše spolu úzce souvisí. Někde jsem slyšela, že jaký je člověk uvnitř, jaká je osobnost, o to víc se jeho povaha projeví ve stáří. Ztrácí se zábrany. Kvůli nemocím, ve stáří obvyklých, se senior soustředí právě na ně. Doléhá na ně osamělost, průběh jejich života, vidina budoucnosti měřící se už ne na desetiletí, ale na roky, v případě vážné nemoci, na měsíce. Ve stáří se objevuje mnohem více nemocí, různé kognitivní a emocionální poruchy, nebo „jen vyhrocení" osobnosti. Abychom si vše dali do souvislostí, musíme si definovat kdo je senior, co je stáří a stárnutí, osobnost, změna jednání. To vše má vliv na projevy agrese. Někdy ovlivnitelné jindy nikoli.

1.2.1 Senior (Čevela, 2012)

Definice seniora, jistá periodizace, je spíše formální záležitostí. Přesto vystihuje určitou variabilitu priorit.

- mladý senior – 60 - 74 let (dominuje zájem o práci, seberealizaci, volnočasové aktivity, péči o vnoučata...).
- starý senior – 75 – 89 let (často nastupují zdravotní problémy, ovdovění, narůstá potřeba odpočinku...).
- velmi starý senior – 85 a více let (problémy se soběstačností, potřeba péče a podpory).

Dalším „rozdělením" seniorů dle Čevely (2012) je z hlediska zájmů a potřeb: elitní, zdatní, nezávislí, křehcí, závislí, zcela závislí, umírající. Postupně zde ubývá samostatnosti, zvládání životních nároků, výkonnosti. Zároveň však přibývá zdravotní problémy, potřeba pomoci druhých ap.

1.2.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí i stáří samotné, je těžko definovatelné. Je to individuální vnímání změn vlastního těla a psychiky. Je to tzv. poslední fáze lidského života, v níž se nápadněji projevuje involuce (omezování, zanikání), souhrn involučních změn, se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a přizpůsobivost organismu (Kalvach, Onderková,2006). Existuje rozdíl mezi stářím kalendářním (věk člověka) a stářím biologickým (míra a zdatnost involuce) (Kalvach, Onderková,2006).

1.2.3 Osobnost

Strukturu osobnosti tvoří schopnosti, temperament, určité rysy (např. introvert a extrovert) a charakter.

Člověk je jedinečná osobnost. Souhrn vlastností jedince je něco co se zpravidla u druhého neopakuje. Určitě ne ve stejné kombinaci. Na jednu stranu je to to co nás dělá lidmi – neopakovatelnost, jedinečnost, pestrost, zajímavost a náš život zajímavým. Na stranu druhou je to zdroj konfliktů, nesvárů, nenávisti, diskriminace ap. Za něco je „vinna“ dědičnost, za něco výchova a za něco náš přístup k životu a lidem okolo nás.

1.2.4 Sociální patologie ve stáří podle Čevely (2012)

Sociální aspekty neúspěšného stárnutí a maladaptace na stáří, osamělost jako porucha sociální účasti (participace) a kritické prořídnutí sociální sítě, sociální vyloučení, věková diskriminace či zdravotní a funkční křehkost, chudoba, materiální nezabezpečenost a nevhodné zacházení (zanedbávání, zneužívání, týrání, asociální chování, zanedbávání sebe sama) – to vše se můžeme považovat za sociální patologii.

1.2.4.1 Charakteristika neúspěšného stárnutí a patologického stáří podle Čevely (2012)

- psychika

  - závažná nespokojenost, maladaptace, bezvýchodnost, úzkost, deprese.

  - stud – emoce, která může fungovat jako zpětná vazba, jako užitečná pojistka, abychom jisté věci už raději neopakovali (mluvíme-li o budoucnosti), ale může být i bičem, který nás týrá a podráží nám nohy (Kramulová,2012).

- zdraví a funkce

  - špatné funkční zdraví, kriticky nízká úroveň potenciálu zdraví (zdatnost, odolnost, adaptabilita), závažné funkční deficity, funkčně závažné choroby, rozvinutá geriatrická křehkost (chátrání zdraví a funkčního stavu bez jasné vazby na konkrétní nemoc).

  - demence – podle Jiráka a kol. (2009) se agresivita u demence objevuje ve formě nadávek, vyhrožování, ničení nábytku či jiných věcí kolem sebe i schopností napadnout jinou osobu. Glenner a kol. (2012) pak přichází s tzv. katastrofickými reakcemi při péči o člověka s demencí. Ty souvisí s náhlou změnou chování k horšímu. Mezi katastrofické reakce patří verbální či fyzická agrese, obavy, vztek, paranoia, tvrdošíjný vzor aj.

  - vliv léků – některé léky, kombinace léků mají za následek zhoršení nálady, ovlivnění emotivity, vyvolání agrese.

  - emotivita a její poruchy.

  - mírná kognitivní porucha.

- interakce s prostředím

  - nesoběstačnost.

- sociální oblast

  - vysoká míra nutné podpory, péče a při jejím neposkytnutí zanedbanost a sociální vyloučení.

- spirituální oblast

  - pocit marnosti, nesmířenosti, nenaplněnosti, „nespojenost“ (diskontinuita) života.

1.2.4.2 Faktory podílející se na subjektivně i společensky závažném stavu s vysokou mírou utrpení a/nebo konzumace společenských výdajů podle Čevely (2012)

- pokročilá geriatrická křehkost (svalová slabost, hypomobilita, instabilita, pády).
- nebezpečný životní styl (nevhodné stravování, malnutrice, obezita, izolace).
- choroby a stavy, které jsou invalidizující a kauzálně neléčitelné (demence, aterosklerosa, degenerace sítnice).
- maladaptace na stáří, osobnostní charakteristiky – nekonstruktivní (rezignace, ztráta motivace, *konfliktní jednání a komunikace*).
- ztotožnění se s rolí závislého, nezdatného starce – často nedobrovolné.
- náročné bariérové prostředí nebo život v odlehlých oblastech.
- osamělost – nedostatečná přirozená sociální síť.

- chudoba – nedostatek prostředků pro seberealizaci, zabezpečení, úpravě prostředí.
- nevzdělanost – nedostatek znalostí o možnostech řešení problémů.
- dysfunkce podpůrných služeb – vysoká míra institucionalizace.
- věková diskriminace – vyčlenění, předsudky, stereotypy.
- nevhodná léčba/zdravotnický personál – nežádoucí účinky léků, dlouhodobá institucioalizace.

1.2.5 Společenské důsledky stárnutí

Je celoevropským faktem, že populace stárne. Klesá natalita a i mortalita. Hlavním důvodem je prodlužující se věk dožití, dynamický růst kvality lékařské péče a vůbec objektivní kvality života jedinců. Většinou již nejsou takové fyzické nároky na jedince. Důsledkem pak je větší finanční zátěž na stát jako garanta sociální podpory nejen ve stáří, snižující se ekonomická (finanční) návratnost od čím dál většího počtu seniorů v ČR (tzn., že na seniory již nemá kdo „vydělávat“, dostávají důchod, na který mají nárok, ale ona sociální dávka již v mnohých případech není pokryta ziskem). A protože je současnost ovládána kapitálem a celkově honbou za penězi je logické, že ageizmus (diskriminace vůči seniorům) se dříve či později v nějaké míře objeví...

1.2.6 Mezigenerační vztahy a sociologie rodiny

O rodině jako takové a jejím významu se budu více rozepisovat právě v kapitole rodina. Největším problémem je zde totiž rozpad multigenerační rodiny a z toho vyplývající institucionalizace seniorů (prarodičů). Senior tak ztrácí nejen důležitou aktivní roli právě prarodiče (péče o vnuky, o dům, o rodinu jako takovou), ale i ztráta mezigenerační solidarity (přirozená pomoc od mladších členů rodiny, sousedů ap.). Také, společně s institucionalizací, se ztrácí tradice, morální hodnoty, emočních vazeb – prakticky všeho co je odjakživa předáváno z generace na generaci. To vše se, se změnou

ve struktuře a fungování rodin a domácností, mizí a důsledky, které to dozajista mít bude, pocítíme až v generacích budoucích (Čevela,2012).

1.2.7 Zaměstnanost a aktivity seniorů

Největší ranou pro aktivního člověka je penzionování – odchod do důchodu. Je to změna nejen režimu dne, ale i ekonomické stránky života a s tím spojený životní styl. Dále má penzionování vliv na sociální začlenění – odchodem z pracovního místa ztrácí senior mnoho sociálních vazeb a je ohrožen izolovaností. Maladaptace na tuto významnou změnu může mít za následek deprese, konflikty, psychosomatické projevy, náchylnost k větší spotřebě alkoholu ap. Jistým bojem proti tomuto jevu je posunutí věku odchodu do důchodu (Čevela, 2012).

1.2.8 Bydlení a změna bydliště ve stáří

Bydlení, pod tímto pojmem si každý představí něco trochu jiného. Někdo zámek, jiný byt 2+1 a další například iglú. Jedno mají ale společné. Bydlení znamená domov a domov je rodina, sousedé, soukromí, bezpečí. Ať máme vztahy v rodině jakékoli, pořád je to domov (nemám teď na mysli extrémně patologické chování – týrání, zneužívání ap., pak je institucionalizace na místě a jakési vysvobození). Lpíme na domově v dětství, v pubertě (i když se to nezdá), dospělosti a neméně ve stáří.

Typ bydlení prakticky určuje naši kvalitu života. Kvalitní bydlení, mezigenerační solidarita, rodina a sousedské vztahy to je prakticky prevence před institucionalizací. Nebo alespoň její nejvíce možné oddálení. Specifickým gerontologickým problémem je samo stěhování se ze známého do neznámého. Jde o velmi závažný stresor a je prakticky jedno zda jde o chtěné či nechtěné stěhování. Jak se senior vypořádá s institucionalizací, závisí na mnoha faktorech, důvodech a právě onomu chtění/vyžádání. Pokud případné přestěhování se podceníme, může u některých jedinců vyvolat psychosomatické problémy, emoční výkyvy, izolovanost a větší náchylnost k agresi (Čevela, 2012).

1.3 SOCIÁLNÍ SKUPINA

Sociální skupina je základnou pro pochopení a podporu jedince, která do skupiny patří, ale i pro projev konfliktů, agrese a šikany. Je proto velmi důležité pochopit co se sociální skupinou myslí, její dělení a co je výhodou a nevýhodou. Zejména pak v propojení potřeb seniora a jeho umístění do domu s pečovatelskou službou – zde totiž vzniká dost atypická sociální skupina s mnoha nebezpečenstvím.

1.3.1 Definice

Jak jedinec jedná a jak projevuje ve společnosti je určováno skupinami, jichž je jedinec členem. Vzájemně se členové ve svém jednání ovlivňují. Je to vlastně několik jedinců, které spojuje například stejný zájem, práce, cíl ap. Jako přirozená potřeba člověka – tzv. tvor společenský. Skupinu člověk „využívá“ pro uspokojování základních biologických potřeb. Společnost určuje pravidla, skupina je formuluje. Každá skupina plní nějakou funkci (Říčan, 2005).

1.3.2 Funkce skupin dle Říčana (2005)

- oficiální funkce – sdružení na základě společného věcného zájmu či cíle (vnik i nedobrovolně – např. školní třída).

- sociálně-psychologická motivace – potřeba být pospolu, sdružovat se, potřeba osobního uplatnění, vyniknout, ovládat a stejně jako pomáhat druhým, potřeba bezpečí...

1.3.3 Typy skupiny dle Říčana (2005)

- formální – pevně stanovená úloha, jednoznačně určená organizace, jasné rozlišení mezi členy a nečleny, jasně přidělené úkoly a pravomoci členům.
- neformální – spontánní vznik, krátkodobá i dlouhodobá existence.

1.3.4 Role ve skupině dle Říčana (2005)

Role pomáhají porozumět orientaci a jednání lidí ve společnosti, kde každý jedinec jedná a chová se tak jak mu „přikazuje“ jeho určená role. Podle role se také něco očekává – soubor očekávání.

Vtahy ve skupině lze změřit a to sociometrickou metodou.

1.3.5 Vliv skupiny na jedince dle Říčana (2005)

Skupina vyvíjí na jedince tlak k přizpůsobení se v jednání i v názorech. Pokud tomu tak je, skupina jedince chválí, cení si ho a poskytují mu nejrůznější výhody. V opačném případě se pozice člena ve skupině značně zhoršuje. Proto mnoho lidí podlehne tlaku skupiny a souhlasí i s tím s čím by jinak nesouhlasili.

Máme přirozenou tendenci srovnávat sebe samého s druhými – mocný skupinový faktor.

1.3.6 Rodina

Jako primární sociální skupina má neopomenutelnou a maximálně důležitou funkci. Kromě biologické a reprodukční má hlavně funkci zprostředkování „vrůstu“ jedince do kultury a společnosti (Matoušek, 2003).

Rodina je zdrojem jistoty, bezpečí a informací o okolí a o jedinci samotném. Je modelem, který člověk napodobuje či se s ním identifikuje. Podle rodinného zázemí (fungování či disharmonie ap.) v dětství jedince, významně ovlivňuje jeho psychickou pohodu v dospělosti (Vágnerová, 2012).

1.3.6.1 Vývoj rodiny a senior

Postupem času prošla rodina obrovskou změnou. Dříve byla zcela normální multigenerační rodina. Z důvodu společenských změn (náhled na sňatek, plánované rodičovství, pokles vlivu katolické církve ap.), proměny domova a bytu (z vesnic do měst) a proměny členů rodiny (vstup žen na pracovní trh, možnost institucionalizace dětí, postižených jedinců, seniorů ap.), přestala multigenerační rodina plnit svou funkci. Rozpad multigenerační rodiny a přesun péče o prarodiče na instituce je celoevropský proces s individuálním tempem a pojetím, který je ale odrazem společnosti 21. století. V současnosti je rodina o přímých členech (rodiče a děti) a prarodiče jsou často umístěni (i dobrovolně) v různých druzích institucí jako je dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory ap. (Kolesárová, 2012).

1.3.7 Vrstevnická skupina

Jedinec zde nemá své postavení jisté, musí se umět prosadit, ale zároveň musí umět ostatní získat, aby ho byli ochotni akceptovat. Nejen v dětství, kde se prvně tyto vztahy utváří, v dospělosti, kde se upevňují, ale po celý život je vrstevnická skupina nadmíru důležitá. Jde o komplex sociálních vazeb na úrovni, mimo jiné, zájmových aktivit, v sousedství a pracovišť. Vytváří tzv. sociální síť – sloužící jako zázemí, zdroj pomoci a opory. Pokud jsou tyto vazby nežádoucím způsobem změněny či výrazně poškozeny (onemocnění ap.) může dojít k šikaně, agresi a jiným negativním jevům (Vágnerová, 2012).

1.4 AGRESE, AGRESIVITA, FORMY, TYPY A PROJEVY

V dnešní době je agrese čím dál častějším jevem. Nejen že se děti stávají agresivnějšími, krutějšími a mnohdy, ve svých činech, i brutálnější a zákeřnějšími, ale i dospělá populace začíná brát agresi jako součást života. Vždyť v moderním světě člověk musí jít za svým, být průrazný a často i bezohledný, protože takoví jsou všichni a bez tohoto jednání by člověk ničeho nedosáhl. Začínáme lehce legalizovat tuto „průbojnost“, která v mnohých znacích připomíná prostou agresivitu. Samozřejmě je důležité rozeznávat tzv. zdravou a meze překračující agresi. Mě ale přijde, že v současnosti se hranice, kdy jde jen o zdravou průbojnost a kdy už je to agresivita se vším všudy, stírá. Ztrácí se lidskost, ochota někomu pomoci, ohleduplnost a mnoho dalších cnostných vlastností podobného významu.

Poněšický (2005) tvrdí, že u lidí, zvláště pak v civilizovaných zemích, na základě smluvních norem nenásilného soužití chybí dostatečné množství podnětů a příležitostí k agresi – v pozitivním smyslu k prokazování např. odvahy. Dále tvrdí, že z tohoto důvodu si sami, jaksi uměle, vytváříme specificky lidské konfliktní situace, dochází k vnitrodruhové agresi, a čím více se společnost bude snažit o nastolení mírumilovných podmínek, tím spíše bude docházet ke konfliktům, jen jejich smysluplnost bude upozaděna a bude se jednat spíše o absurdity. A agrese bez „ušlechtilého“ důvodu je ta nejhorší.

Nejvíce neuchopitelné je toto téma hlavně pro jeho subjektivní charakter postavený na emocích. Emoce doprovázejí naše duševní dění a vyjadřují vztah člověka k okolí a k vlastním projevům a liší se svou intenzitou (Malá, Pavlovský,2010).

1.4.1 Agrese, agresivní chování

Agrese – nepřátelské, zlostné až útočné projevy na úrovni slovní i fyzické (proti věcem, zvířatům, lidem) (Malá, Pavlovský, 2010).

Vágnerová (2012) agresivní chování definuje jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující neživé objekty nebo i živé bytosti. Dále agresi charakterizuje jako reálný projev agresivity, který mívá charakter násilí.

1.4.2 Agresivita

Termínem agresivita označujeme tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování (Vágnerová, 2012). Martínek (2009) pak popisuje agresivitu jako útočnost, postoj či vnitřní pohotovost k agresi – v širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem.

1.4.3 Násilí

Násilí je jakýkoliv incident, při kterém je použita (nebo jí jen hrozí) fyzická síla či moc proti sobě, jiné osobě, skupině či komunitě nebo zvířeti – s následkem poranění, smrti, psychické újmy, poruchy vývoje či osobnosti (Haškovcová, 2004).

1.4.3.1 druhy násilí podle Haškovcové (2004)

- fyzické násilí – má mnoho forem. Od odpírání pití, jídla či léků, vystavování nepřiměřenému chladu/horku, přes bití až po smrt.

- psychické násilí – většinou je zaměřené na citlivá místa oběti, má mnoho forem a velké množství z nich je (právě pro svou individualitu) prakticky nemožné identifikovat, rozpoznat. Patří sem posměšky, ponižování, verbální agrese - urážky, výsměch, hrozby, zastrašování. Nezřídka je, u seniorů, použité násilí formou sociální izolace, zabraňování pěstování koníčků, útok na domácí zvíře či ničení památečních věcí.

- sociální násilí – toto násilí je reprezentováno převážně finančním a materiálním týráním (převod bytu či důchodu, pod nátlakem, na druhou osobu).

- sexuální násilí – formy: sexuální zneužívání či obtěžování, znásilnění a obchod se ženami. U seniorů se toto zneužívání nazývá gerontofilie.

- sebepoškozování – násilí vůči sobě již formou anorexie či bulimie a v nejextremnější formě je to sebevražda.

- institucionální týrání – nedostatek informací, záměrné odloučení od rodiny či snižování kontaktů s ní, nekvalitní péče, nedostatečná snaha řešit klientovi problémy komplexně, špatná či nevhodná výživa, podcenění či nedodržení pitného režimu, nevhodná či nadměrná indikace uklidňujících léků (poslední tři „prohřešky“ jsou velice často páchány právě na seniorech, kteří jsou, zrovna na tyto oblasti, velice citliví).

- mediální násilí – nadměrná prezentace násilí ve filmech či zprávách a dále tzv. nálepkování určitých skupin obyvatel, které jsou v médiích negativně prezentované (senioři, teenageři...).

- rasové násilí – forma násilí páchána na jednotlivci či skupině z důvodu barvy pleti, původu, víry ap.

1.4.4 Zátěžová situace

Člověk se prakticky denně potýká s, více či méně, náročnými problémy a situacemi, a v případě nepříjemných událostí dokáže svou vrozenou agresivitu zvládnout. Pravdou ale zůstává, že různí lidé reagují na životní situace různě. Největší rozdíl se pak projeví v případě stresové situace - nadměrné zátěže. Člověk, který je jakkoli oslabený (narušená osobnost, demence, léky, stáří...) a dostane se do situace, která pro něho není únosná a přiměřená, lehce přechází v nejprostší verzi agrese – tj. do útoku, zlosti, hněvu, rozčílení.

1.4.5 Typy agrese dle studium-psychologie.cz (2012)

- z hlediska FORMY je to myšlenková, verbální a fyzická agrese.
- z hlediska POVAHY a kontextu příčin je to afektivní, instrumentální + nově šikanování.
- z hlediska ZAMĚŘENÍ - proti osobám, zvířatům, věcem či na jiný objekt, než který byl spouštěčem.

Afektivní (hostilní – nepřátelský postoj zaměřený obecně proti lidem, impulzivní, emocionální) agrese má reaktivní charakter, obvykle není plánovaná - vzniká vyprovokováním (často nezáměrným).

Instrumentální agrese má promyšlený charakter, je vedlejším produktem při dosahování jiných neagresivních cílů (snaha vyhrát - zraním soupeře aby neskóroval).

Šikanování, tyranizování a obtěžování (bullding, mobbing, harrasment) jsou relativně nové typy agrese, typickým znakem je nerovnost v síle tyranizátora a oběti.

1.4.6 Příčiny zvýšené agresivity u jedince

Můžeme si položit jednoduchou otázku: „Kde se to v těch lidech bere?“. Podle Martínka, (2009) hrají výraznou roli genetické faktory a některé prameny uvádí, že až ze 60% je její míra dědičná. Dále také tvrdí, že těžko můžeme chtít, aby se potomek silně agresivního otce choval jako anděl. Agresivita se také objevuje, v často zvýšené míře, u seniorů. Velikou roli zde hraje dlouhodobé zdravotní obtíže, demence, vliv léků, narušení sociálních vazeb a z toho plynoucí strach, úzkost, deprese aj. Senior se také dostává do situace, kdy je dlouhodobě hospitalizován či přišla na řadu nějaká instituce. Ať už se jedná a dům s pečovatelskou službou nebo domov pro seniory ap., je zde klient sociální služby vystaven nepřirozenému prostředí, kde dlouhodobě žije. Ztrácí, více či méně, soukromí, (odvažuji si tvrdit) i důstojnost a celkově svůj životní styl, rytmus. Každý by se v této situaci necítil nejlépe, senior navíc má sníženou schopnost přizpůsobivosti k tak radikálním změnám, jako je umístění do ústavu.

Musíme také rozeznávat „druh“ agrese. Tento pojem je totiž vnímán převážně negativně, něco co do moderní společnosti nepatří. Ale existují pomyslné tři oblasti – zdravotní, psychická a přirozená.

1.4.6.1 Přirozená agrese

Zde jde o jakousi pudovost. Prapůvodní boj o potravu, moc a území (je tomu dodnes, jen o něco „civilizovanějším“ způsobem).

- Obrana – míra tolerance je (pochopitelně) variabilní z hlediska charakteru útoku a charakteru a intenzity obrany (Fischer, Škoda, 2009).

- Pomsta – zde je podle Fischera a Škody (2009) míra tolerance nižší, protože se nejedná o přímou reakci na čin vyvolávající tuto potřebu.

- Uspokojování některých potřeb – mezi tyto potřeby můžeme zahrnout např. potřebu seberealizace, akceptace vlastní osoby druhou (např. prostřednictvím šikany či jiné formy agrese), materiální atd. Tato forma agresivity je nejméně tolerována (Fischer, Škoda, 2009).

- strach a úzkost – jsou to dvě různé emoce, které spolu ale úzce souvisí, „doplňují se“. Strach je okamžitá reakce na situaci ohrožující či možnost ohrožení zdraví či života. Úzkost je naproti tomu jisté emocionální napětí, nereaguje přímo na existující podnět. Obě však mohou vyvolat nepřiměřenou agresi formou útoku.

1.4.6.2 Agrese, na kterou má vliv psychický stav jedince – „psychická agrese“

Narušená osobnost – existují čtyři typy narušené osobnosti dle Poncet-Bonissol (2012), které využívají různé typy agrese pro svůj prospěch:

- *Bytost dvojí tváře* – na venek působí tento člověk, jako milý, zajímavý a otevřený člověk budící dojem bezchybnosti. V soukromí pak lže, vydírá a vyhrožuje, osočuje druhé, necitelný, bez slitování. Tento ty přitahuje jedince (oběť) bez sebedůvěry a sebeúcty, která v minulosti trpěla nedostatkem lásky a porozumění.

- *Strach z prázdnoty* – Takovýto jedinec o sobě podvědomě pochybuje, proto pozoruje okolí i sám sebe. Snaží se sebevědomí najít u někoho jiného – toho chce využít a zničit. Bývá citově plochý, nenavazuje hluboké city, ale zároveň svou rodinu a blízké okolí ujišťuje o nenahraditelnosti vzájemného vztahu. Druhé lidi vnímá jako „berličky“, které mu pomáhají ujišťovat se o sobě samém. Pokud tuto „jistotu“ ztrácí, zuří.

- *Únik před setkáním se sebou i s ostatními lidmi* – tento typ člověka škodí svému okolí, aby se vyhnul strachu z prázdnoty. Je to strategie, kdy si tento člověk na

život jen „hraje“, předstírá péči o druhé, nepřebírá odpovědnost, je nevypočitatelný. Aby se vyhnul depresi, ztrácí tento člověk sebekontrolu a dává průchod agresivitě.

- *„Vysávač“ životní síly* – jde vlastně o osobní úspěchy druhých, které takto narušenou osobnost nenechávají v klidu a dělají z ní nebezpečného jedince. Úspěchy druhých mu připomínají neúspěchy vlastní. Často používají psychický nátlak.

Psychiatrická diagnóza

Je nespočet psychiatrických diagnóz, které způsobují či zhoršují agresivitu jedince. Mezi takové patří například schizofrenie, různé druhy závislostí (alkoholismus ap.), fobie, emočně nestabilní porucha osobnosti, posttraumatická stresová reakce, kombinace různých poruch atd.

Narcismus

Jako jedna z poruch osobnosti, která je však velice výrazná a stojí za to jí zmínit zvlášť. Narcismus se vyznačuje zahleděností do své vlastní osoby a přehnaně svou osobnost oceňuje, to očekává i od druhých. Příznačné, pro tyto lidi, je ovládání, využívání a závidění druhým jejich úspěch. Vyznačují se vnitřní pochybností o sobě – kompenzace přehnaným sebevědomým a arogantním vystupováním (Poncet-Bonissol,2012).

1.4.6.3 Zdravotní oblast mající vliv na zvýšení agresi

Existuje mnoho okolností, které zvyšují agresivitu nebo snižují schopnost ji ovládnout. Tyto okolnosti jsou tzv. mimo jedince. Nemůže je ovlivnit. Patří mezi ně například: léky, demence, bolest, dlouhodobá nemoc či hospitalizace ap.

1.5 KONFLIKT

„Jediné vítězství je takové, kdy všichni zvítězí a nikdo neprohraje.“ (Kratz, 2005, str.75)

1.5.1 Definice

Konflikt vzniká mezi dvěma a více stranami, z nichž jedna je obvykle silnější a tvrdí, že je v právu (ať již na držení jisté věci, a nebo ve způsobu jednání). Jednání může způsobit zmaření tužeb ostatních „účastníků“ konfliktu. Nejdůležitější je domnělá opodstatněnost požadavku z něhož konflikt vzniká (Eggert, 2005).

Když lidé urovnávají konflikty, velice často spolu nejednají v „rukavičkách“. Každá ze stran má zájem (ať už opodstatněný či nikoli) zvítězit a soupeře bez milosti porazit (Kratz, 2005).

1.5.2 Přínosy a stinné stránky konfliktu

Konflikt není jen negativní pojem. V mnohém nás utváří, pomáhá nám v životě překonávat různé překážky. Učí nás.

1.5.2.1 Přínosy podle Eggerta (2005)

- podporuje rozvoj – učí nás překonávat překážky, spolupracovat.
- podporuje tvořivost – nutí nás hledat řešení a překonávat rozdíly mezi účastníky konfliktu.
- rozvíjí umění jednat s lidmi (navzdory rozdílným názorům).
- podpora vzájemného pochopení různých hodnost, snah a kultur.
- podpora změn a pokroku, jíž konflikt vyvolává.

- podpora originality a podpory reflexe.

1.5.2.2 Stinné stránky podle Eggerta (2005)

- zvýšené napětí, nižší produktivita (vše směřuje ke konfliktu nikoli k práci).
- nižší mezilidská soudržnost (donucení vybrat si strany).
- postavení a samolibost předcházejí rozum a skutečnost.
- vyšší finanční a časové náklady atd.

1.5.3 Příčiny konfliktů (Eggert, 2005)

Špatná komunikace – neschopnost jasně vyjádřit své potřeby, pojmenovat problém ap.

Vnímané rozdíly – rasa, náboženství, pracovní aj. skupiny (přirozená potřeba odlišit se o jiné skupiny).

Biologické sklony – Darwinova teorie, že přežijí jen ti nesilnější (k rozeznání kdo je silnější a kdo slabší slouží právě konflikt).

Prostorové vztahy – potřeba vlastního prostoru, jehož narušením konflikt vzniká.

1.5.4 Úrovně konfliktu (Eggert, 2005)

Podrážděnost – problémy a potíže nejsou výrazné (dají se ignorovat).

Rozmrzelost – již narůstá stres a lze očekávat potíže, stále ale dokážeme logicky vyjádřit své námitky.

Vztek – problémy již vyvolávají silný pocit nespravedlivosti, uraženosti a nepřátelství, vstupují na scénu emoce.

Násilí – každá ze stran je naplno přesvědčená o správnosti svého stanoviska, často se objevuje touha po pomstě a odplatě. není neobvyklé slovní, ale i fyzické napadání, které je vnímáno jako přiměřené.

1.5.5 Některé typy konfliktů dle Eggerta (2005)

Mezilidský:

- ideologie (např. šovinismus x feminismus).
- povaha (např. dominance x umírněnost, introvert x extrovert).
- kultura (např. Američané x Poláci).
- věk (mladí x starší).
- hodnoty (např. konzervativci x liberálové).
- náboženství (např. Křesťanství x Islám).

Národní:

- majetek (chudí x bohatí).
- občanské války.

Mezinárodní:

- Studená válka.
- boj proti terorismu.

1.6 ŠIKANA

1.6.1 Definice

Většina z nás si řekne, že přece ví co je šikana. Problém nastane, pokud tento pojem musí vysvětlit, definovat, konkretizovat. Snad je to i tím, že definic je mnoho a ani odborníci se jednohlasně neshodují na konkrétním synonymu anebo se rozcházejí v době vzniku či při jaké intenzitě už to není škádlení, ale šikana.

Zde nabízím několik definic:

- Šikana je ubližování někomu, kdo se nemůže či nedovede bránit (Říčan, Janošová, 2010).
- Pro vztah, který označujeme jako šikanování, je příznačná naprostá nesouměrnost sil, kdy mocnější zneužívá slabšího a pošlapává jeho práva (Kolář, 2001).
- Šikanování je agresivní chování s hlavním cílem poškodit jistou osobu či skupinu lidí, využívá různých prostředků k dosažení svého cíle, od pomluv přes slovní útoky až po fyzické násilí (Kolář, 2005).
- Za šikanování se považuje, když jeden nebo více žáků opakovaně a úmyslně ubližuje druhým. Znamená to, že vám někdo, komu se nemůžete ubránit, dělá, co je vám nepříjemné, co vás ponižuje anebo to prostě bolí – strká do vás, nadává vám, schovává vám věci, bije vás. Ale může vám znepříjemňovat život i jinak, pomlouvá vás, intrikuje proti vám, navádí spolužáky, aby s vámi nemluvili a nevšímali si vás (Minimalizace šikany,2003).
- Šikana patří mezi rizikové chování i sociálně-patologické jevy – je při ní omezována osobní svoboda jedince, svoboda rozhodování, je ponižována lidská důstojnost a čest, mnohdy je obětem ubližováno na zdraví či majetku (Ambroová).
- Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak

fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševním a tělesném zdraví (Zeman, 2000).

Šikana je, bohužel, i v dnešní době velice častou záležitostí. Na školách je prakticky denním chlebem mnohých dětí. Člověk by řekl, že v 21. století se bude takové negativní chování minimalizovat, ale jsem přesvědčená, že je tomu naopak. Navíc se v některých případech i tabuizuje či se samotná situace zlehčuje, nahrazuje jinými, mírnějšími názvy. Například nevhodné chování mezi seniory ap.

Šikanování je všudypřítomné a může nás doprovázet celý život. Začíná v rodině mezi sourozenci, pokračuje ve školce a v dalších školách (bulling), v zájmových skupinách, na vojně, v zaměstnání (mobbing), v partnerských vztazích (domestic violence), v nemocnicích, v PL, mezi nájemníky domu a končí třeba týráním seniorů v rodině nebo v domovech pro seniory (Kolář, 2005).

1.6.2 Druhy šikany

Existuje dvojí základní rozdělení šikany.

- *Přímá* – jde převážně o přímé fyzické i slovní napadání z rozmanitých důvodů (rasismus, jinakost ap.), záměrné poškozování a braní věcí, ponižování, zotročování atd.
- *Nepřímá* – jde hlavně o sociální izolaci (ignorování, vyhýbání se jedinci ap.).

Často se tyto dvě formy kombinují a jedna z druhé může vycházet.

- *Fyzická agrese* – agresor, k šikanování oběti, používá fyzické násilí, popřípadě předměty, kterými učiní útok důraznějším.
- *Slovní agrese a zastrašování* – agresor oběti vyhrožuje fyzickým útokem, zastrašuje, nadává ji, vysmívá se nebo ji zesměšňuje ap.
- *Krádeže, ničení a manipulace s věcmi* – agresor oběti ničí a odcizuje věci, nebo si věci půjčuje a vrací je znehodnocené.
- *Násilné a manipulativní příkazy* – agresor nutí oběť k různým nepříjemným činnostem a/nebo úkolům (Doležalová, 2008).

1.6.3 Projevy

Již od „druhů" šikany lze poměrně lehce odvodit projevy šikany. Od těch méně nenásilných jako je izolace, ignorace, posměšky, pomluvy, vyčleňování z případných společných akcí, naschvály, krádeže, poškozování věcí až po ty velice závažné a násilné činy. Těmi jsou například fyzické útoky rukou, nohou, holí, přímé cíleně zraňující slovní útoky, ponižování, vyhrožování atd. Záměrně se vyhýbám hodnocení šikany jako méně a více vážnější. Ve všech případech jde o subjektivní vnímání situace. Pro někoho můžou být nepřekonatelné již pomluvy.

1.6.4 Příčiny a důsledky – troj(pěti)rozměrný model šikanování

Kolář (2001) popsal trojrozměrný praktický pohled na šikanování:

1) Šikanování jako nemocné chování.
   Hlavní rysy lze popsat takto: úmyslné, většinou opakované týrání a zotročování spolužáka či spolužáků, kdy jeden nebo více žáků používají agresi a manipulaci.

2) Šikanování jako závislost.

   Je charakterizováno vzájemnou vazbou mezi agresorem a obětí, převažuje lidská strategie: skrýt vlastní strach a zároveň využít strachu druhého.

3) Šikanování jako porucha vztahů ve skupině.

   Nikdy není šikanování pouze záležitostí agresora a oběti, ale odehrává se v nějaké konkrétní skupině. Je to tedy těžká porucha vztahů skupiny, která podlehla infekci.

Já, vzhledem k tématu práce, dodávám ještě čtvrtý a pátý, neméně důležitý, rozměr týkající se seniorů.

4) Šikanování, jako důsledek onemocnění a stárnutí.

   Vliv stárnutí a nemoci (např. Alzheimerovi demence) ve stáří má veliký vliv na ovládání agrese, zvládání konfliktů a stresových situací.

5) Šikanování jako důsledek „atypického" společného soužití.

   Rodina je jedinou původní a přirozenou skupinou, kde by se člověk měl cítit nejlépe. Vše ostatní je tzv. atypické a skýtá mnohé nástrahy a situace, které by jinak člověk buď neřešil, anebo by je neřešil tak často. Jde hlavně o domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory.

1.6.5 Agresor

Ani zde není úplně jednoznačná definice. Jsou určité společné znaky, ale na první ani druhý pohled není možné agresora odhalit. Zvláště jedná-li se o dospělého či člověka v seniorském věku.

Přesto můžeme identifikovat některé typy agresorů/iniciátorů šikanování podle Koláře (2000).

1) Hrubý, primitivní, impulsivní, se silným energetickým přetlakem, narušený vztah k autoritě. Šikanuje masivně, tvrdě a nelítostně, vyžaduje absolutní poslušnost, používá šikanování cíleně k zastrašování ostatních.

Specifika rodinné výchovy - častý výskyt agrese a brutality rodičů a agresoři jakoby násilí vraceli nebo ho napodobovali.

2) Velmi slušný, kultivovaný, narcisticky šlechtěný, sevřený, zvýšeně úzkostný, někdy i se sadistickými tendencemi v sexuálním smyslu. Násilí a šikanování je cílené a rafinované, děje se spíše ve skrytu, bez přítomnosti svědků.

   Specifika rodinné výchovy - časté uplatňování důsledného a náročného přístupu, někdy až vojenského drilu bez lásky.

3) "Srandista", optimistický, dobrodružný, se značnou sebedůvěrou, výmluvný, nezřídka oblíbený a vlivný. Šikanuje pro pobavení sebe i ostatních, patrná snaha vypíchnout "humorné" a "zábavné" stránky.

   Specifika rodinné výchovy - je přítomna citová subdeprivace a absence duchovních a mravních hodnot v rodině.

1.6.6 Oběť

Nejen agresora nelze přesně specifikovat a jasně na něho ukázat tzv. prstem. Obětí se může stát prakticky kdokoli. Záleží na prostředí, situaci a i osobnosti člověka. Největší význam má ale kombinace všech těchto faktorů. To znamená, že i silná a sebevědomá osobnost se může, při souhře zbývajících faktorů, stát obětí šikany.
Dle Abroové se však dají vysledovat určité rysy v chování a jednání obětí, které agresoři umí velmi dobře vycítit a zcela efektivně využít pro své cíle:

- fyzická odlišnost (tělesně slabší, handicap, obezita, ...).
- socio-ekonomická odlišnost (sociálně slabí, kteří si nemohou dovolit koupit věci, které mají ostatní, nemohou trávit volný čas jako ostatní).
- psychická odlišnost (viditelná bojácnost, nízká sebedůvěra, sebekritičnost, přecitlivělost, ale také různá míra inteligence – jak výrazně snížená, tak i vysoce nadprůměrná, výrazný koníček....).

1.6.7 Publikum a zastánce

1.6.7.1 Publikum

U mnohých případů šikany je, mimo jiné, jedním z cílů i poutání pozornosti, snaha imponovat a předvést svou moc druhým – „publiku“. Přímo či nepřímo přihlížejícím je prakticky demonstrováno s kým se bavit a s kým ne. „Nevhodné kamarádství“ je pak trestáno, jak jinak, šikanou. Tento styl praktického zastrašování má dopad na pasivitu právě případného publika. Tím se šikana stává mnohem nebezpečnější a v oběti se vzbuzuje pocit beznaděje, že by jí někdo pomohl.

1.6.7.2 Zastánce

Jsou to opravdu silní jedinci. Jejich síla spočívá spíše v psychice než ve fyzičnu. V kolektivu mají veliký vliv a pevné postavení. Jejich přístup je prosociální se smyslem pro odpovědnost a spravedlnost.

1.6.8 Důsledky

Šikanovaný člověk žije v neustálém sociálním stresu a nejistotě a mezi psychické následky patří především špatná nálada, ztráta optimismu a chuti do života. Dále pak ztráta koncentrace, sebehodnocení a dlouhodobě bezvýchodná situace spojená s depresí může vést k závažným onemocněním – vývoj je zprvu pomalý, ale příznaky jsou čím dál závažnější a zjevnější (Švejdová, 2012):

- celková nevolnost – poruchy spánku, bolesti hlavy ap.
- poruchy duševní rovnováhy – pocity nejistoty vedoucí až ke ztrátě sebehodnocení, poruchy koncentrace a paměti, depresivní rozklady ap.
- projevy závislosti – zneužívání léků a jiných návykových látek.

- všeobecné stavy úzkosti – rezignace, zoufalství, strach, suicidiální myšlenky.
- žaludeční a střevní onemocnění, nádorová onemocněné, kardiovaskulární poruchy a poruchy krevního oběhu (Švejdová, 2012)
- trauma = situace, kdy je jedinec vystavený závažnému ohrožení svého nebo cizího života, možnosti závažného zranění či narušení osobní integrity (např. sexuálním útokem, věznění, šikanou...) (Pišl, 2013).

Prof. Leymann, který zkoumal důsledky mobbingového jednání na oběť, došel dokonce k závěru, že dlouhodobé, kruté útoky na sebehodnocení a identitu jedince, lze srovnat se zážitky z živelných katastrof, války, únosů atd. U obětí se tak může projevit tzv. posttraumatická stresová zátěž. (Švejdová, 2012)

1.6.9 Prevence

Nejdůležitějším faktorem prevence je otevřenost. Mluvit o této patologii v lidském jednání i sociálních zařízeních jako je domov s pečovatelskou službou. Netabuizovat toto téma. Nebrat případné projevy na lehkou váhu. Větší informovanost společnosti o existenci šikany nejen na školách mezi dětmi, ale i jiných oblastech lidského bytí. Vytvoření důvěrného vztahu mezi klienty domovů s pečovatelskou službou a personálem (možnost svěření se) nebo možnost jiného mechanismu pro svěřování se (schránka důvěra ap.). Podpora pozitivních a přátelských vztahů na domově.

Šikana může naplňovat skutkovou podstatu trestných činů (omezování osobní svobody, krádeže, ublížení na zdraví, poškozování cizí věci, vydírání, loupeže, rasově motivované skutky, znásilnění, pohlavní zneužívání) (Policie ČR, 2010).

II PRAKTICKÁ ČÁST

2 CÍL PRÁCE

Cílem výzkumu je zjistit, jak již název vypovídá, zda se mezi seniory na domě s pečovatelskou službou vyskytuje šikana. Zda senioři a personál dokáží charakterizovat (rozpoznat) šikanu. A pokud se jedna ze stran (senior x personál) se šikanou setkal, tak v jaké formě, míře a intervalu. V neposlední řadě, pokud výzkum prokáže existenci šikany mezi seniory na domě s pečovatelskou službou, poukázat na problém, který je silně opomíjený a přehlížený. Poskytnout odborníkům i široké veřejnosti vhled do problematiky, která je hrubě zastíněna sice stejnou problematikou ale vyskytující se na základních a jiných školách a pracovištích. V souvislosti s generací prarodičů si to totiž mnoho lidí nedokáže představit, nepřipouští si to a/nebo o tom jednoduše neví či vědět ani nechce. Přála bych si, aby má práce, pokud se moje domněnka potvrdí, byla prvním impulsem a magnetem pro zájem společnosti a možnosti detabuizovat toto téma a pomoci tak zlepšit kvalitu života institucionalizovaných seniorů a pečujícímu personálu nastínit možné řešení či prevenci dané problematiky. Aby šikana mezi seniory nebyla cílem cynických grimas či prázdné slovo, ale prachobyčejný název problému, který se musí a dá řešit či mu předcházet.

2.1 Výzkumný problém

Hlavní výzkumný problém.

Vyskytuje se šikana mezi seniory ve vybraném domě s pečovatelskou službou?

Dílčí výzkumné problémy:

Dílčí problém 1: Dokáže personál/klient charakterizovat pojem šikana?

Dílčí problém 2: S jakým typem šikany se personál/klient setkal na domě s pečovatelskou službou?

Dílčí problém 3: Dá se určit frekvence výskytu šikany?

Dílčí problém 4: Existuje typologie oběti a agresora v případě, kterým se zabývá má práce?

Dílčí problém 5: Má smysl, s případnou šikanou, na domě s pečovatelskou službou bojovat pomocí třetí osoby (pečovatelka, rodina, opatrovník ap.)?

3 METODOLOGIE

Vzhledem k dost citlivému tématu a typu klientů jsem zvolila kvalitativní výzkum a to pomocí polostrukturovaného rozhovoru jak s klienty domu s pečovatelskou službou, tak i s personálem. Otázek pro každou skupinu (klienti x personál) bylo sedm. Obsahově zjišťovaly totéž, jen pro klienty byly přizpůsobeny tak, aby v nich vyvolávaly co možná nejméně negativní emoce, aby se klientům na otázky lehce odpovídalo a aby byly výstižné pro můj výzkum. Největším rozdílem bylo, že pro personál jsem pojem šikana použila a pro klienty ne. Zde jsem ho nahradila slovním spojením nevhodné chování. Cílem bylo zachovat/udržet otevřenost klientů a vyvarovat se zarytému mlčení, které by slovo šikana pravděpodobně mezi seniory vyvolalo (zvláště, když je použito v osobním kontextu). Pro polostrukturovaný rozhovor jsem se pak rozhodla právě na základě typu klientů a typu tématu, který vyžaduje individuální přístup, doptávání se, přibližování toho, na co se v otázkách ptám (pro někoho to, přes veškerou snahu, mohlo

být složité) a případné doplnění mých poznámek díky postřehu a sdílnosti klientů a personálu samotného.

3.1 Výzkumný vzorek

Pro výzkum jsem si zvolila konkrétní dům s pečovatelskou službou v kraji Vysočina. Zaměřila jsem se hlavně na personál z důvodu objektivity, profesionality a přímým denním kontaktem s obyvateli domu. Druhou skupinou byli samotní klienti domu s pečovatelskou službou. Důvod je prostý. Podstatný je objektivní pohled, avšak neméně důležitý (ne-li důležitější) je pohled subjektivní.

4 VÝSLEDKY

4.1 První výzkumná skupina: klienti

Klienti byli předem vytipovaní vedoucím domu s pečovatelskou službou (v dalším textu budu požívat zkratku DPS). Rozhodujícími aspekty pro výběr byly vstřícnost, otevřenost, ochota, souhlas a jisté „podezření“ na to, že jsou oběťmi či agresory. U některých klientů jsem se setkala s jistou nejistotou, strachem, obavou a pocitem, že nesmí nic říct proti druhým, protože bych to (v tomto případě) mohla považovat za pomluvu. Jiní klienti s tím problém neměli. Měli naprosto jasno a i jejich odpovědi vyzněly nezabarveně, snažili se být objektivní a s nadhledem. Také se mi stávalo, že někteří mi hned odpovídali na otázky. Přímo a bez odboček. Ale jiné klienty bylo velice obtížné udržet u tématu. Byla jsem mnohdy zahrnuta diagnózami, zážitky, které se netýkaly DPS, vztahů v rodině či jinými poznámkami, které nesouvisely s položenou otázkou. Jsem otevřený člověk a nevadí mi povídat si s někým, kdo má potřebu se vypovídat nebo ho jen baví vyprávět svůj životní příběh. Přesto, že bylo docela obtížné dobrat se konkrétní odpovědi na danou otázku, byl pro mě výzkum velice zajímavý a obohacující.

První otázka se týkala obecného povědomí o existenci nějakého typu nevhodného chování na domě s pečovatelskou službou. Otázka měla tzv. otevřít či zavřít „dveře“ k dalším skutečnostem. Zde klienti neměli žádný problém s odpovědí. Téměř nikdo z nich neváhal a odpověděl kladně. Jen ve dvou případech jsem měla pocit, že přes veškerou snahu o ujištění naprosté anonymity, se objevila obava z opaku. Odpovědi proto byli nejisté, nejasné a často se měnící (ano x ne x ano).

Tabulka 1

KLIENT	OTÁZKA
1. Znáte někoho v DPS kdo se setkal s nepříjemným chováním vůči své osobě ze strany souseda ?	
M. H.	Ano.
B. E.	Ano.
P. CH.	Ano.
Z. V.	Ano.
V. A.	Ano.
K. L.	Ano.
F. I.	Ano.
K. R.	Ano.
K. M.	Ano.
M. C.	Ano.
Z. D.	Ano.
H. R.	Ano.
K. O.	Ne, maličko.
J. N.	Ano.
N. V.	Ne.
D. N.	Ano.

Druhá otázka již vyvolala jisté rozpaky. Někteří hned odpověděli. U nich jsem měla pocit, že mají jasno. Působili otevřeně, rozhodně a odhodlaně. U dalších jsem měla pocit, že mají pocit, že mají odpovědět nějak konkrétně a že existuje špatná a dobrá odpověď.

Tabulka 2

KLIENT	OTÁZKA
2. Měl/a jste někdy pocit nepříjemného chování vůči sobě?	
M. H.	Ano, mírně.
B. E.	Ano.
P. CH.	Ano, mírně.
Z. V.	Ano.
V. A.	Ne.
K. L.	Ne.
F. I.	Ano.
K. R.	/
K. M.	Ne.
M. C.	/
Z. D.	Ne.
H. R.	Ne.
K. O.	Ne.
J. N.	Ano, mírně.
N. V.	/
D. N.	Ano.

Třetí otázka se týkala typů nevhodného chování (tj. šikany). V tomto se klienti velice shodovali. Cílem bylo zjistit, co vše považují klienti DPS za nevhodné. Jaké

chování jim ve společném bydlení/souseděním vadí a co se objevuje v sociální interakci.

Tabulka 3

KLIENT	OTÁZKA
3. Jaké typy nevhodného chování jste zaregistroval/a?	
M. H.	Pomluvy, naschvály (posmrkané kapesníky či natrhaný leták vhozený do schránky), ťukání na dveře, hádky, nezhasínání na chodbě, psy (pejskaři po nich neuklízí).
B. E.	Pomluvy kvůli psovi.
P. CH.	Negativismus, izolování (noví klienti si dělají „reserve“ na stolech v jídelně při kulturních akcích), závist (ohledně nového oblečení, stylu oblékání vůbec, ochoty jezdit na akce a užívat si to), pomluvy, naschvály.
Z. V.	Pomluvy, negativismus (neochota změnit jakkoli „svou situaci“), izolovanost.
V. A.	Pomluvy.
K. L.	Pomluvy, naschvály, slovní i fyzické napadání, anonymní stížnosti, bouchání na dveře.
F. I.	Pomluvy, přehnaný zájem o druhé.
K. R.	Pomluvy, hádky (z doslechu), zhoršené vztahy na DPS (nezájem, neochota).
K. M.	Pomluvy.
M. C.	Tlučení/zvonění na dveře (v noci a brzo ráno).
Z. D.	Pomluvy, ojedinělý případ fyzického napadení.
H. R.	Opilost, krádeže (boty, květiny..), hádky, psi (majitelé po nich neuklízejí – na DPS).
K. O.	Drobné naschvály, pomluvy.
J. N.	Obtěžování ze strany sousedů, kteří se hádají, nadávají si. Bylo mu vyčítáno oblečení („příliš“ moderní, vybočení z běžného stylu oblékání vrstevníků), ale prý si to hned vyříkali. Ojedinělý konflikt – krádež – řešilo se to. Poslouchání za dveřmi.
N. V.	/
D. N.	Útoky proti psům (slovní), rozsvěcování/zhasínání na chodbě, pomluvy, naschvály (posmrkané kapesníky a chuchvalce papírů ve schránkách), hádky, výtky kvůli parkování (ihned volají městskou policii), starousedlíci (určitá skupina) napadá nově nastěhované klienty.

Čtvrtá otázka, zabývající se obecné častosti výskytu nevhodného chování, pro mě měla prakticky rozhodující význam. Jedním z hlavních ukazatelů, zda se jedná o šikanu či „jen“ o obtěžování ap., je pravidelnost a opakování negativního chování vůči druhé osobě.

Tabulka 4

KLIENT	OTÁZKA
4. Jak často se takovýto typ chování objevuje ve vašem okolí?	
M. H.	Pomluvy příležitostně, naschvály asi 2x do týdne.
B. E.	Pomluvy každodenně.
P. CH.	Pomluvy denně.
Z. V.	Součást života na DPS.
V. A.	Příležitostně/občas.
K. L.	Pomluvy často.
F. I.	Příležitostně/občas.
K. R.	Občas.
K. M.	Příležitostně.
M. C.	Bouchání na dveře cca 4x do týdne od 17. července 2013 (předtím na ni zvonil domácí z předchozího městského bytu – z důvodu uvolnění bytu - „potvrzeno“).
Z. D.	Občas.
H. R.	Občas.
K. O.	Občas.
J. N.	Zřídka.
N. V.	/
D. N.	V určitém období, pomluvy často, hádky občas.

Pátá otázka zkoumala možnost boje. Pátrala po povědomí, jak se s různými typy nevhodného chování dá bojovat. Jak a jestli vůbec. Otázka mi měla odhalit nejen ono povědomí, ale i subjektivní názor klientů a jejich představu řešení. Nechala jsem klienty, aby měli možnost sami navrhnout možné řešení. Snažila jsem se do této otázky nijak nezasahovat (náznaky, pomocnými slovy ap.). Chtěla jsem čistě názor klientů na věc.

Tabulka 5

KLIENT	OTÁZKA
5. Jak by se dalo s takovýmto typem chování bojovat?	
M. H.	Těžko – je to v lidech.
B. E.	Těžko.
P. CH.	Těžko, na vyplnění času (pořádání různých akcí, besed, koncertů ap.) prakticky klienti nereagují/nezajímají se.
Z. V.	Namíchat muže a ženy (v současnosti převaha žen – výrazná), namíchat věkové skupiny (existuje představa, že DPS je pouze pro seniory), lepší výběr klientů na DPS (objevuje se neřest nevyužívání pečovatelské služby).
V. A.	Nelze.
K. L.	Nelze.
F. I.	Nelze, klienti by si případné konflikty měli řešit sami.
K. R.	Neví.
K. M.	Nelze (jde o charakter lidí).
M. C.	Nelze.
Z. D.	Nedá se. Chybí společenské otevřené místnosti.
H. R.	Asi nijak, neví.
K. O.	Pomluvy ignorovat.
J. N.	Možná namíchat ženy a muže (aby bylo stejné zastoupení na DPS) – to by možná snížilo výskyt pomluv.
N. V.	/
D. N.	Asi nijak.

Otázka číslo šest měla souvislost s předchozí otázkou. Možnost zasažení pečovatelky do možných konfliktů, jsem do polostrukturovaného rozhovoru zakomponovala z prostého důvodu. Klienti na DPS mají pečovatelky jako autoritu. Alespoň, ze subjektivního názoru člověka „z venčí“, tak to působí. Zajímalo mě, zda tomu tak je a jestli klienti vnímají personál jako někoho kdo by se měl pouštět do řešení vzniklých konfliktů, popř. jak. Důležitý byl pro mě i názor klientů jak by to měl personál řešit a do jaké míry vážnosti konfliktů by se měli problémy řešit „vnitropodnikově“ a kdy již pomocí rodiny či s nadřízenou institucí (zřizovatel DPS).

Tabulka 6

KLIENT	OTÁZKA
6. Je v moci pečovatelky nevhodnému typu chování zabránit?	
M. H.	Ne (neměla by zasahovat, nemělo by to cenu).
B. E.	Ne, nemají to v pravomoci, zasáhnout by měli jen ve vážných situacích, ale měl by do toho zasáhnout (řešit případný konflikt) hlavně zřizovatel (město).
P. CH.	Drobnosti, jako např. pomluvy by řešit neměly, zasáhnout by měly až u vážnějších konfliktů (krádeže, ničení majetku, napadení).
Z. V.	Drobnosti by pečovatelka řešit měla (konzultace, rady, malá pomoc), u vážnějších situací by měla pečovatelka komunikovat s klientem a jeho rodinou, samotné řešení by mělo být záležitostí klientů samotných popř. jejich rodin a jako poslední řešení by bylo projednání situace na komisi. Pečovatelka by měla být jakousi spojnicí, ne někým kdo bude řešit konflikty.
V. A.	Ano jen v jakési prevenci (akce, vyplnění volného času...), ale jinak ne.
K. L.	Ne, akorát by to situaci zhoršilo. Zasáhnout by měla jen u vážnějších konfliktů. Pečovatelka se o spoustě konfliktů ani nedoví. Ani „namíchání“ pohlaví by nepomohlo.
F. I.	Pečovatelka by neměla do konfliktů zasahovat.
K. R.	Neměla by do konfliktů zasahovat, jen v ojedinělých případech.
K. M.	Kdyby zasáhla, nic by to neřešilo, v důsledku by vůbec nepomohla.
M. C.	Přítomnost pečovatelky přes noc.
Z. D.	Pečovatelky by se do konfliktů neměly vměšovat, řešení je na samotných klientech, není to v pravomoci pečovatelky řešit konflikty klientů.
H. R.	Asi by se měly vměšovat, ale jen v některých případech, jinak nemají ani pravomoc. Klienti by si konflikty měli řešit sami.
K. O.	Pečovatelky by se do konfliktů neměly vměšovat, nic by to neřešilo.
J. N.	Při mírných konfliktech by pečovatelka zasáhnout měla – přirozený respekt, prevence. Při hoších konfliktech by zasahovat neměla (spadá to do kompetence vyšší instance).
N. V.	Neměla by pečovatelka nic řešit, spíše ředitelka či rodina klienta.
D. N.	Pečovatelky by se do konfliktů neměli vměšovat, nemají ani možnost. Řešit by měli až velmi vážné konflikty a měli do toho zainteresovat i rodinu klientů. Jinak by si konflikty měli klienti řešit sami

Otázkou číslo sedm jsem se chtěla dozvědět, zda klient sám by byl schopen zasáhnout, pomoci či by byl pouhým pozorovatelem nebo by situaci ignoroval. Zajímal

mě postoj klienta k celé problematice. Nešlo mi o soud jednotlivce a jeho schopnosti zasáhnou, ale čistě o názor. Stejně tak jsem to klientům sdělila. Cílem bylo doplnit předchozí otázku a ověřit si představu klientů o možnostech řešení či zásahu do konfliktů, a zda sílu/vážnost konfliktů dokáží nějak rozdělit a hodnotit.

Tabulka 7

KLIENT	OTÁZKA
7. Jak jste se zachoval/a (zareagoval/a) nebo co by jste dělal/a kdyby jste se se šikanou přímo setkal/a?	
M. H.	Zastala by se – slovně i fyzicky (mimo DPS), na baráku by se raději do ničeho nepletla. Strach z pomluv, příp. napadení ap.
B. E.	Dle možností by se zastal slovně i fyzicky.
P. CH.	Zastala by se slovně i fyzicky.
Z. V.	Kdyby se orientovala v situaci, tak by se zastala (radou, pomocí, konzultace s vedením), další podmínkou je, že by klient sám musel chtít a o pomoc si říct.
V. A.	Slovní zastání, popř. řešení s vedením.
K. L.	Nezasahovala by, účastníci případného konfliktu by si to měli vyřešit mezi sebou.
F. I.	Slovně by se zastala.
K. R.	Slovně by se zastala, popř. by zavolala policii.
K. M.	V rámci možností by se zastala.
M. C.	V rámci možností by se zastala.
Z. D.	V případě jasné situace by zasáhla, jinak by to nechala být.
H. R.	/
K. O.	Zastala by se dle situace – musela by být jasná a jednoznačná.
J. N.	Zakročil by (má zkušenosti s vedením lidí z povolání), zastal by se slovně i fyzicky.
N. V.	/
D. N.	Zastala by se, nejspíše jen slovně.

4.2 Skupina druhá: personál.

U personálu jsem se snažila otázky zaměřit spíše odborně. Přesto jsem se nevyhnula čistě subjektivním otázkám: „myslíte si“. Jako u klientů, tak i u personálu mě zajímal i jejich osobní názor, co si pod pojmem šikana představují a zda ji dokáží nějak rozlišit od jiného typu nevhodného chování.

První otázku jsem zaměřila právě na typ šikany. Cílem bylo zjistit, co vše si dokáže nepedagogický personál představit pod pojem šikana. Nepedagogický z toho důvodu, že problematika šikany není u tohoto personálu prioritní. V otázkách pro personál jsem na šikanu odkazovala přímo. Nijak jsem toto slovo nenahrazovala.

Tabulka 8

PERSONÁL	OTÁZKA
1. S jakými typy šikany jste se setkala?	
A. H.	Za své praxe s žádnými.
B. G.	Psychická, fyzická.
C. F.	Psychická.
D. E.	Možná tak se slovní šikanou.
E. D.	S pomluvami, osočováním, naschvály (schovávání rohožky, znečištění rohožky, vhazování nesmyslů do poštovní schránky), fyzický útok (vozíkem narazila do nohy sousedky, jedna strčila do druhé – zlomený kotník), slovní útoky, hádky kvůli otevřeným/zavřeným oknům na chodbě, kvůli pouštění/zavírání topení na chodbě, chovu psů v bytě, přílišná hlasitost televize.
F. C.	Osobně ne, jen z vyprávění klientů.
G. B.	Psychická a fyzická.

Jaký typ šikany je nejčastější – na to se zaměřila otázka číslo dvě. Chtěla jsem si jí upřesnit, zda nějaký základní typ šikany převládá. Senioři na DPS jsou dosti

specifickou skupinou a formou bydlení. Zajímalo mě, zda i šikana má nějaký charakteristický vzor.

Tabulka 9

PERSONÁL	OTÁZKA
2. Jaký typ šikany je nejčastější?	
A. H.	Asi psychická, ve vyhrocených situacích i fyzická (? Viz. 1.).
B. G.	Psychická.
C. F.	Psychická a fyzická.
D. E.	Slovní, fyzická a psychická.
E. D.	Pomluvy a slovní útoky.
F. C.	Slovní.
G. B.	Psychická.

Otázka číslo tři se zabývá frekvencí šikany. Tato otázka je jednou z těch, která se zrcadlí i v otázkách pro klienty. Nejen, že mě zajímal pohled klientů a personálu, ale i jakési srovnání. Čím a jak moc se odpovědi každé skupiny liší. U klientů jsem předpokládala velmi subjektivní pohled a u personálu naopak objektivitu člověka „zvenčí".

Tabulka 10

PERSONÁL	OTÁZKA
3. Jak často se šikana objevuje?	
A. H.	Asi často, ale málo kdy se o tom někdo dozví.
B. G.	Skrytá denně, otevřená nahodile (na veřejnosti).
C. F.	Myslím si, že často, ani se o ní ve většině případů neví.
D. E.	Asi často, ale většinou to každý tají.
E. D.	Běžně. - denně (probírání všech, pomluvy, určitou skupinou klientů) - týdně (hádky kvůli psům)
F. C.	Občas asi ano.
G. B.	Dost často, ale málo se o ní mluví.

Otázka číslo čtyři mi měla ukázat, zda by personál dokázal proti projevům případné šikany zakročit. Důležité pro mě bylo zjistit, jestli by pečovatelka vůbec věděla, jak zasáhnout a schopnost posouzení vhodnosti zásahu. Nespecifikovala jsem otázku na DPS. Chtěla jsem, aby každý z personálu měl možnost, odpovědět mi na otázku obecně, ale i s přihlédnutím na kontext s jejich zaměstnáním a tématem mé práce.

Tabulka 11

PERSONÁL	OTÁZKA
4. Věděla byste, jak proti šikaně zakročit....popř. jak?	
A. H.	Jako jedinec bych asi nezakročila, poradila bych se s kolegy a s nadřízenými.
B. G.	Vyhledat odbornou pomoc (Linka bezpečí, sociální odbor).
C. F.	Poradila bych se s kolegyněmi a nadřízenými.
D. E.	Informovala bych vedoucí a rodinu klienta, kterého se to týká.
E. D.	Ze své pozice moc ne, těžko se dokazuje. „Rovnám“ sousedské spory.
F. C.	Sama ne, informovala bych nadřízeného.
G. B.	Informovat rodinu, vedoucí a společně ji řešit.

V otázce číslo pět mě zajímal čistě osobní názor jednotlivce, zda je vůbec nějaká možnost zabránit případné šikaně mezi seniory. Pokud by jedinec usoudil, že ano, dále jsem se zajímala o to jak. Jak zabránit obecně šikaně mezi seniory na DPS. Uvědomovala jsem si, že řešení jakéhokoli typu šikany není nic jednoduchého a že neexistuje jednotný návod či recept na řešení. Přesto mě zajímal názor na možnost řešení, určitou představu člověka pracujícího na DPS.

Tabulka 12

PERSONÁL	OTÁZKA
5. Myslíte si, že lze zabránit šikaně mezi seniory....popř. jak?	
A. H.	Asi ne.
B. G.	Nelze.
C. F.	Myslím si, že šikaně zabránit nelze.
D. E.	Asi ne, málo kdo to přizná.
E. D.	Myslím, že nejde, protože ve stáří jsou lidé zlostní, závistiví, podezřívaví = zesílené charakterové vlastnosti + změna díky demenci.
F. C.	Ne.
G. B.	/

Otázka číslo šest byla zaměřena dost konkrétně a šlo mi o označení agresora a oběti šikany. Zda existuje, kromě obecného povědomí, i nějaká typologie na poli seniorů. Pečovatelka/odborný personál, přímo pohybující se mezi seniory, by mi mohl poskytnout jistý interní pohled na tuto netypickou skupinu. Doufala jsem v možnost tak srovnat agresora a oběť, která se doposud „točila“ okolo dětí předškolního, školního věku a dospělých řešící šikanu na pracovišti. Jsou obyvatelé DPS něčím odlišní, typičtí?

Tabulka 13

PERSONÁL		OTÁZKA
6. Jsou nějaké společné znaky klientů, kteří jsou šikanovaní/kteří šikanují?		
A. H.	šikanovaný šikanující	Mírná povaha, nechtějí a hlavně neumí si prosadit svoje názory.
		Vůdčí osobnost, nenechají si nic líbit, myslí si, že mají vždy pravdu, dělá jim dobře, když mohou někoho komandovat.
B. G.	šikanovaný šikanující	Zdravotní handicap, psychologické trauma, sociální postavení, nižší společenská třída.
		Agresivní sklony, finanční nadřazenost.
C. F.	šikanovaný šikanující	Slabší povahy, nechají si všechno líbit, nemají vlastní názor, mají strach se nějak projevovat.
		Vůdčí typy, silná osobnost.
D. E.	šikanovaný šikanující	Slabé osobnosti.
		Vůdčí, silná osobnost.
E. D.	šikanovaný šikanující	Zakřiknutý, hodný, nerad se hádá, submisivní, ev. něčím vybočuje – typ postižení, chov psa, chování.
		Sebestředný, panovačný, myslí si, že jen on má pravdu, cítí se nadřazený – např. i když on sám nic nedokázal, ale má třeba úspěšné děti.
	šikana	Často šikanuje ale ten, na kterého děti kašlou (otázkou je, jestli je zlý protože na něj děti kašlou, a nebo na něj kašlou protože je zlý). Člověk, který je dementní a je zlý a týrá okolí, je často poznat, protože jeho útoky nejsou tak zákeřné a promyšlené.
F. C.	šikanovaný šikanující	Slabší povahy, které se neumí samy bránit.
		Vůdčí typy, diktují ostatním co mají dělat.
G. B.	šikanovaný šikanující	/
		/

Poslední otázka, otázka číslo sedm, v té jsem se zaměřila na způsob či možnost případného řešení. Zajímalo mě, zda si personál myslí, nebo si alespoň dokáže

představit řešit případnou šikanu s pomocí rodiny eventuálně opatrovníka. Považují-li to za vhodné, účinné či zbytečné nebo komplikované. Opět mi zde šlo o prostý názor jedince, protože zatím neexistuje onen „recept“ na řešení konfliktů (šikany) mezi seniory.

Tabulka 14

PERSONÁL	OTÁZKA
7. Pomohlo by, kdyby se případná šikana řešila pomocí rodiny ev. opatrovníka? (pokud se něco takového řeší, jaké jsou výsledky – spolupráce ap.?)	
A. H.	Asi ano, ale zatím jsem nikdy takový případ neřešila.
B. G.	Zájem rodiny, sociální pracovník, kurátor – zpravidla bez valného úspěchu, pokud nedojde k absolutní eliminaci mezi šikanovaným a šikanujícím.
C. F.	Možná ano.
D. E.	Ano určitě.
E. D.	Asi by to pomohlo, ale největší problém je vůbec problém nazvat, přiznat, že se to děje a pak už se s tím dá pracovat. Občas rodina problém bagatelizuje, nevěří, myslí, že si senior vymýšlí, jde o projev demence ap. Jsou přesvědčení, že by matka/otec nebyli schopni nikomu ublížit. Nebo se „jen“ distancují, nechtějí se angažovat, ať si to senior vyřeší sám, nebo ať to vyřeší někdo jiný (poskytovatel, opatrovník...).
F. C.	Asi ano, pokud by seniora nešikanovala přímo rodina.
G. B.	/

5 DISKUZE

Svým výzkumem jsem se chtěla dozvědět něco nového. Něco na co se v současné společnosti pozapomíná nebo se moc neřeší přes fakt, že jsou to věci vážné a existující. Má práce měla poukázat, zda se šikana vyskytuje opravdu jen u cílových skupin, o kterých se vydává mnoho knížek, článků a jiných publikací.

Práce s klienty, ale i s personálem (podle odpovědí, které jsem obdržela) byla občas trošku složitější než bych očekávala. Šikana sama o sobě je téma dosti osobní a v některých případech až intimní (mluvím nyní obecně). Překvapila mě ale i určitá neznalost co vše zařadit pod pojem šikana. Na druhou stranu zde ale existuje fakt, a sami odborníci se na tomto shodují, že definovat či rozlišit jisté znaky toho či onoho chování jako šikanu je značně obtížné. Někdy je to až nemožné. Minimálně v první fázi šikany jde o dosti subjektivní vjem, který ovlivňuje mnoho aspektů v životě jedince, jeho frustrační tolerance a celkově ukotvení v životě. To co jednomu vadí, druhý může vnímat jako nevinnou legraci ap. U seniorů je označení nevhodného chování za šikanu o to složitější, že jsem nenašla žádnou ucelenou literaturu na toto téma. Ani články v odborných časopisech se tímto nezabývají. Vždy jde buď o šikanu na školách, kyberšikanu či mobbing a bossing, nebo již o týrání. Navíc u seniorů vstupují na scénu projevy demence, ovlivnění léky, osamělost, dlouhodobá nebo i náhlá nemoc, vygradování charakteristik, které díky stáří už neumí tolik usměrňovat. Dále ubytování právě na DPS. To je pro seniora výrazná změna a přes veškeré pohodlí, které zařízení umožňuje, je přestěhování z často rodinného domu či bytu, vnímáno negativně. I dobrovolné přestěhování nemusí nutně znamenat, že je s tím člověk tzv. vnitře smířen. A v neposlední řadě „obyčejný“ stud, strach a pocit, že mezi seniory se šikana přece nevyskytuje. Tento názor se objevuje u klientů samotných, ale i u většinové společnosti, která s touto cílovou skupinou nepřichází profesně do kontaktu.

Hlavní výzkumná otázka zněla, zda k šikaně mezi seniory na DPS vůbec dochází, zda existuje. Z informací co jsem obdržela polostrukturovaným rozhovorem s klienty i personálem, jsem přesvědčená, že ano. Vycházím z definic šikany, kde

například, podle Zemana (2000) se za šikanu považují i pomluvy. Nebo minimalizacesikany.cz uvádí, že šikanou již jsou i intriky a obecné znepříjemňování života (ignorace od „pachatele“ i navádění druhých k podobnému postoji). Podle výsledků jsou na DPS silné projevy právě pomluv, osamění/ignorace, drobných (o to nepříjemnějších) naschválů, slovních útoků na tzv. pejskaře, pravidelné bouchání na dveře ap. Ovšem další zmiňované chování jako hádky, krádeže, stav pod vlivem alkoholu aj. mezi šikanu nelze zařadit. Zde se jedná čistě o ne úplně ideální soužití lidí. Troufám si proto tvrdit, že výskyt šikany mezi seniory na DPS existuje, své projevy má a v dílčích cílech práce budu hodnotit, zda má i své řešení ap.

Dílčí cíle práce jsem zvolila nejen pro přehlednost textu a práce jako takové, ale také na základě výsledků výzkumu, kde se mi potvrdila domněnka existence šikany mezi seniory. Podle mě je velice důležité se těmito cíli zabývat protože by mohly napovědět či sloužit jako vodítko pro případné řešení nebo zabývání se problematikou šikany mezi seniory na DPS či podobných zařízeních.

Prvními dílčími cíly bylo zjistit, zda dokáží klienti a personál charakterizovat pojem šikana, s jakým typem šikany se obě skupiny potýkají nejčastěji a celková frekvence daných typů. Výzkumem jsem zjistila, že personál byl v charakteristice pojmu šikana přesnější, konkrétnější a dokázal mi předložit příklady ap. U klientů to bylo občas rozšířeno o další typy chování jako opilost, krádeže, hlasitá televize souseda atd. To bylo vyvoláno tím, že jsem se u seniorů záměrně vyhnula slovu šikana (jak v otázkách, tak i v samotném rozšířeném rozhovoru) z důvodu otevřenosti rozhovoru. Znamená to, že mi klienti i personál poskytli potřebné ke konkretizaci typu šikany. Dále jsem se také dozvěděla, že nejčastějším typem šikany jsou pomluvy, drobné naschvály a tlukot na dveře v nočních a ranních hodinách. Tj. forma převážně slovní agrese. Co se týče frekvence projevů zjištěných typů šikany, tak pomluvy jsou každodenní záležitostí. Drobné naschvály, jak jsem zjistila, se objevují tak dvakrát do týdne, ale to je velice proměnlivé. A u posledního konkrétního projevu – ťukání na dveře bytu v nočních a ranních hodinách - cca 4x do týdne od 17. července 2013 (v tomto byl jeden z klientů velice konkrétní, dle mého laického hodnocení zde můžeme mluvit o přímé oběti

šikany). O bouchání na dveře se zmínili ještě další, ale ti to prý mají z doslechu a proto frekvenci nedokázali určit ani odhadnout.

Dalším dílčím cílem byla typologie oběti a agresora. S touto otázkou jsme šla do řad pouze personálu. U klientů mi to z výše již zmiňovaných důvodů nepřišlo vhodné a spíše jsem se zaměřila na personál. U pečovatelek, a nejen u nich, je velice důležité poznání, že dokáží poznat chování oběti a agresora či vytipovat jedince, kteří k jednomu či druhému inklinují či inklinovat mohou. Je to podstatné hlavně z prevence. Tím, že znalost personálu je v tomto velice rozsáhlá, otevírá se možnost spolupráce s rodinou, opatrovníkem či odborníky, kdyby projevy šikany přesáhly jistou mez. Mají možnost výše jmenovaným lidem poradit, odborníkům nastínit klienty a jejich pozice v konfliktu atd.

Poslední dílčí cíl jsem zaměřila na řešení případných konfliktů, projevu šikany. Má práce je ale zaměřena čistě na zjištění jestli se šikana vůbec objevuje mezi seniory na DPS, nešla jsem v tomto směru příliš do hloubky. Přesto, z vlastního zájmu, ale i prakticky pro pocit klientů, že řešení mě zajímá, jsem si tuto otázku neodpustila. Zde se klienti i personál prakticky shodli. Dle odpovědí je jasné, že v některých situacích a spíše preventivně by zásah pečovatelky smysl měl. „Klienti“ se mi v tomto případě promíchali s „personálem“ a vznikly dvě skupinky a odlišným přístupem kdy zasahovat a kdy ne. Někteří se přikláněli spíše k tomu, že personál by měl zasahovat u drobnějších konfliktů a urovnávat tzv. sousedské spory a být tak preventivní před konflikty vážnějšími. Druhá skupina zas naopak tvrdila, že pečovatelka či nadřízená instituce (zřizovatel DPS), by měla zasahovat až v konfliktech přesahující ony výše zmíněné sousedské spory. Když jsem se však přímo zeptala, zda by vzniklé konflikty měl řešit někdo třetí (zde jsem, kromě pečovatelky, myslela i opatrovníka či rodinu, popř. odborníka), většina se shodla, že by si to zainteresovaní jedinci měli řešit sami.

6 ZÁVĚR VÝZKUMU

Přes to, že má práce skončila pozitivním výsledkem, tj. prokázala přítomnost projevu šikany, je tu největší překážkou právě cílová skupina. I DPS je dosti charakteristické zařízení a pravomoci pečovatelek jsou tímto dosti omezené. Mou práci bych proto pasovala do role „první vlaštovky“ mezi tuto problematiku, která, jak výzkum ukázal, existuje. Samozřejmě jsem nedokázala zmapovat celý rozsah odborné literatury, přesto si troufám tvrdit, že v ČR o této konkrétní problematice neexistuje žádná kniha, žádný impuls na poli odborníků (geriatrie, gerontologie, lékaři, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách atd.) ani na poli laiků (rodiny, sami senioři ap.). Když má práce bude základním kamenem pro to, aby se to změnilo, a tato problematika se začne alespoň sledovat nebo na ni navážou další výzkumy zabývající se tou či onou problematikou hlouběji, budu jedině ráda. Má práce nemá poslání něco vyřešit, ukončit projevy šikany nebo dát návod, jak se chovat na DPS. Chci, aby informovala a byla oním impulsem, že šikana není jen záležitostí náctiletých či problémem pracovním. V jiném zařízení může být projev šikany mnohem vážnější, ale tím že se o tom nemluví či prostě neví, tak se to ani neřeší. Nebo naopak řeší a funguje to, ale personál o tom nemluví, protože co když je to jen na jejich zařízení? To chci svou prací změnit.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBROOVÁ, Kateřina a kol. Dětství bez úrazů. *Rizikové chování dětí a mladistvých: příčiny, následky, prevence* [PDF]. 41 s. [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: http://www.urazydeti.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.

DOLEŽALOVÁ, Lada. 2008. Články k tématu: šikana. *Sociální práce: Děti a mládež s rizikem v chování jako cílová skupina v sociální práci* [online]. 2008 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://socialni-prace.webnode.cz/sikana2/.

EGGERT, Max a Wendy FALZON. 2005. *Řešení konfliktů*. Vyd. 1. Praha: Portál, 112 s. ISBN 80-736-7011-9.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 218 s. ISBN 978-802-4727-813.

GLENNER, Joy A a Denisa ŠMEJKALOVÁ. *Péče o člověka s demencí*. 2012. Vyd. 1. Praha: Portál, 135 s. ISBN 978-802-6201-540.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2004. *Manuálek o násilí*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 83 s. ISBN 80-701-3397-X.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 164 s. ISBN 978-802-4724-546.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 44 s. ISBN 80-726-2455-5.

KOLÁŘ, Michal. 2000. *Skrytý svět šikanování ve školách: příčiny, diagnostika a praktická pomoc*. Vyd. 2. Praha: Portál, ISBN 978-807-1784-098.

KOLÁŘ, Michal. 2001. *Bolest šikanování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 255 s. ISBN 80-717-8513-X.

KOLÁŘ, Michal. 2005. *Bolest šikanování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 256 s. ISBN 80-736-7014-3.

KRAMULOVÁ, Daniela. 2012. *Stydím se ...*. Psychologie dnes, č. 10, s.16-17. ISSN 1212-9607.

KRATZ, Hans-Jürgen. 2005. *Mobbing: jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 131 s. ISBN 80-726-1127-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 143 s. ISBN 978-807-3677-237.

MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MARTÍNEK, Zdeněk. 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže: druhy agresí, přístupy k agresívnímu chování, poruchy chování, šikana*. Vyd. 1. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-802-4723-105.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 161 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2919-9.

Minimalizace šikany: informační portál o šikaně na školách. 2003. *Co je to šikana?* Kolář, Michal. Specifický program proti šikanování a násilí ve školách a školních zařízeních. Praha: MŠMT ČR, 2003 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: http://www.minimalizacesikany.cz/chci-se-dozvedet/247.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 189 s. ISBN 80-726-2363-X.

PIŠL, Vojtěch. 2013. *Trauma: jak se zapíše do mozku obětí*. Psychologie dnes, č.4, s. 45-47. ISSN 1212-9607.

POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

Policie České Republiky: pomáhat a chránit. POLICIE ČR. 2010. *Preventivní informace: Šikana* [online]. 2010 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.policie.cz/clanek/preventivni-informace-sikana.aspx

PONCET-BONISSOL, Yvonne. 2012. *Psychický nátlak v rodině*. Vyd. 1. Překlad Hana Holubkovová. Praha: Portál, 110 s. ISBN 978-802-6201-533.

PONĚŠICKÝ, Jan. 2005. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Vyd. 1. Praha: Triton, 226 s. ISBN 80-725-4593-0.

ŘÍČAN, Pavel. 2005. *Psychologie: příručka pro studenty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 286 s. ISBN 80-717-8923-2.

ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. 2010. *Jak na šikanu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 155 s. Pro rodiče. ISBN 978-802-4729-916.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 225 s. ISBN 978-802-4738-505.

Studium psychologie. www.studium-psychologie.cz. 2012. *Sociální psychologie: Zátěžové situace, agresivita a agrese*[online]. 2012 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.studium-psychologie.cz/socialni-psychologie/4-zatezove-situace-agrese.html

ŠVEJDOVÁ, Michaela. 2012. Důsledky šikany: Pro oběť. *Šikana v práci: Mobbing free company* [online]. 2012 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.sikanavpraci.cz/dusledky-sikany/pro-obet/

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-802-6202-257.

ZEMAN, Eduard, 2000. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení*, Praha, 2000 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: http://aplikace.msmt.cz/htm/MP282750022sikana.htm.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

CD/DVD se zaznamenanými rozhovory klientů a personálu.