

Diplomová práce

2011

Alena Firicová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

Vybrané etické souvislosti násilí na seniorech z hlediska pracovníků
sociálních služeb

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Alena Firicová
Studijní obor: Etika v sociální práci
Ročník: III.

2011

Prohlašuji, že svoji diplomovou 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.

20. března 2011

Podpis:

Děkuji vedoucí práce Mgr. Michaele Svobodové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, za její čas, trpělivost a ochotu při řešení problémů vzniklých při zpracování daného tématu. Zároveň chci poděkovat doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. za odborné konzultace.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 6 |
| 1 Teoretická východiska | 8 |
| 1.1 Stáří a stárnutí | 8 |
| 1.2 Demografie | 9 |
| 1.3 Holismus..... | 10 |
| 1.3.1 Biologické stárnutí | 11 |
| 1.3.2 Psychické stárnutí | 12 |
| 1.3.3 Sociální stáří | 13 |
| 1.3.4 Spiritualita ve stáří | 14 |
| 1.3.5 Maslowova hierarchie potřeb..... | 15 |
| 1.4 Ageismus | 17 |
| 1.4.1 Ageismus v institucionalizované péči | 19 |
| 1.4.2 Ageismus a lidská práva..... | 19 |
| 2 Násilí na seniorech..... | 21 |
| 2.1 O násilí..... | 21 |
| 2.2 Základní formy násilí..... | 22 |
| 2.2.1 Elder abuse ang neglect | 24 |
| 2.2.2 Restrikce..... | 25 |
| 2.3 Institucionální péče..... | 27 |
| 2.3.1 Institucionální týrání..... | 30 |
| 2.4 Indikátory nevhodného zacházení se starým člověkem..... | 34 |
| 2.5 Rizikové faktory špatného zacházení se seniory..... | 36 |
| 2.6 Prevence..... | 37 |
| 2.7 Diagnostika | 37 |
| 2.8 Řešení..... | 38 |
| 3 Sociální a etické aspekty násilí na seniorech v institucionalizované péči... 40 | 40 |
| 3.1 Sociální práce..... | 40 |
| 3.1.1 Sociální pracovník | 41 |
| 3.1.2 Sociální pracovník v sociálních službách pro seniory..... | 42 |
| 3.1.3 Kritické body v sociální práci se seniory..... | 43 |
| 3.1.4 Syndrom vyhoření..... | 43 |
| 3.2 Etické souvislosti násilí v institucích pro seniory..... | 46 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.2.1 | Etika | 46 |
| 3.2.2 | Základní etické teorie..... | 47 |
| 3.2.3 | Principy etiky | 49 |
| 3.2.4 | Mravní normy v sociální práci..... | 51 |
| 3.2.5 | Etický kodex..... | 52 |
| 3.2.6 | Etické dilema a problém sociálního pracovníka..... | 54 |
| 3.3 | Důstojnost..... | 56 |
| 3.3.1 | Lidská práva a lidská důstojnost | 59 |
| 3.4 | Autonomie..... | 60 |
| 4 | Praktická část | 63 |
| 4.1 | Cíle výzkumu..... | 63 |
| 4.2 | Metodika..... | 63 |
| 4.3 | Výsledky..... | 64 |
| 4.4 | Kazuistiky..... | 69 |
| 4.5 | Diskuse..... | 71 |
| 4.6 | Hypotézy..... | 71 |
| | ZÁVĚR | 77 |
| | Seznam použitých zdrojů..... | 78 |
| | Seznam příloh..... | 87 |
| | Abstrakt..... | 104 |
| | Abstract..... | 105 |

ÚVOD

Senioři dlouhodobě stojí na okraji společenského zájmu a stávají se oběťmi předsudků a diskriminace. S postupnou ztrátou tradičních hodnot se v dnešní společnosti také vytrácejí základní potřeby bezpečí a jistoty seniorů, které jsou nahrazovány spíše touhou po nadstandardu jednotlivců. Postoj k seniorům se tak v negativním smyslu změnil, dochází ke ztrátě vnímání seniora jako plnohodnotného individua.

Diskriminace lidí pro jejich věk neboli ageismus, automaticky charakterizuje seniory jako nemocné, senilní, či sešlé věkem. Senilita je projev nemoci a ne přirozená součást stáří. Přesto tyto předsudky mají vliv na jednání společnosti se seniory. Ageismus je nejrozšířenějším typem diskriminace vůbec.

Násilím je obecně rozuměno chování, kdy se agresor snaží oběť ovládnout a často jedná z pozice moci. Charakteristickým rysem násilí je jeho opakování a dlouhodobé trvání. V případech, kdy je obětí násilí senior, nastává velký problém - nejen legislativní, ale také etický a morální.

Problematika násilí na seniorech se stává stále citlivějším tématem dnešní doby, avšak stojí spíše v pozadí diskuzí o násilí. Nepříznivý je i fakt, že toto násilí bývá často skryté. Mnoho seniorů, kteří jsou oběťmi špatného zacházení, váže velmi úzký citový vztah a nezdědka je daný senior na pachateli závislý nejen emočně, ale i finančně. Většina seniorů, kdy se pachatelem stává blízká osoba, považuje její chování za vlastní selhání a stydí se svůj problém přiznat. Velmi častým důvodem, proč se senioři obávají nedobrou situaci řešit, jsou i obavy ze zhoršení a vystupňování agresivity pachatele.

Týrání seniorů má mnoho podob. Vyskytuje se ve formě fyzického násilí až po v naší zemi zřejmě nejčastějším ekonomickém vydírání.

Týrání seniorů se netýká pouze jejich příbuzných, ale tento problém se může vyskytnout i v zařízeních péče o seniory. I zde se mohou vyskytnout všechny formy násilí. Pachateli tak mohou být paradoxně ti, kteří se v těžkých chvílích seniora stávají mnohdy jeho jedinou oporou, tedy ošetřovatelé, pečovatelé, sestry aj.

Téma násilí na seniorech je nejen otázkou práva, sociální práce, zdravotnictví, ale také o přístupu společnosti k jedinci s jeho specifickými potřebami. Násilí na seniorech představuje nejen závažný problém porušování základních práv v oblasti etiky, ale jde i o ztrátu pojetí člověka jako osoby.

Moje diplomová práce si klade za cíl zjistit etické souvislosti násilí na seniorech z hlediska pracovníků sociálních služeb. Byla zde využita metoda kvalitativní šetření, sekundární analýza dat, teoretický kompilát s využitím nejnovějších odborných i cizojazyčných zdrojů.

V první části představím problematiku stáří, jako fenomén ohrožení násilím. V další části není opomenut popis základní charakteristiky problematiky násilí s důrazem na institucionální násilí. V třetí části se budu zabývat pohledem sociálního pracovníka na tento problém a etickou reflexí.

Výzkumná část přiblíží pohled pracovníků na řešené téma. Kvalitativní šetření bude tvořeno polostandardizovanými rozhovory s pracovníky v sociálních službách. Na závěr se pokusím shrnout a zhodnotit výsledky a studie v této problematice.

Při zpracování tématu této práce bude vycházeno především z knižních zdrojů. Velkou oporou se pro mě stala díla Pavla Kalvacha, Heleny Haškovcové a Ludmily Čírtkové, která jsou v této oblasti považována za jedny z nejvýznamnějších.

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V první kapitole bude psáno o stáří a stárnutí z hlediska změn s nimi spojených a důležitých pro pochopení seniora jako člověka s jeho specifickými potřebami, které představují potencionální riziko násilí na nich páchaného. Neuspokojení některé z lidských potřeb bývá základním kamenem násilí. Na začátku práce se proto pokusím nastínit charakteristiky jednotlivých složek osobnosti seniorů.

1.1 Stáří a stárnutí

Stáří je posledním vývojovým obdobím v životním cyklu člověka, končícím smrtí. Stářím a stárnutím se zabývá řada vědních a zdravotnických oborů, jako např. vývojová psychologie, geriatrie, gerontosociologie, gerontopedagogika či gerontopsychologie.¹

Stárnutí a stáří nejsou pojmy totožné. Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stáří obyvatelstva je výsledkem procesu demografického stárnutí. Stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec). Lidé nestárnou stejně rychle. Dokonce jednotlivé lidské orgány nestárnou synchronně. Proto se setkáváme s četnými individuálními rozdíly. Ani věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému. Můžeme rozeznávat stáří kalendářní, biologické, psychické, sociální apod.²

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „ *stařecký věk, neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ Avšak i toto rozdělení je omezené a lze je aplikovat pouze na určitou skupinu seniorů.

V současné době se nejčastěji používá toto věkové vymezení:

60 - 74 vyšší věk, nebo rané stáří

75 – 89 stařecký věk, neboli vlastní stáří, senium

90 a více let, dlouhověkost.³

¹ Srov. MACHALOVÁ, V., KOUKOLA, B. *Vývojová psychologie*, s. 86-87.

² Srov. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 11.

³ HAŠKOVCOVÁ, H. et al. *Fenomén stáří*, s. 20.

Strategie vyrovnávání se s vlastním stářím

Z hlediska přizpůsobování se problémům stáří můžeme rozlišovat několik typů strategií, které umožní jedincům vyrovnat se s vlastním stářím a s důsledky, které přináší. Jedná se zejména o tyto strategie:

Konstruktivní strategie – člověk, který se konstruktivně vyrovnává s realitou vyššího věku, je stále aktivní, nepřestává mít radost ze života, z vřelých citových vztahů k blízkým lidem apod. Je si vědom možností svých výkonů, akceptuje eventualitu smrti a přijímá ji bez nadměrného strachu a zoufalství. Je to snášenlivý člověk, pružný v myšlení, nepostrádá humor, dovede si najít potěšení v jídle a v pití, v práci a v rekreaci, rozvíjí dále své zájmy apod.

Strategie závislosti – lidé tohoto typu mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech, na které spoléhají víc než na své vlastní síly. Tito lidé jsou bez větších ambicí a raději přenechávají veškerou odpovědnost mladším a uchylují se do svého soukromí.

Obranná strategie – projevuje se méně příznivou přehnanou aktivitou, která má za úkol zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce. Tito lidé se zpravidla nadměrně emočně kontrolují a jednají přísně podle zvyků a konvencí.

Strategie hostility – projevy nepřátelství a hněvivost k druhým, sklon dávat vinu druhým lidem nebo nepříznivým okolnostem za své nezdary.

Strategie sebenenávisti – staří lidé obrazejí agresivitu vůči sobě samým, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj prožitý život jako naprosté selhání a nedávají najevo žádné přání žít jej znovu.⁴

1.2 Demografie

Obyvatelstvo všeobecně stárne, klesá natalita a problémy seniorů stále více vystupují do popředí, stávají se stále naléhavějšími a vyžadujícími řešení. Znatelné změny, způsobené dalším nárůstem naděje dožití, se promítnou zejména 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 zahrnovat pouze 38 %. Absolutně

⁴ Srov. MACHALOVÁ, V., KOUKOLA, B. Vývojová psychologie, s. 91-92.

i relativně se tak zvýší zastoupení seniorů ve věku 70 a více let. Přesněji řečeno, 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 %. Tzn. i samotná seniorská populace postupně stárne. Zvýšení počtu osob starších 80 a více let přináší také důsledky pro celou společnost. Zhoršení zdravotního stavu má za následek vyšší nároky na zdravotní a sociální péči, než u osob mladšího důchodového věku.⁵

Senioři se stávají aktuálně ohroženou skupinou, která je stále početnější i z hlediska kriminality, která zahrnuje násilí fyzické, psychické, ekonomické či majetkové vykořisťování i další projevy v podobě neposkytnutí péče nebo neuspokojení některých potřeb. Pro pochopení všech otázek stáří je třeba znát i další souvislosti v podobě specifických otázek spojených se stářím, jako jsou změny v oblasti psychické, fyzické, sociální, ale i duchovní. Tato specifika se promítají i do dalších oblastí života starého člověka a představují určitou míru rizika jak pro starého člověka samotného, tak i pro jeho okolí.⁶

1.3 Holismus

Člověk je bytost bio-psycho-sociální, bytost holistická, ne pouze soubor částí a procesů. Holismus je odvozený z řeckého slova *holos*, které znamená celek. Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.

Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že musíme brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Celostní pohled na živé bytosti, na člověka je v souladu s neredukovaným chápáním lidské bytosti, s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci. Životní i sociální prostředí, ve kterém člověk žije, ovlivňuje přímo zdravotní stav člověka. Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.⁷

⁵ Srov. SVOBODOVÁ, K. ANALÝZA: *Dostupnost institucionální péče o seniory z regionálního pohledu*, dostupné na WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=569>.

⁶ Srov. VYKOPALOVÁ, H. *Násilí na seniorech jako aktuální problém současné společnosti*, s. 13.

⁷ Srov. KOUKALOVÁ, S. *Ošetřovatelství - Bio-psycho-sociální model zdraví*, dostupné na WWW: <<http://vnl.xf.cz/ose/ose-bpsmodel.php>>.

V každé z těchto složek se projevuje jedinečnost člověka, a zároveň vzájemná propojenost, což se projevuje také v příznacích násilí páchaného na člověku. Násilí v jedné složce nese s sebou postižení celého člověka. Například neobvyklé chování (nedůvěra, strach, uzavřenost) může být syndromem násilí fyzického a naopak. V další části bych se proto chtěla zaměřit na tyto jednotlivé složky starého člověka a přiblížit tak mnohem náročnější situaci než u mladých lidí, se kterou je starý člověk nucen se často vyrovnat, a které se mohou stát potencionálním impulzem k násilí.

1.3.1 Biologické stárnutí

Stáří modifikuje potřeby lidí. Řada onemocnění je vyléčitelná, jiná však končí chronickými nevyléčitelnými změnami, které způsobují předčasné stárnutí a někdy i trvalé omezení schopnosti. Na jedné straně se poněkud mění skladba stravy, požadavky na odívání a bydlení, na druhé straně se zvyšují životní náklady o některé potřeby, vyvolané vyšší nemocností a degenerativními procesy.

Stáří také pozvolnou celoživotní kumulací následků patologických a morbidních procesů přispívá ke vzniku trvalých chronických onemocnění. I když stáří nemusí nutně znamenat zhoršení zdravotního stavu, v posledním období života mohou mít stavy pokročilé senility podobné důsledky omezující pracovní ale, i celkovou aktivitu.⁸

Víme, že se s nastupujícím věkem snižuje výměna látková, spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin atd. Pro organismus starého člověka je charakteristický úbytek některých tkání a struktur.

Starý člověk se snáze unaví a jeho uklidnění po námaze trvá déle. Snížena je také odolnost vůči infekcím, i reakce na léky. Všechny tyto morfologické a funkční změny určují vzhled a chování stárnoucího člověka.⁹ Porucha zdraví, resp. stáří narušuje schopnost člověka naplňovat v žádoucím rozsahu požadavky společnosti i svoje vlastní potřeby, které se týkají například pracovních aktivit členů rodiny, společenských styků anebo soběstačnosti v běžných denních činnostech a potřebách. Kvalita života je komplexním fenoménem a podmiňuje ji mnoho faktorů.

Pokles kvality života u starých lidí lze lehce rozpoznat na základě smyslu života, závislostí, ztráty autonomie. Pokud jde o kvalitní život, lidé neztrácejí smysl života ani

⁸ Srov. TOMEŠ, I. *Sociální politika a mezinárodní zkušenost*, s. 146.

⁹ Srov. JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*, s. 7.

možnost projevit svou osobnost. Kvalitu života u starých lidí významně ovlivňuje i nemoc, která se odráží nejen v tělesné stránce člověka.¹⁰

Zdravotní stav ve stáří je často provázen polymorbiditou. Každá nemoc má svůj charakter a záleží na jedinci, jak se s ní vyrovná. Starý člověk je pod neustálou kontrolou lékařů, jak jeho stav vyžaduje, ale na druhou stranu je mu jeho stav stále připomínán a doprovází ho strach o svou vlastní budoucnost. Není proto divu, že někteří lidé věnují svým nemocem pozornost více, než si zaslouží, což ovlivňuje celý jejich současný i budoucí život. Ubývá faktorů, které člověku pomáhají oprostit se od nepříjemných myšlenek. Dříve tuto úlohu zastávala především rodina, s ubývajícím natalitou a postojem dnešního člověka k sobě samému se i tento jeden z nejdůležitějších faktorů podpory vytrácí. Proto nezbyvá, než se se svými obtížemi vyrovnat převážně sám, a snažit se najít pomoc jinde, například u přátel apod.

1.3.2 Psychické stárnutí

Proces psychického stárnutí je ovlivněn nejen organickými změnami, ale také okolními vlivy. Psychické stárnutí se projevuje změnou osobnostních rysů, snížením poznávacích schopností, zpomalením psychomotorického tempa, zhoršením paměti, nižší koncentrací pozornosti, stálostí v názorech, moudrostí, rozvahou, a tolerancí.¹¹

Každý člověk, pokud začne zjišťovat, že se jeho kognitivní funkce začnou zhoršovat, začne si jich více vážit a přál by si jejich návrat. Proces stárnutí však nese nezvratnou skutečnost ubývání těchto funkcí a ukazuje se i na celkovém hodnocení samého člověka i jeho okolí. Není to však skutečnost, pro kterou bychom si měli člověka méně vážit. Naopak někteří dokážou překonat vlastní vůlí to, co jiný považuje za nenahraditelnou ztrátu. Staré pořekadlo, "Každý je tak starý, na kolik se cítí", vystihuje také fakt, že s problémy vyskytujícími se ve stáří přibývají možnosti, jak se s životem vyrovnat.

Psychický stav člověka také ovlivněn smysl a víra v budoucnost. Tato hodnota je nenahraditelnou součástí každé lidské bytosti. Ve stáří s uvědomováním si vlastní smrtelnosti je o to důležitější, abychom ji dokázali nalézt. Už V. I. Frankl se ve svých dílech věnuje smyslu života, který člověk potřebuje k tomu, aby vedl spokojený život a byl šťastný. Je již ověřeno, že všechny složky člověka se vzájemně ovlivňují. Pokud

¹⁰ Srov. DRAGAROVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*, s. 128-129.

¹¹ Tamtéž, s. 122.

fyzicky zdraví člověk nenachází ve svém životě smysl, je ohrožena celá jeho budoucnost.

1.3.3 Sociální stáří

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou životního způsobu, vytvoření nové role jedince i ekonomického zajištění.¹² Senioři jsou jednou ze znevýhodněných sociálních skupin, kterých ve společnosti v důsledku prodlužování lidského věku přibývá. I když samotný fyzický věk neznamena automaticky vznik sociálních problémů, dochází k poklesu funkčních schopností a soběstačnosti často doprovázených psychickými obtížemi. Pokud zároveň dochází k sociální izolaci, může to vést k nezvládnání nejrůznějších životních situací a k celkovému zhoršení kvality života.¹³

Na druhé straně starý člověk přináší také svou moudrost, zkušenosti, jež jsou často podceňovány. Na stáří se člověk může nejen těšit, ale také se z něj radovat. Už z postoje mnoha starších lidí, kteří jsou blízko důchodovému věku, a kteří se těší na příjemné chvíle, jež budou moci strávit mezi svými blízkými, kterým budou moci tyto zkušenosti předat, a věnovat se zálibám, na které doposud neměli čas, lze usuzovat, že pojmутí stáří zaleží na každém jedinci. Odchod do důchodu, ztráta zaměstnání vytváří další dilema. Záleží na postoji okolí. Někdo závidí volný čas, někdo naopak jeho setrvávání v zaměstnání může hodnotit jako zadržování místa pro více potřebné. V tomto ohledu se objevily i tendence k menšímu zvýhodnění pracujících seniorů.

V souvislosti se sociálním stářím se často objevuje otázka potencionální nástupu seniora do institucionalizované péče. Největší úlohu zde hraje rodina.

Staří lidé mohou v rodině zaujímat dvojakou roli. Ihned nás zřejmě napadne, že budou pravděpodobně hrát pozitivní roli prarodičů. Tato domněnka je v rozporu s faktem, že většina lidí se stává prarodiči již ve středním věku, nejedná se tedy výhradně o záležitost stáří. Je zřejmé, že v případech, kdy příbuzenstvo žije v těsné blízkosti, očekávají staří lidé jeho pomoc.¹⁴

¹² Srov. MÜHLPACHR, P.; STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*, s. 9.

¹³ Srov. DOČKAL, J. *Člověk v současném světě*, s. 144.

¹⁴ Srov. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*, s. 172.

Rodina pak sehrává důležitou a nezastupitelnou funkci v péči o starého člověka. Jenomže rodina se v důsledku ohromných změn v hospodářství a v životním způsobu změnila. Lidé preferují nejen soběstačnost, ale i nezávislost. Starat se o starého, navíc nemocného, člověka znamená redukovat některé činnosti, přizpůsobit denní život v rodině také jeho potřebám. Není to jednoduché, ale je to možné. Jde o to, že rodina musí hlavně chtít, umět a moci se postarat. Někdy je rodina bezděčně nucena do rozhodování, zda má starý člověk odejít do instituce, nebo má nadále setrvat v rodině, která se pod tíhou i několikaleté námahy může rozpadnout.¹⁵

Ztráta schopnosti postarat se o sebe je jedním z nejčastějších faktorů rozhodnutí o institucionalizované péči. Sami si jistě dovedeme představit, jak psychicky náročná je změna našeho stavu a ztráta podpory rodiny.

Jak již bylo zmíněno, rozhodnutí o přemístění seniora do institucionalizované péče se týká celé rodiny. Rozhodnutí však není jednoduché a vyžaduje hledat i jiná řešení. Ať rozhodujeme ve skupině či člověk o sobě rozhoduje sám, vždy je nutné vzít v úvahu i zájmy ostatních.

V současné době se ovšem setkáváme s problémy, které vyplývají ze skutečnosti, že adekvátní péče často přesahuje možnosti současné rodiny. Senior se může stát nežádoucí přítěží, vyžadující řadu obětí. Na druhé straně institucionalizovaná péče činí ze seniorů pouze uživatele a nedokáže poskytnout rodinné zázemí.¹⁶

1.3.4 Spiritualita ve stáří

Byla zde zmíněna biologická, psychologická a sociální část života starého člověka. V neposlední řadě se dnes setkáváme s důležitostí spirituality v životě člověka. Proto bohoslužby apod. jsou dnes již nedílnou součástí domovů pro seniory.

Duchovní dimenzi má každý člověk, ať „věřící“ či „nevěřící“, a hledání, jak každému pomoci v jeho individuálně rozdílných představách o smyslu života a smrti je úkolem nejtěžším.¹⁷ Za základní spirituální potřeby patří potřeby smyslu života, významu vlastní existence, potřeba vztahu s transcendentem, potřeba lásky, naděje, odpuštění a víry a také potřeba duchovních.¹⁸

¹⁵ Srov. JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*, s. 20-21.

¹⁶ Srov. ONDOK, J.P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 188.

¹⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 14-15.

¹⁸ Srov. BURELOVÁ, M. *Duchovní potřeby seniorů*, s. 18.

Potřeba navazovat vztah k transcendentálním skutečnostem je zakotvena v lidské přirozenosti, jak o tom nasvědčuje vývoj náboženských představ od prehistorických dob až k současným světovým náboženstvím. Přestože v poslední době mnoho lidí ztratilo smysl pro posvátno, náboženství zůstává i nadále zdrojem duchovního života, kultury a sociální angažovanosti. Především u seniorů tato představa setrvala dodnes. Člověk jako jediný ze všech tvorů si plně uvědomuje sám sebe i konečnost své existence, zároveň však má možnost překročit své individuální hranice a usilovat o trvalé hodnoty.

Ve spirituální dimenzi lidské osoby je přítomna touha, důvěra a láska, jakož i základní životní jistota, která může být formulována a prožívána v náboženské víře. Spiritualita se projevuje v potřebě tvořit, prožívat krásu a uskutečňovat dobro. Přesvědčení, že život má hluboký smysl, vede člověka k odpovědnému jednání a současně představuje zdroj optimismu a nekončící naděje. Právě tato naděje dokáže seniora podpořit v době, kdy je nucen si zvykat na nové prostředí či stav.¹⁹

V této kapitole bych ještě chtěla připomenout jednu z nejznámějších teorií potřeb člověka. Neuspokojení těchto potřeb je spojeno s násilím, pokud jeden člověk druhému odepře možnost jejich naplnění. Problém může také nastat nejen v odepření základních potřeb druhému, ale také v jeho reakci na vlastní nemožnost uspokojení.

1.3.5 Maslowova hierarchie potřeb

Abraham Maslow uspořádal potřeby do hierarchické stupnice. Tato klasifikace objasňuje princip vnímání a prožívání člověka. Neuspokojení těchto potřeb se stává problémem a může nepříznivě ovlivnit celkový stav člověka, dokud nedojde k jejich naplnění.²⁰

Všeobecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však není možné tvrdit zcela bezvýhradně a je dokázáno, že uspokojování vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v krajních situacích (nouze, nedostatek, strádání) lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena či znemožněna (například v prostředí koncentračních táborů, o čemž

¹⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*, s. 449.

²⁰ Srov. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*, s. 13.

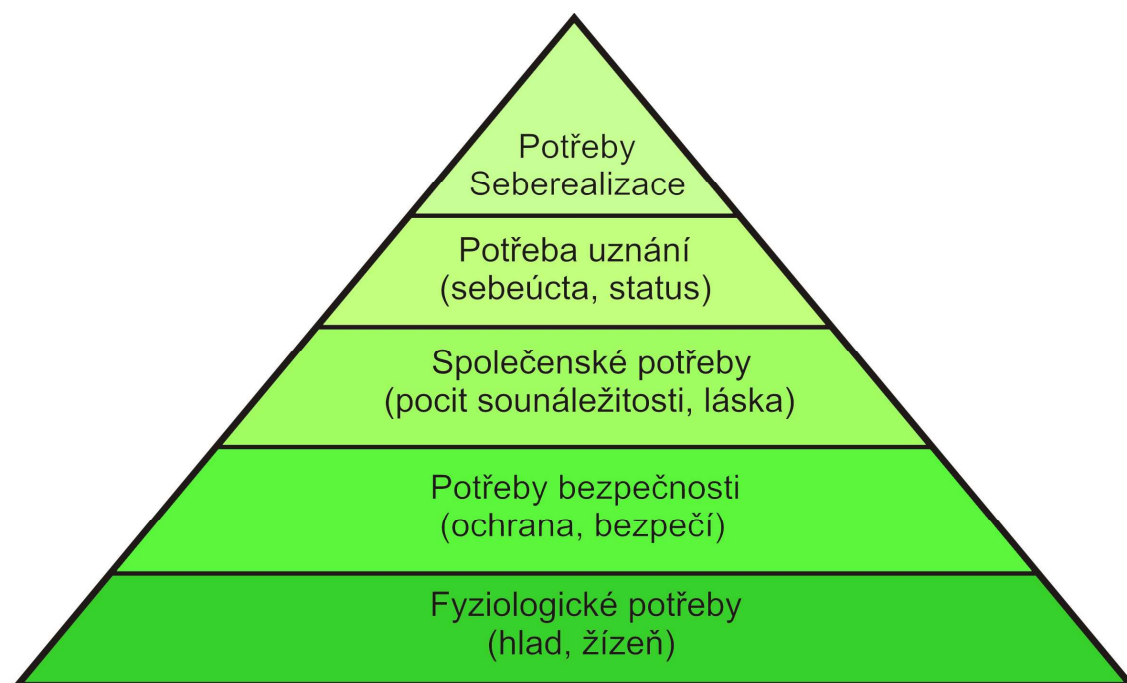
referovali např. Viktor Frankl anebo Konrad Lorenz). Za nejvyšší považuje Maslow potřebu seberealizace, čímž označuje lidskou snahu naplnit svoje schopnosti a záměry.²¹

Požadavky na uspokojení potřeb se mohou během života prolínat a jejich posloupnost nemusí být striktně dodržena. Touha po uspokojení a preferování potřeb se může pod vlivem různých okolností měnit.²²

Potřebu pociťuje člověk zpravidla jako subjektivní prožitek napětí, který koreluje s objektivně stanoveným stavem nedostatku, k jeho vyrovnání potřeba směřuje. V každodenním životě je však obvyklé jiné chování. Spíše než o naplňování potřeb jako takových, jed o více než pouhé vyrovnání nedostatku (př. při potřebě napít se, člověk málokdy pije vodu, dále nákupní horečky, mediální konzum aj.). Pro toto jednání se používá výraz „sebeposilující“ potřeby a velmi záleží na tom, aby je člověk byl schopen zvládnout v rámci své osobní svobody, a nezaměňoval tento zájem za hodnotu.²³

Vztah pracovníka a klienta je ovlivňován jejich potřebami a způsobem uspokojení. Pokud jeden z nich nemá možnost jejich naplnění, lze v tomto vztahu předpokládat negativní změnu. Spokojenost pracovníka tak má vliv i na jeho celkové jednání.

Obrázek č. 1 - Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 42.

²¹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 42-43.

²² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 21.

²³ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 43.

Na začátku bylo uvedeno pojetí stáří a stárnutí ve všech jeho základních dimenzích. Protože v této práci chci upozornit na násilí na seniorech v institucionalizované péči, budu se dále věnovat pojetí stáří ve společnosti, které je dnes označován pojmem ageismus. Ageismus podporuje vědomí společnosti v negativním pohledu jako ohrožené, slabé, může se tak stát potenciálem k násilí.

1.4 Ageismus

V dnešní době se s ageismem setkáváme často. To nám dokazuje, jak je nutné snažit se o změnu této situace. Mnoho seniorů se již s tímto druhem diskriminace setkala, ale nemají téměř žádnou možnost se bránit. Ageismus popírá uznání člověka jako individuality. Již zmíněné společenské vnímání starého člověka navádí k tendenci snižování jeho hodnoty. Nejde jen o vědomí vlastní hodnoty, tedy o sebeúctu, ale také o hodnotu a respekt od druhých.²⁴

Termín „ageismus“ se začal používat v šedesátých letech v USA. Zároveň zahrnuje negativní představy o stáří, ze kterých vznikly mýty jako: stáří je ekonomická zátěž, staří lidé jsou zbyteční, nemají čím přispět. K těmto mýtům přispívají i média.

Se stářím většinou spojují nutnost zlepšování paměti, inkontinenci, bolest typickou pro vyšší věk aj. Pozitivní ukázky jsou zastoupeny jen v malé míře. Zkušenosti starších většinou nahradil internet a další zdroje. Tím se prestiž seniorů zmenšuje, avšak jejich hodnotu nedokážou nikdy nahradit.²⁵

*„Ageismus jako jeden z faktorů potencionální možnosti násilí na seniorech systematicky, na institucionální úrovni stereotypizuje a diskriminuje lidi na základě věku. Znamená omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti, v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance.“*²⁶

Ageismus je manifestován širokým spektrem fenoménu, jak na úrovni individuální, tak na úrovni institucionální: stereotypy a mýty, otevřené opovržení a averze nebo jednoduše vyhýbání se konfliktu. Někdy se ageismus stává účelnou metodou, jakou

²⁴ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 16.

²⁵ Srov. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 168.

²⁶ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*, s. 50.

společnost propaguje pohled na staré lidi s cílem setřást část odpovědnosti vůči nim, jindy s účelem chránit osoby mladší (př. před otázkou umírání, smrti)²⁷

Úmrtí ve vyšším věku často předchází dlouhé období závislosti, která zahrnuje mnoho různých ztrát, ale i větší pozornost vůči ztrátě relativně mladých, aktivních lidí, což odráží nižší sociální status starších a postižených. Ageismus je proces, který vede k banalizaci prožitku ztráty u starších lidí. Exkluze v souvislosti s věkem může být zřejmá, například věkový limit pro přístup k určitému typu služeb, může však být i méně viditelná.²⁸

Podle Traxlera existují čtyři zdroje ageismu, které podporují negativní postoj ke stáří. První z nich je spojen se stářím v úzké souvislosti se smrtí, která je v dnešní společnosti tabuizována. Tendence vyhýbání se smrti podporují také média, jež prezentují smrt spíše jako neúspěch, zklamání. Za východisko je zde považován návrat do našeho nitra, jež je projevem ztráty vlastní spirituality. Mezi další patří důraz na mládí a fyzickou krásu. Na fyzickou krásu se klade velký důraz, změnám spojeným se stářím se snažíme všeobecně bránit a smazat stopy, které na nás čas zanechal. Zde se setkáváme také s velkou mediální podporou. Z pohledu produktivity a ekonomického potenciálu je pro společnost hodnocena jako nejpříznivější skupina osob ve středním věku. Období stáří je chápáno jako neproduktivní. Posledním zdrojem ageismu se podle Traxlera stává prezentace gerontologických studií. Výzkumy jsou prováděny v zařízeních dlouhodobé péče, kterých využívá pouze asi pět procent seniorů a tím dochází ke zkreslování skutečností.²⁹

Další zajímavý názor v oblasti ageismu prezentoval Robert H. Binstock, který poukázal na posun stereotypů o stáří a starších lidech od soucitného ageismu, pohlížejícího na seniory jako na chudé, slabé, politicky bezmocné a hodné pomoci, k rozvoji nového ageismu, jehož terčem jsou nejen chudí, ale i ekonomicky relativně dobře zajištění senioři schopní prosazovat své zájmy i na politické úrovni. Ti všichni totiž zvyšují výdaje na sociální zabezpečení a daňovou zátěž ekonomicky aktivního obyvatelstva a vzbuzují obavy ze stagnace společenského a ekonomického růstu a z intergeneračního konfliktu. Zasahuje i do sféry rodinných interakcí.³⁰

²⁷ Srov. FARKOVÁ, M. Dospělost a její variabilita, 100.

²⁸ Srov. HEARNOVÁ, F. Sociálně vyloučené a zranitelné skupiny uživatelů služeb. In *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, s. 167.

²⁹ Srov. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 38-39.

³⁰ Srov. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*, s. 50.

1.4.1 Ageismus v institucionální péči

Ageismus v institucionalizované péči se stává běžným fenoménem, který je posilován negativními stereotypy. Projevy ageistických tendencí poskytovatelů péče o seniory vycházejí z několika zdrojů: individuální- subjektivně psychologické zdroje, sociální zdroje a kulturně podmíněné zdroje a dále z předsudků a stereotypů. V případě ageismu jde o předsudek kriticky nezhodnoceného úsudku vůči seniorům, vycházející z myšlenkových stereotypů, který pramení z tradic, osobních zkušeností, emocí a z nich plynoucích postojů a názorů přijatých jednotlivcem.

V péči o jedince se mohou ageistické tendence objevovat v měřítku:

- individuálním a skupinovým - devalvují chování, hyperprotektivní chování, infantilizace, vyhýbání se kontaktu se seniorem, nerespektování běžných etických a právních norem, vytváření pocitů závislosti aj.
- systémovém - mezosociálním i makrosociálním- rozpočtová politika a omezování výdajů, odpírání či omezování léčebných postupů z důvodů věku, nepřiměřené hodnocení kompetencí seniora, etika péče, zneužívání a špatné zacházení se seniory aj.³¹

1.4.2 Ageismus a lidská práva

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcižitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“³²

O lidských právech se v dnešní době vedou mnohé diskuze. Týkají se především těch, kterým jsou nějakým způsobem odpírána a senioři jsou jedni z nich. Toto jednání však bývá často považováno za přirozené.

Lidská práva odpovídají rozumu i požadavku svědomí.³³ S lidskými právy se rodíme, máme na ně právo po celý život. Ale protože morální aspekty nejsou ve společnosti na potřebné výši, vznikla řada dokumentů, jejichž úkolem je ochrana práv určitých skupin osob. Některé jsou schváleny a vypracovány v České republice, jiné se týkají mnoha dalších zemí. To je důkazem toho, že ochrany práv je třeba všude.³⁴

³¹ Srov. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*, s. 74-75.

³² Zákon č. 2/1993 Sb. - Listina základních práv a svobod

³³ Srov. JANDEJSEK, P.; KOMBERCOVÁ, Z. *Lidská práva a sociální spravedlnost*. IN *Etika pro sociální práci*, s. 95.

³⁴ Srov. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 50.

Teorie lidských práv obecně vychází ze dvou klíčových hodnot. Jsou jimi lidská důstojnost a rovnost. Lidská práva lze chápat jako dodržování norem, nezbytných pro život v důstojnosti. Jejich univerzálnost vychází z rovnosti mezi lidmi. Mají na ně právo všichni bez jakéhokoli rozdílu. Rovnost a důstojnost lze považovat za kontroverzní, stačí ke zdůvodnění lidských práv. Tento koncept lze proto sloučit pro všechny kultury i náboženství.³⁵

Diskriminace na základě věku (ageismus) je jednou z podob potlačování nebo porušování práv seniorů. Důsledkem negativních stereotypů a degradace seniorů může být nedostatek zájmu společnosti o potřeby seniorů a jejich marginalizace. Mohou jim být odpírány příležitosti, zdroje a právoplatné nároky. Míru diskriminace seniorů ve společenském, hospodářském, politickém a občanském životě ovlivňují kulturní hodnoty týkající se věku a pohlaví. Pomocí se může stát právní a soudní systém, který však sám čelí mnoha nedostatkům.³⁶

Mezi základní lidská práva, jak již bylo uvedeno, patří i osobní svoboda. Svoboda je již ze své podstaty spojena s možností volby (chtění), jež se uskutečňuje na základě poznání. Osobní svoboda v sobě zahrnuje i mnoho podkapitol. Do osobní svobody patří rozhodování o tom, co a kdy budu jíst, svoboda pohybu, svoboda myšlení a svoboda slova, svoboda rozhodnout se žít z osobního pohledu sice kvalitně, ale nezdravě (cigarety, káva, alkohol aj.).³⁷

Personál tyto svobody u uživatelů omezuje, a to již z těchto uvedených důvodů (handicap, problémové chování, ekonomická situace zařízení, vlastní organizace zařízení, postoje personálu). Opatření, která omezují svobodu seniorů, jsou však považována za nutná k udržení chodu a spokojenosti všech uživatelů. Ve vícelůžkových pokojích nemá uživatel ani možnost s ohledem na druhého věnovat se plně svým koníčkům, pokud se neshodují s běžným chodem zařízení. Důvodů může být více a často jsou vzájemně propojené. K omezení svobody personál v krajních případech používá tzv. restriktivní postupy, kterým se budu věnovat v další kapitole.³⁸

³⁵ Srov. JANDEJSEK, P.; KOMBERCOVÁ, Z. Lidská práva a sociální spravedlnost. IN *Etika pro sociální práci*, s. 96.

³⁶ Srov. *Zpráva generálního tajemníka o zneužívání seniorů: Komise pro sociální rozvoj jednající ve funkci přípravného výboru pro 2. světové shromáždění o stárnutí*, s. 2.

³⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 38.

³⁸ Srov. JŮN, HYNEK. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*, s. 94.

2. NÁSILÍ NA SENIORECH

Násilí je ústředním bodem této práce. V další kapitole bude tedy psáno o násilí. Pozornost bude věnována násilí, které prostupuje tam, kde by ho člověk nikdy nečekal – do institucí, které mají být pro seniory oporou, klidným přístavem, náhradou rodiny a bydlení. Senioři jsou zde převážně odkázáni na své nejbližší a pečovatele a ztráta důvěry a ohrožení se pro ně může stát v poslední fázi života noční můrou.

2.1 O násilí

Patrně nejobecněji definovala násilí Světová zdravotnická organizace (WHO), a to již v roce 1996 jako: *“úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti.”*³⁹

Násilí na seniorech je celosvětovým závažným problémem. Na rozdíl od diskriminace, pro kterou je charakteristický vztah ke skupině (kohortě), je zneužívání aktem vůči jednotlivci. Násilí na seniorech začíná ztrátou respektu, nevědomým zanedbáváním, ekonomickým zneužíváním a může vést až k otevřenému násilí. Jde o případy, kdy se agresor snaží ovládnout oběť a často jedná z pozice moci.⁴⁰

Problémem spojeným s pojmem násilí na starých lidech je skutečnost, že se tento jev týká jak tzv. domácího násilí, tak i institucí, tj. zařízení, ve kterých někteří staří lidé dlouhodobě či krátkodobě žijí a jsou odkázáni na pomoc druhých. Navíc jsou do produkce špatného zacházení s lidmi v postproduktivním věku v určité rovině pohledu nezřídká zapojeny některé důležité složky společnosti jako např. úředníci či politici, někdy i celá společnost.⁴¹

Přes veškeré nevýhody nepatří senioři ke skupině lidí, na kterých by bylo páčáno velké množství trestných činů. Za zvláště ohroženou skupinu považujeme seniory trpící právě některým z tělesných onemocnění či duševní poruchou. Především změny psychického stavu neumožní dobrou orientaci v situacích a sníží se tím možnost

³⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*, s. 13.

⁴⁰ Srov. LORMAN, J. Existuje diskriminace a zneužívání seniorů v ČR? In. *Postavení a diskriminace seniorů v České Republice*, s. 58.

⁴¹ Srov. MARTINKOVÁ, H. et al. *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku - se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*, s. 7.

předvídat nebezpečí. Lidé trpící těžším stupněm demence vyžadují pomoc pečovateli. Těmto lidem hrozí spíše zanedbávání či ohrožení ze strany pečovateli. Může se jednat o rodinné příslušníky či o profesionální pečovatele.⁴²

V literatuře se uvádí několik klasifikací násilí, od násilí způsobeného úmyslně až po zanedbávání. Každá forma násilí má svá specifika, což neubírá na jejich závažnosti, někdy jsou senioři ohroženi i několika formami najednou.

2.2 Základní formy násilí

V praxi se setkáváme s několika druhy násilí. V této části se proto budu zabývat různými druhy násilí a jejich příznaky, především pak násilím institucionálním.

Fyzické násilí (zanechává zpravidla viditelné stopy ve formě tělesných poranění).⁴³ Tělesné týrání je chápáno jako úmyslné působení bolesti, záměrné odmítání uspokojovat základní potřeby, bezdůvodné omezování lidské svobody. Jde o celou škálu forem násilí od bití přes kopance, škracení, a jiné agresivní útoky, až po odpírání jídla, léků apod. Poranění mohou být různě stará, mohou se vyskytovat na místech, kde by si je oběť nebyla schopna sama udělat.⁴⁴

Psychické neboli emocionální násilí (označované též jako neviditelné násilí),⁴⁵ Mezi příznaky psychického násilí patří ponižování, vědomé snižování sebevědomí, hrozby, verbální agrese. Výjimkou nebývá ani porušování práv formou výhrůžek o vystěhování, umístění do domova pro seniory, stálé poukazování na závislost na pachateli. Za emocionální vydírání se považuje také poškozování či likvidace předmětů s emočním nábojem, omezování sociálních kontaktů, zabraňování ve vykonávání oblíbených činností. Častým příznakem je deprese a nevysvětlitelné změny v chování seniora.⁴⁶

Sexuální násilí (projevuje se omezováním osobní svobody až po znásilňování). Gerontofílie není, jak by se mohlo zdát, výjimečná. Postihuje výhradně ženy. Příznaky jsou opakované záněty rodidel a poranění v této oblasti.

⁴² Srov. ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*, s. 58.

⁴³ Srov. ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*, s. 10.

⁴⁴ Srov. ZIMMELOVÁ, P.; ŠVESTKOVÁ, R. Násilí na seniorech- praktická část In *Domácí násilí na mužích a seniorech*, s. 87-88.

⁴⁵ Srov. ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*, s. 10.

⁴⁶ Tamtéž, s. 90.

Sociální násilí (tj. kontrola a omezování sociálních kontaktů, sociální izolace oběti),⁴⁷ Sociální nebo domácí násilí páchané na seniorech bývá důsledkem rozpadu sociálních vazeb mezi starší osobou a její rodinou nebo rodinného nesouladu. Jeho rozsah ovlivňují sociální a kulturní normy přijatelného chování, žebříček rodinných hodnot a pohled na stáří v dané společnosti.⁴⁸

Ekonomické násilí (excesivní, tedy z normy vybočující kontrola nebo odnímání finančních prostředků oběti, její přinucování k tomu, aby násilníka finančně zajišťovala). Od seniora je pro jiné osoby požadována částka neúměrná jeho příjmům, nezbyvá mu na vlastní potřebu. Příznakem může být nepřiměřený oděv, nedostatečná výživa. Jeho životní úroveň neodpovídá jeho příjmům. Při hovoru o financích reaguje senior vyhybavě, nemá tušení, jak je s jeho penězi nakládáno a naopak zájem o jeho finanční situaci projevuje někdo jiný.⁴⁹

Mezi další druhy násilí patří zanedbávání, které se nejvíce vyskytuje v sociálních službách. O zanedbávání péče lze hovořit v souvislosti s opatrovnictvím, ústavní péčí, ale i péčí domácí. K nejčastějším případům zanedbávání v zařízeních pro seniory patří dekubity.

Odepření uspokojení potřeb, opomenutí péče o nesoběstačného jedince může v závažných případech končit i smrtí. WHO charakterizuje zanedbávání péče jako „odpírání či selhání plnit pečovatelské (ošetřovatelské) závazky bez ohledu, zda jde či nejde o vědomý pokus způsobit starému člověku tělesné či duševní potíže a ohrožení“.⁵⁰

Aktivní zanedbávání je odmítnutí nebo selhání v ošetřovatelských povinnostech včetně vědomé a úmyslné snahy vyvolat fyzické a emoční utrpení starého člověka.⁵¹ Aktivní zanedbávání je vědomé a opakované odepření potřeb běžného života, například jídla, lékařského ošetření, nutné asistence v běžných úkonech. Příznaky mohou být špatný zdravotní stav, imobilita, nedostatečná hygiena. U ošetřovatele bývá známka rezignace na plnění svých povinností.⁵²

Pasivní zanedbávání: odmítnutí nebo selhání v plnění poskytování péče, kromě vědomé a záměrné snahy vyvolat psychické nebo emoční utrpení starého člověka.⁵³

⁴⁷ Srov. ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*, s. 10.

⁴⁸ Srov. Zpráva generálního tajemníka o zneužívání seniorů: Komise pro sociální rozvoj jednající ve funkci přípravného výboru pro 2. světové shromáždění o stárnutí, s. 5.

⁴⁹ Srov. ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*, s. 62.

⁵⁰ Srov. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. *Geriatric a Gerontologie*, s. 355.

⁵¹ Srov. ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*, s. 10.

⁵² Srov. KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*, s. 39-40.

⁵³ Srov. ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*, s. 10.

K pasivnímu zanedbávání seniora dochází v situacích, kdy na něj druhá strana zapomíná, odmítá se zaobírat jeho potřebami, izoluje ho. Zanedbávání je projevem nedostatečného zájmu o seniora v případech, kdy je na péči závislý. Příkladem může být nepodávání léků, zapomínání na nákup aj. Při pasivním zanedbávání dochází k ohrožení tělesné i psychické stránky seniora. Pasivní zanedbávání může být i selhání lidského faktoru. Narůstající odpor k jedinci může být často důvodem k odpírání péče. Tento případ se odehrává především ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Identifikace je složitá.⁵⁴

Mezi další formy zneužívání, o kterém jsem se již zmínila, a kterými jsou senioři ohroženi, je méně známý pod názvem mistreatment. Mistreatment je obvyklé označení všech forem týrání, zanedbávání a zneužívání, ale někdy jen označení nesourodé skupiny mírnějších nevhodných postojů a jednání, které mají negativní dopad na seniory, aniž by naplňovaly elder abuse. Mnohdy není přítomen zlý úmysl.

V ústavní péči bývá jako mistreatment chápáno iatrogenní poškození či non-lege artis postup ve smyslu nerespektování potřeb křehkých geriatrických klientů- nadměrné omezování, odnímání kompetencí, nerespektování důstojnosti, rozvoj imobilizačního syndromu a jiných projevů geriatrického hospitalizmu.⁵⁵

2.2.1 Elder abuse and neglect

„V případě špatného zacházení se starými lidmi hovoříme o souhrnu fenoménů- forem ubližování, příčin, následků rizikových faktorů, které všechny dohromady tvoří to, čemu říkáme syndrom špatného zacházení se starým člověkem, anglicky EAN.“ Elder abuse and neglect se vyskytuje jako jedna z forem násilí.⁵⁶

AEN vážně ohrožuje zdraví a pohodu člověka. EAN může mít různé formy a může se jednat o náhodu nebo záměr. AEN je definovaný jev, který odráží rozdíly mezi hodnotami standardu a nepřijatelným mezilidským chováním. Jako každé jiné zneužívání, je zneužívání staršího člověka porušením lidských práv a častou příčinou úrazu, nemoci, ztráty produktivity, izolace a zoufalství.⁵⁷

⁵⁴ Srov. KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*, s. 39.

⁵⁵ Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 255.

⁵⁶ Tamtéž, s. 249.

⁵⁷ Srov. *Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report Nonserial Publication*, s. 6.

Syndrom EAN je extrémním důsledkem osamělosti starého člověka prožívané uvnitř skupiny lidí, se kterými by za normálních okolností navázal vztahy, které by naopak působily vůči osamělosti preventivně. Součástí syndromu EAN může být také omezování sociálních kontaktů seniora ze strany pečovatelských pracovníků, což osamělost týraného seniora ještě prohlubuje a negativismus může sloužit jako další provokace k dalšímu násilí ze strany pečovatelských pracovníků. Navíc se ukazuje, že každý starý člověk, který je týrán, se za to nepředstavitelně stydí a má pocit, že si to nějak zaslouží. Což dle názoru autorky dokazuje, že za týráním stojí také krize identity a nedostatečná integrita osobnosti starého člověka jako důsledky selhání systému sociální opory při procesu adaptace na seniorskou roli, tedy zdroje příčin osamělosti.

Důležité je zmínit fakt, že komplex všech forem týraní seniorů jasně koresponduje s tzv. Maslowovou strukturou potřeb, o které jsem se již zmínila, a které jsou jednotlivými formami EAN destruovány a je znemožněno jejich uspokojení. Důsledkem je nenaplnění ani jednoho z požadavků, které klademe na představu o tom, co to znamená být zdravý, tedy v úplné psychické, fyzické a sociální pohodě. Týráním seniora znamená destrukci všeho, co si kdy představoval pod pojmem spokojený život a příjemný životní styl.⁵⁸

Elder abuse se týká častěji žen. Důvodem této specifčnosti je fakt, že ženská populace je starší než mužská. Je to dáno především nižší úmrtností žen a tím i jejich vyšší střední délkou života. Rozdíly ve střední délce života mezi muži a ženami se u nás v posledních letech zvyšovaly.⁵⁹

2.2.2 Restrikce

Restrikce je v dnešní době velmi řešeným tématem. Otázkou je omezování klienta, jeho práv na svobodu či bezpečnost pro něho samotného i pro okolí. Může být restrikce formou násilí, kterou může personál zneužívat?

„Restrikce označuje jednání, ke kterému se uchýlí člen personálu nebo jiný pečovatel a které těží z autority člena personálu nad dotyčnou osobou a přitom překročí hranici, jež je obvyklá ve vztazích mezi dospělými. „⁶⁰

V dostupné literatuře jsou uváděny tři druhy omezujících prostředků.

⁵⁸ Srov. SÝKOROVÁ, K. Syndrom EAN. Jeho koncepce; formy, rizikové faktory a sociální kontext problému týraní seniorů. In *Třetí věk trojí optikou*, s. 90-96.

⁵⁹ Srov. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 18.

⁶⁰ Srov. JŮN, HYNEK. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*, s. 94.

Fyzické (úchopy, držení rukama)- zde je nutné vyškolit personál ve zvládnání sebeobrany a užití této metody.

Mechanické- kurty, síťová lůžka, izolační místnosti, uzamčené dveře a všechny další mechanické zábrany volného pohybu člověka.

Farmakologické- užití léků na uklidnění (neuroleptika, sedativa, antipsychotika).⁶¹

Vzhledem k citlivosti používání restriktivních opatření jsou stanoveny jasné podmínky pro jejich použití jako ochrana před zneužíváním. Restriktivní opatření lze použít, jestliže není možné nalézt příčinu pro uživatele nebezpečného chování, kterou by bylo možné odstranit. Použití omezujících prostředků je odůvodnitelné pouze v případech, kdy je riziko plynoucí z chování uživatele příliš vysoké a bez použití omezujících prostředků by mohlo dojít k dalšímu zhoršení jeho stavu. Vždy je třeba dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl vyšší než jeho možné riziko. Na rozhodování o použití omezujících prostředků by se měl podílet multidisciplinární tým vždy, kdy je to možné. Pokud se rozhodneme omezující prostředky použít, musíme se pokusit vysvětlit uživateli, co se děje, proč a jak dlouho bude toto opatření trvat. Zejména je důležité, aby uživatel věděl, kdo bude po tuto dobu přítomen, na něj dohlížet, kde a jakým způsobem bude dosažitelný. Nesmí se v žádném případě stát, že uživatel, u něhož jsme použili omezovací prostředky, bude ponechán bez dozoru. Vždy je třeba pečlivě zvážit nebezpečí poškození uživatele v důsledku použití omezujících prostředků. Proto je nezbytné, aby alespoň jeden ze členů ošetřujícího týmu byl vždy přítomen a byl s uživatelem v trvalém vizuálním a verbálním kontaktu, a to po celou dobu trvání tohoto opatření. Je proto naprosto nutné přijmout opatření, která umožní, aby byl dostatek ošetřujících, a to včetně nočních směn.

Každý člen týmu by měl být dostatečně zaškolen v metodách péče, které pacienty neomezují, a také v otázkách souvisejících s používáním omezujících prostředků. Pouze v naprosto výjimečných případech se může na omezení ženy podílet muž.⁶²

Hlavním cílem je vždy zajistit ochranu a bezpečnost klienta. Dále zajistit klid a bezpečí pro ostatní klienty a zabránit poškození majetku. Jedná se o krajní řešení, které působí jak velkou psychickou zátěž klientovi, který je omezen, tak personálu a všem přihlížejícím.

⁶¹ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 52-53.

⁶² Srov. HOLMEROVÁ, I. Používání omezovacích prostředků v péči o geriatrické pacienty. In. *Postavení a diskriminace seniorů v České Republice*, s. 71.

2.3 Institucionální péče

Institucionální péče o staré a nemocné má velmi dlouhou tradici. V našem povědomí je většinou spojována s kláštery a církevními zařízeními. Hlavní úlohu zde plnily řádové sestry (i dnes se s nimi v této oblasti můžeme setkat). Postupně spolu se zvyšující se rolí státu začínaly tuto úlohu přebírat obce a města. Odbornost lékařské péče odpovídá době, avšak přístup řádových sester by mohl být příkladem.⁶³

V oblasti péče o seniory existuje široké spektrum sociálních služeb, které nabízí jak stát, obce či neziskové organizace. Jedná se zejména o nabídku pobytů seniorů v zařízeních pro ně určených, o pečovatelskou službu, domácí péči, respitní (úlevovou) péči či denní centra pro seniory aj.

Po vstupu zákona o sociálních službách v platnost jsou označovány jednotlivé rezidenční sociální služby pro seniory kategorií „domov pro seniory“. Dříve se jednalo o názvy jako domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou či domovy-penziony pro důchodce.⁶⁴ Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace potřebuje pomoc druhé osoby při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.⁶⁵

Proces modernizace systému sociálních služeb se snaží zajistit služby poskytované v určité míře, kvalitě a dostupnosti. Protože kvalita je pojem spíše subjektivní, bylo nutné nastavit měřitelná kritéria pro hodnocení kvality. Měřitelnými kritérii jsou Standardy kvality sociálních služeb, které jsou členěny na procedurální, personální a provozní. Procedurální standardy, které jsou považovány za nejdůležitější, stanovují, jak má poskytovaná služba vypadat. Nalezneme zde např. jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka či problémy, které se mohou vyskytnout při jednání se zájemcem o služby. Personálnímu zajištění služeb se věnují personální standardy. Zde je velmi důležitá především kvalita personálu, který službu poskytuje.

⁶³ Srov. VRAJ, L. Ústavní péče o seniory- pozitiva a úskalí. In VYKOPALOVÁ, H. *Násilí na seniorech*, s. 33.

⁶⁴ Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální služby, Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*, s. 89-91.

⁶⁵ Srov. KOLÁŘOVÁ, I., HANUŠ, P. *Sociální služby v novém*, s. 21.

Ta záleží na vzdělání, na dovednostech, na pracovních podmínkách apod. Podmínky pro poskytování sociálních služeb definují provozní standardy.⁶⁶

Tato zařízení mají také povinnost dodržovat zákon č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů. Zákon zabráňuje zneužití informací o uživateli, které může poskytovatel získat se souhlasem i bez souhlasu uživatele například od rodinných příslušníků.⁶⁷

Z tabulky číslo 1 je zřejmé, že v celorepublikovém průměru připadá na jedno místo v domově důchodců či v domově-penzionu pro důchodce zhruba 42 osob ve věku 60 a více let. Ve věku 80 a více let, kdy je pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu a

s tím související ztráty soběstačnosti, připadá na jedno lůžko v některém z těchto zařízení 7 potenciálních uchazečů.⁶⁸

Tabulka č. 1 – Vybrané charakteristiky potencionální dostupnosti institucionální péče o seniory v krajích ČR v roce 2006

| Kraj | kapacita DD+DP | počet obyvatel | | počet osob na 1 místo v DD, resp. DP | |
|------------------|----------------|------------------|----------------|--------------------------------------|------------|
| | | 60+ | 80+ | 60+ | 80+ |
| Hl. m. Praha | 3 654 | 266 852 | 47 920 | 73,0 | 13,1 |
| Středočeský | 5 092 | 235 610 | 36 308 | 46,3 | 7,1 |
| Jihočeský | 2 971 | 125 658 | 19 368 | 42,3 | 6,5 |
| Plzeňský | 2 056 | 116 582 | 17 208 | 56,7 | 8,4 |
| Karlovarský | 1 583 | 56 761 | 7 718 | 35,9 | 4,9 |
| Ústecký | 5 736 | 152 384 | 21 951 | 26,6 | 3,8 |
| Liberecký | 1 661 | 82 307 | 13 186 | 49,6 | 7,9 |
| Královéhradecký | 2 913 | 116 155 | 18 731 | 39,9 | 6,4 |
| Pardubický | 2 649 | 103 517 | 16 001 | 39,1 | 6,0 |
| Vysočina | 2 262 | 103 088 | 15 989 | 45,6 | 7,1 |
| Jihomoravský | 5 509 | 237 391 | 39 451 | 43,1 | 7,2 |
| Olomoucký | 3 657 | 128 873 | 20 661 | 35,2 | 5,6 |
| Zlínský | 3 836 | 120 732 | 18 598 | 31,5 | 4,8 |
| Moravskoslezský | 6 521 | 242 307 | 35 388 | 37,2 | 5,4 |
| Celkem ČR | 50 100 | 2 088 217 | 328 478 | 41,7 | 6,6 |

Pozn.: DD – domov důchodců; DP – domov-penzion pro důchodce

Zdroj: ČSÚ

⁶⁶Srov. ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*, s. 13.

⁶⁷ DOSOUDILOVÁ, K., FRANCUCHOVÁ, M. Typická dilemata v terénní sociální práci pro terénní pracovníky. In. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*, s. 483.

⁶⁸ Srov. SVOBODOVÁ, K. ANALÝZA: *Dostupnost institucionální péče o seniory z regionálního pohledu*, dostupné na WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=569.

Z charakteristiky Českého statistického úřadu vyplývá, že kapacita domovů pro seniory je nedostačující. Potencionální klienti tak často čekají i roky na umístění. Jak již bylo uvedeno, zvyšující se věk často souvisí se zhoršením zdravotního stavu klienta, tudíž znamená i náročnější práci pro personál, jehož počet zůstává stejný navzdory zvyšující se náročnosti péče.

Péče poskytovaná klientům profesionály (případně také dobrovolníky) v institucionálním zařízení má rozmanité podoby a cíle - od poskytování náhrady chybějícího domova či chybějícího či jinak nedostupného komplexu služeb až po represivní reakci společnosti na nepřijatelné způsoby chování. Často se v zařízeních vyskytují specializovaná oddělení pro klienty se zvláštním režimem. Jsou zde přijímáni klienty především s Alzheimerovou chorobou, stařeckou demencí aj., u nichž je nutný neustálý dohled personálu. Také těchto specializovaných zařízení je v České republice nedostatek. Tato oddělení vyžadují vyšší počet personálu s předpoklady pro zvládnání hlavně psychicky náročné péče.

Protože institucionální péče s sebou vždy nese vysoké riziko sociálního vyloučení klientů, zneužívání moci personálem a riziko nepříznivých vlivů klientů na sebe navzájem, považuje se dnes ve vyspělých zemích za poslední možnost, která by měla být klientovi nabídnuta až po vyčerpání všech alternativních možností.

Institucionální péče je nejdražší formou sociální péče. Jak se Matoušek zmiňuje, velká zařízení jsou méně ekonomicky nákladná, avšak dochází k dehumanizaci. Již v některých vyspělých státech je počet lůžek limitován. Dnes přesto převládá neustálý nátlak na vytváření početnějších zařízení, počet žádostí často několikrát převyšuje počet lůžek mnoha zařízení. Ekonomická stránka hraje v současné době velkou úlohu nejen ve vytváření menších důstojnějších zařízení, ale také pro snahu vytvořit ve velkých zařízeních důstojnější podmínky.⁶⁹

Pracovníci v sociálních službách pro seniory se často potýkají s nevhodnými podmínkami pro svou práci, jejich status je často podceňován. Kompenzace tohoto stavu může narušit jeho integritu, jež se může stát i potenciálem k násilí. Avšak ani nevhodné podmínky, nedostatek personálu aj. nejsou důvodem pro omluvu tohoto jednání, problém přesto přetrvává.⁷⁰

⁶⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 253.

⁷⁰ Srov. GLENDENNING, F.; KINGSTON, P. *Elder abuse and neglect in residential settings: Different national backgrounds and similars responses*, s. 14-15.

Současné stanovisko institucionalizované péče pro seniory, ale i jiné „znevýhodněné skupiny lidí“ nemají za cíl jejich izolaci, ale všestrannou péči o ně. Je zdůrazňován etický požadavek jejich autonomii a právo na sebeurčení i nárok na to vést uspokojivý život a přispívat pozitivně k životu druhých v prostředí a ve společenství, ve kterém se nacházejí. Nejen staří lidé, ať již postižení imobilitou nebo ztrátou schopnosti soběstačnosti, nechtějí být pokládáni za předmět charitativní péče, ale za autonomní individua s vlastním sebeurčením, která si přejí (a mohou) zaujmout své správné místo v životě společnosti a přispívat k němu podle míry svých vlastních možností.⁷¹

2.3.1 Institucionální týrání

Institucionální zneužívání v různých podobách je dlouho spojováno s institucionalizovanou péčí. Bylo zjištěno, že v rozvinutějších oblastech žije v zařízeních institucionalizované péče 4 až 7 % seniorů. V jiných rozvojových regionech je jen málo institucionalizované péče o seniory. Kromě těchto zařízení jsou staří a slabí (bezmocní) umísťováni v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo domovech pro seniory, kteří se ocitli zcela bez prostředků (v situaci krajní nouze) a trpí zdravotním postižením.⁷²

Speciální formou násilí, stěžejní pro tuto práci, je právě institucionální násilí, tj. utrpení způsobené institucemi, popř. normami, kdy je důsledkem tzv. druhotné ponižování. Někdy se hovoří o systémovém týrání, které je způsobeno systémem (tedy institucemi, jejich normami a postupy), který byl původně budován s naprosto odlišným záměrem. Například v ústavech sociální péče má klient najít ochranu a pomoc. Někdy se však dobré úmysly a dobrý systém obrátí proti němu. Příkladem může být již zmíněný meanstreatment, kdy dochází k nevhodnému zacházení, jež se může projevit nedostatkem informací, záměrné odloučení od rodiny nebo snižování kontaktu s ní, nekvalitní péče nebo častěji nedostatečná snaha řešit klientovy problémy komplexně. Relativně častým prohřeškem je nevhodná výživa, podcenění nebo nedodržení pitného režimu, nevhodná nebo nadměrná indikace uklidňujících léků atd.⁷³

„K hlavním důvodům špatného zacházení v ústavní péči patří:

-vysoká míra zranitelnosti (bezbrannosti) seniorů,

⁷¹ Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína.*, s. 187.

⁷² Srov. *Zpráva generálního tajemníka o zneužívání seniorů: Komise pro sociální rozvoj jednající ve funkci přípravného výboru pro 2. světové shromáždění o stárnutí*, s. 6-7.

⁷³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*, s. 24.

- osamělost značné části seniorů,
- praktická nemožnost seniorů zařízení opustit,
- přetížení a syndrom vyhoření burn out personálu.“⁷⁴

Zneužívání v institucích zahrnuje rovněž situace, které vznikají vedle jednotlivých případů v důsledku režimu nebo systému v dané instituci. Existuje tak kontinuum různých typů zneužívání a situací, ke kterým může docházet v různých prostředích, kde se starší osoby nacházejí. Vedle různých typů zneužívání a prostředí, ve kterých k nim dochází, mohou být do zneužívání zapojeni rovněž různí lidé. To je důležité zejména v institucionálních zařízeních, v nichž se kromě klientů vyskytují zaměstnanci, příbuzní, přátelé nebo dobrovolníci. Při poskytování péče v zařízeních mohou vznikat situace zneužívání mezi obyvatelem a profesionálem iniciované starší osobou, takže může dojít ke zneužívání oběma směry nebo jednosměrnému zneužívání personálu ze strany obyvatele zařízení. Musíme také připustit, že změna prostředí (například přesun z domova do zařízení) nemusí nutně znamenat, že všechno dřívější zneužívání definitivně skončí.⁷⁵

V praxi se tedy lze setkat i s negativními postoji ze strany ošetřujících (sestry, pečovatelky, sanitáři, aj.). Příkladem může být nezáměr o uživatele, pocit, že jsou jím obtěžováni, dochází k ponižování uživatele, oslovování "dědo a babi" i když nejde o jejich příbuzného, špatná ošetrovatelská péče zejména v oblasti hygieny u nepohyblivých uživatelů, (minimální polohování, výměna plenkových kalhotek max. 2x/den, nucení k jídlu, arogance, spěch při krmení zcela imobilních uživatelů, ztráta intimity při vyprazdňování - na míse nebo na židli na pokoji za přítomnosti ostatních klientů, při ranní hygieně čekání na sprchu v řadě pacientů, neúcta, odpor ke starým, dementním nebo zmateným lidem, atd.). To vše snižuje lidskou důstojnost hospitalizovaného pacienta a způsobuje jeho strach a úzkosti (není schopen se bránit).

K tomuto druhu násilí však nedochází jen ze strany personálu, ale setkáváme se s ním i ze strany příbuzných. Projevuje se především nezáměrem o svého blízkého, jeho "odložením" do nemocnice, Domova pro seniory nebo LDN, stává se, že někteří příbuzní navštěvují pacienta jen proto, aby si vyzvedli jeho důchod, a jinak je nezajímá.⁷⁶

⁷⁴ MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*, s. 106.

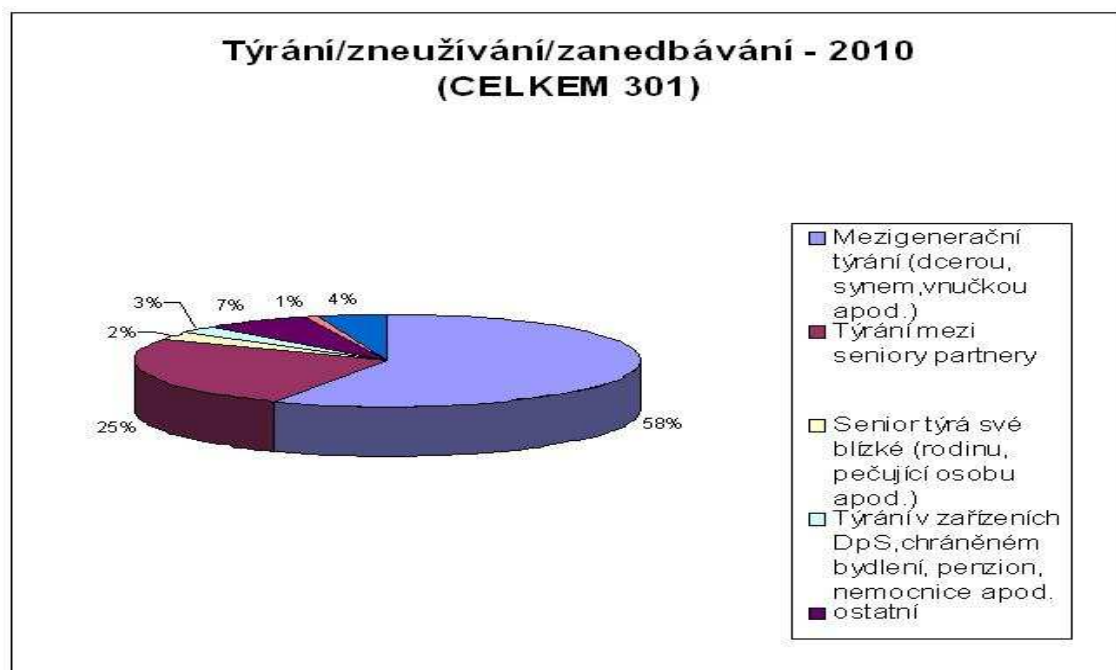
⁷⁵ Srov. PENHALE, B. Koncept zneužívání seniorů (elder abuse) – konec mlčení. In. *Postavení a diskriminace seniorů v České Republice*, s. 102.

⁷⁶ Srov. ČOK, M. *Péče a lidská důstojnost*, dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=5>>

Graf č. 1 znázorňuje případy aktivního fyzického či psychického týrání a zanedbávání základní péče o staré lidi (zejména, ale nejenom, o lidi s omezenou soběstačností). V západní Evropě je odhadováno, že se jedná o 3-6%. Nejde jen o skutečné tělesné týrání a ubližování, ale i o záměrné vystavování rizikům a úrazům, omezování autonomie, vyhrožování či finanční využívání.⁷⁷

Procento týrání v zařízeních pro seniory se zvyšuje (v roce 2008 bylo na krizové lince zaznamenáno 1% týrání a zneužívání). Nárůst je projevem větší dostupnosti informací a osvětě seniorů, ale i jejich snahou se bránit.

Graf č. 1 Zaznamenané týrání a zneužívání seniorů na krizové lince Senior telefonu v r. 2010 (celkem 301 hovorů)



Zdroj: <http://www.zivot90.cz>

Uživatel v institucionalizované péči je nucen přijmout změny ve svém životě, které dlouhodobá nemoc, neschopnost postarat se o sebe či jiný důvod vyžadující umístění přináší. Pokud je nemocný upoután na lůžko, je odkázán na službu druhých. Charakteristická je pasivita, přičemž aktivita druhých je zaměřena na něj. Musí se také přeorientovat na činnosti, které dosud nedělal, musí dělat to, co mu ošetřující personál nařídí. Změní se mu zcela jeho životní rytmus, musí brát léky v předem vymezeném čase, musí se podrobovat vyšetření a ošetření, o nichž rozhoduje někdo jiný s ohledem

⁷⁷ Srov. KREJČÍŘOVÁ, D.; LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*, s. 213-214.

na možnosti zařízení, ve kterém se klient nachází. Musel opustit svůj domov. Zužuje se mu okruh lidí, se kterými se setkává, ale i časová perspektiva.⁷⁸

Uživatel se musí přizpůsobovat jednak režimu zařízení, jednak potřebám jiných uživatelů. Nemůže zhasínat ani rozsvěcet, kdy by chtěl. Nemůže nahlas poslouchat hudbu, někdy nemůže ani číst, protože je rušen činností jiných. Všechny jeho projevy jsou stále pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat. Domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není.⁷⁹

V domovech pro seniory nelze říci, že by se jednalo o týrání seniorů ve smyslu definice týrání. Spíše se jedná o zanedbávání, nedostatek a hrubé chyby v péči. Ale jak velký je krok od podstaty pojmu zanedbávání k obsahu pojmu týrání?

Problematika špatného zacházení s lidmi v různých institucionalizovaných zařízeních je přímo odvislá od nedostatku financí, který je alarmující právě z hlediska sociálního a zdravotního resortu a představuje tak problém i v oblasti personální.

Ve státních ústavech dosud platí tzv. normativy čili směrná čísla určující ústavu náležitý počet pracovníků a jejich kvalifikaci. Normativy jsou třicet i více let staré, proti dnešním evropským standardům velice podhodnocené zejména v kategoriích pracovníků, kteří pracují přímo s uživateli.⁸⁰

Častým a velmi závažným etickým problémem personálu je nezáměr o uživatele, jeho osobnost a potřeby. Ten může být způsoben několika faktory. Velmi častou příčinou nezáměru o uživatele je nedostatek času. Péče o uživatele je náročná i bez časového tlaku, pod nímž často probíhá. V domovech pro seniory můžeme poukázat na některé situace, které narušují už tak náročný harmonogram práce personálu. Příkladem může být zhoršení zdravotního stavu uživatele, úmrtí nemocného, ale i vyšší počet imobilních klientů, tedy i zvýšené nároky na komplexní hygienickou péči, včetně péče o vyprazdňování, polohování, krmení apod...

Obrátí-li se na personál uživatel či dokonce více uživatelů najednou právě v okamžiku, kdy je v časové tísní, pak je velice pravděpodobné, že nemocného odbude s tím, že něho (na ně) nemá čas. V těchto případech je však personál povinen odmítnout

⁷⁸ Srov. CHADIMA, M. *Charitativní péče - dějiny a současnost: pracovní texty pro studenty Katedry náboženské výchovy a charitativní práce*, s. 65.

⁷⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*, s. 122.

⁸⁰ Tamtéž, s. 130.

nemocného zdvořile, laskavě a uklidnit ho, že jakmile to bude možné, zařídí, co potřebuje.⁸¹

Úkolem pracovníků poskytujících péči seniorům v domovech pro seniory je pomáhat uživateli smysluplně žít i při redukci možností. Musí počítat s celou řadou psychických symptomů, které doprovázejí degenerativní nemoci stáří. Jde často o deprese způsobené vědomím nevyléčitelnosti nemoci, blízkosti smrti, odkázanosti na pomoc druhým, vědomím, že jsou jim na obtíž apod. Někteří klienti dokonce odmítají léky a léčení, upadají do pasivního stavu rezignace. Personál musí brát v úvahu tyto psychické faktory a hledat specifické způsoby komunikace s uživateli.⁸²

2.4 Indikátory nevhodného zacházení se starým člověkem

Indikátory zjišťované u týraného starého člověka.

Tělesné- stesky na týrání, nejasné pády a úrazy, podlitiny a popáleniny nezvyklé typem či umístěním, známky omezování, známky kurtů, prstů, opakovaně chybné podání léků, malnutrice či dehydratace bez vysvětlující nemoci, nedostatečná hygiena.

Emoční a behaviorální- změna příjmu potravy či poruchy spánku, strach, rezignace, zmatenost, stahování se do sebe, deprese, bezmoc, změny nálad, neochota mluvit otevřeně, vyhýbání se tělesnému či zrakovému kontaktu, izolace.

Sexuální- stesky na sexuální obtěžování či zneužívání, nejasné změny chování, bolesti břicha či jiné tělesné příznaky sexuálního zneužívání, záněty genitálií.

Finanční- neobvyklé výdaje peněz, výdaje v rozporu s názory člověka, změny v závěti či vlastnictví ve prospěch nových přátel či příbuzných, mizející majetek, ztráty osobních věcí bez možnosti znovunalezení, nedostatek komfortu, který by si člověk mohl dopřát, neléčené zdravotní či duševní problémy, úroveň péče neodpovídá příjmům.

Indikátory u pečovatele: nepřiměřeně nezúčastněný či naopak angažovaný, kritizuje za „prohřešky“ jako je inkontinence, zachází se starým člověkem nehumánně či jako s malým dítětem, chová se agresivně, nechce připustit rozhovor se starým člověkem bez

⁸¹ Srov. GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 110-111.

⁸² Srov. ONDOK, J. K. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 181-182.

své přítomnosti, na dotazy reaguje vyhýbavě, nepřátelsky, tráví péčí o starého člověka během dne neobvykle mnoho času, působí unaveně či stresovaně.⁸³

Oběti, pachatelé a kontext zneužití

Důležité je také poznamenat, že lidé ubližují a týrají své blízké, protože mohou. Agresor má jistotu, že oběť proti němu nic nepodnikne, protože ho miluje nebo se obává jeho dalších reakcí, kterým se není schopna bránit. Oběť mívá z mnoha důvodů pocit, že není v její moci zajistit, aby pachatel nesl za své chování odpovědnost. Pro agresora je tudíž prospěch z násilí větší než cena za něj, a je pravděpodobné, že v něm bude pokračovat.⁸⁴

Zdravý člověk má pocit, že rozhoduje o svém jednání, že může volit mezi různými způsoby chování a jejich důsledky. Počítáme s tím, že jsme schopni kontrolovat většinu životních situací a vlastní aktivitou můžeme překonávat vnější nepříznivé okolnosti. Jakýmkoli způsobem zneužitý člověk o tyto jistoty přichází. Pocit vlastní autonomie je narušen. Dosavadní pohled na sebe a na okolí se rozpadá.⁸⁵

Člověk, který se setká s utrpením ve formě násilí, prožívá také emocionální újmu. Jsou to neviditelné rány vznikající jako důsledek tohoto ohrožení. Do výčtu těchto ran podle psychologů patří pocit zneuctění (př. ztráta své vnitřní rovnováhy), ztráta důvěry a v neposlední řadě ztráta pocitu autonomie.⁸⁶

Jak vystopovat násilníka?

Starý člověk má v jeho přítomnosti neklidný pohled, sedí od něho co nejdále, jako-by se choval vůči němu paranoidně. Násilník sám bývá pasivní, zlobný, často své oběti nepovolí vycházet samotné ven, odmítá návštěvy, dává své oběti různé léky, aby se kryl obrazem předávkování oběti léky.

Zdrojem informací jsou nejčastěji pečovatelky, geriatrické sestry, přátelé, sousedé, členové širší rodiny, jen ojediněle oběť sama. Jindy jsou to informace od policie, lékaře, sociální sestry nebo církevních institucí.⁸⁷

⁸³ Srov. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří- Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s. 31-32.

⁸⁴ Srov. COMWAY, H. L. *Domácí násilí Příručka pro současné i potencionální oběti se zákonem č.135/2006sb.platným od 1. ledna 2007*, s. 55.

⁸⁵ Srov. ČÍRTKOVÁ, L.; VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*, s. 15-16.

⁸⁶ Tamtéž, s. 26.

⁸⁷ Srov. BAŠTECKÝ, J. et al *Gerontopsychiatrie*, s. 161.

2.5 Rizikové faktory špatného zacházení se seniory

Rizikové faktory se týkají oběti i původce. Jedná se o tzv. "kriminogenní proměnné". Právě tyto proměnné by měly působit jako varovný signál pro lékaře a ostatní, kteří mohou s oběťmi zneužívání přicházet do styku. Přítomnost proměnných by měla zvýšit úsilí o podchycení byť jen mírných případů zanedbávání seniorů, ke kterým nejčastěji dochází v rodině.

Rizikové faktory násilí u seniorů jsou: *Tělesné postižení*- většinou se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, z něhož vyplývá i sociální izolace. Senior má sníženou možnost obrany, mnohdy související se sníženou srozumitelností komunikace. Svou roli hraje i stupeň závislosti na druhé osobě, především v uspokojování základních potřeb.

Zrakové a sluchové postižení- u seniorů dochází ke zhoršené orientaci v prostoru. Obtížně rozeznávají signály upozorňující na rizikové situace.

Mentální postižení- bývá zde větší důvěřivost a naivnost k okolí, snadná ovlivnitelnost.⁸⁸

Faktory zvyšující ohroženost seniora špatným zacházením:

- Celkově špatný zdravotní stav;
- Poruchy kognitivních a komunikačních funkcí (syndrom demence);
- Ztráta soběstačnosti;
- Sociální izolace;
- Soužití s agresorem a závislost na něm.

Faktory zvyšující pravděpodobnost, že se někdo dopustí špatného jednání vůči závislé osobě:

- Alkoholismus, drogová závislost;
- Psychopatologie, psychopatie;
- Nízký intelekt;
- Předchozí agresivní či asociální jednání;
- Přetížení a existenční problémy rodiny a pokles ochoty a možností jejích členů - poskytnout kvalitní péči;
- Materiální, bytová závislost oběti na agresorovi;

⁸⁸ Srov. TRUHLÁŘOVÁ, Z. Aspekty syndromu EAN v návaznosti na násilí páchané v rodině. In *Domácí násilí a zdravotně postižení. Sborník příspěvků mezinárodní konference*, s. 76.

- Nízká úroveň zájmu a ochrany před nežádoucím jednáním ze strany společnosti, včetně ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče;
- Diskriminační tendence ve společnosti; syndrom vyhoření u ošetrovatelského personálu.⁸⁹ V tomto odstavci byly vymezeny pouze ty faktory, které se týkají ústavní péče.

2.6 Prevence

Násilí na seniorech představuje čerstvý problém, což se promítá i do diskuse o jeho prevenci. Hledají se příčiny tohoto jevu a zaznívá otázka, „kolik“ prevence je vhodné zaměřit směrem k seniorům a kolik k těm, kteří problémy fakticky způsobují. Nelze totiž zakrývat fakt, že některé podoby násilí na seniorech (zejména transgenerační domácí násilí) souvisí (někdy!) také se stresujícím chováním seniorů samotných, s emocionálním vyčerpáním a faktickým přetížením pečovatелů atp.

V mezinárodní diskusi o prevenci násilí na seniorech padají občas i silná slova. Někteří experti označují politiky a úředníky za „pachatele od psacích stolů“, protože svými rozhodnutími vytvářejí strukturální podmínky pro násilí na seniorech. Podporují svým způsobem devalvací, bezcennost starých osob. Stáří je totiž považováno za sociálně ekonomický problém společnosti, neboť je stále těžší financovat důchody, náklady na zdravotní péči atd.⁹⁰

2.7 Diagnostika

Celkovým předpokladem je, že procento nahlášených případů násilí na seniorech je malé. Důvody jsou mnohé a existují překážky znemožňující se k obětem přiblížit a poskytnout jim tak náležitou pomoc. Senioři mají strach z potrestání, stydí se, zatajují příznaky a následky ubližování. Někdy je nemožné i pro zkušené pracovníky proniknout do soukromého života klienta a odhalit tak příznaky zneužívání. Na druhé straně jsou tu jiné důvody nehlášení těchto případů – jednak je to nechuť zaplést se do choulostivých záležitostí, obviňování a vyšetřování, ale pak je to i neznalost této

⁸⁹ Srov. BURIÁNEK, J. et al. *Domácí násilí na mužích a seniorech*, s. 83.

⁹⁰ Srov. ČÍRTKOVÁ, L.; VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*, s. 47.

problematiky a tím i neschopnost rozeznat a diagnostikovat příznaky násilí a následně oběti pomoci.⁹¹

Diagnostika je snadná, když se postižená osoba sama přihlásí: to je však výjimečné. K tělesným indikátorům týrání patří: škrábance, modřiny a jizvy na kůži v různých stádiích hojení, zejména v těch místech těla, kam postižená osoba sama nedosáhne. Dále to bývají popáleniny od cigaret, odřeniny rtů, očí, obličeje, zlomeniny, vytrhané vlasy, podvýživa. Dostí spolehlivým indikátorem jsou dokumentovaná častá ošetření na chirurgii.

2.8 Řešení

Stejně tak jako každý jedinec má svou individualitu, je jeho situace jedinečná, a tak by také měla být posuzována. Sociální pracovník by se měl snažit odstranit nebo zabránit poškození jedince, ale zároveň musí respektovat právo druhých na rozhodnutí o sobě sama, nesmí narušit jeho autonomii. U starších lidí, kteří již nejsou schopni se o sebe postarat, rozhodovat o sobě, např. z důvodu těžké demence, psychiatrické diagnózy, je nutné posoudit jejich způsobilost a přizpůsobit schopnosti pracovníka jednat v zájmu seniora.⁹²

Sociální pracovníci by se měli dotazovat na péči pracovníků a na možné známky násilí, popřípadě zjišťovat rozsah poranění a potřeby uživatele a zaznamenávat jeho zranění a výpovědi. Může uživateli nabídnout možnosti řešení a opatřit informace o násilí, a pokud se ublížení potvrdí a uživatel s tím bude souhlasit, dále kontaktuje příslušné instituce. Cílem je zaručení ochrany a bezpečnosti oběti.

Může se stát, že oběť ze strachu ze zhoršení celé situace týrání nepřizná. Tošnerová uvádí, že významnou roli zde hraje psychický stav oběti. Nad psychickým stavem u starších osob je obzvláště důležité zamyslet se v případě uzavření se do sebe, pasivity, nedostatku iniciativy, neschopnosti použít informace, nedostatečné průbojnosti, špatného chápání souvislostí a špatného úsudku, jež jsou běžnou reakcí na dlouhodobé týrání. Často s pomocí dostatečného množství jídla, odpočinku, vhodné medikace a možností hovořit o špatném zacházení, příznaky zmizí i za několik dnů. Senioři, kteří

⁹¹ Srov. ZVĚŘINOVÁ, J. *Informovanost odborné veřejnosti o násilí páchaném na seniorech*, s. 22.

⁹² Srov. SADLER, P. *Zneužívání seniorů*. Dostupné na WWW: <http://www.agedcare.org.au/>

nejsou schopni plně chápat, může pomoci konzultace s institucemi zabývající se ochranou starších osob.⁹³

V případě akutního ohrožení je indikováno akutní přerušování kontaktu, obvykle formou hospitalizace týraného. Z dlouhodobého hlediska je rozhodující zdravotně sociální poradenství, spolupráce zdravotníků se sociálními pracovníky na komunitní úrovni a dispenzarizace ohrožené osoby i rodiny.

V ošetrovatelských zařízeních se jeví účinnější než monitorování pokojů kamerami edukace a dostatečný počet personálu s psychologickou podporou, neformální užívání standardů kvality péče, otevření ústavů dobrovolnickým hnutím a rozvíjení menších ústavů na komunitní úrovni s přirozenou místní kontrolou.⁹⁴

Nástroje řešení

-Trvalá osvětová činnost, připomínání a objasňování tohoto jevu veřejnosti, zveřejňování svědectví v médiích.

-Rozvoj služeb telefonické krizové pomoci zabezpečujících anonymitu uživatelů.

-Součinnost policie, sociálních úřadů, poskytovatelů sociálních služeb při pomoci obětem násilí.

-Zákon, který dovoluje přemístit ohroženou osobu do místa chráněného a vykázat osobu podezřelou z násilí z obydlí a okolí (příklad: zákon UK z roku 1948).

-Zákon, který umožní sankce proti pachatelům násilí v rezidenčních sociálních a zdravotních službách.

-Musí být vyslechnuty názory starších lidí a jejich pečovateli. To by mohlo posloužit pro základy rozvíjející se politiky při získávání zkušeností o stárnutí, o mezigeneračních vztazích a ve vztahu k jiným sociálním problémům.

-Je třeba se vyhnout pokušení vtěsnat nově uznané sociální problémy do nevyhovujících opatření. Naopak k identifikaci klíčových rizikových oblastí by mělo být použito důkazů výzkumů, aby se řešení shodovalo s empiricky prokázaným problémem.⁹⁵

Ačkoliv pojem násilí se zdá na první pohled jasný a srozumitelný, přesto jej právní předpisy České republiky v žádném zákoně přímo nedefinují.

⁹³ Srov. TOŠNĚROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*, s. 20.

⁹⁴ Srov. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. *Geriatry a Gerontologie*, s. 359-360.

⁹⁵ Srov. LORMAN, J. Existuje diskriminace a zneužívání seniorů v ČR? In. *Postavení a diskriminace seniorů v České Republice*, s. 65.

3 SOCIÁLNÍ A ETICKÉ ASPEKTY NÁSILÍ NA SENIORECH V INSTITUCIONALIZOVANÉ PÉČI

V této části bych se chtěla věnovat násilí na seniorech z etického hlediska a sociální práce. Domovy pro seniory patří mezi hlavní sociální poskytovatele trvalé institucionální péče pro staré lidi. Dnes se v těchto zařízeních neklade důraz jen na zajištění základních potřeb uživatele, ale také na jeho individualitu a důstojnost. Sociální práce a etika jsou tak nerozlučně spojeny v poskytování kvalitní péče v domovech pro seniory.

3.1 Sociální práce

Sociální práce patří do skupiny tzv. sociálních věd, kam patří např. psychologie, sociologie, právo, etika a jiné. Nejprve nebyla sociální práce považována za samostatnou vědní disciplínu, ale za součást těch ostatních, nakonec dosáhla své samostatnosti a multidisciplinární základ jí zůstal.⁹⁶

Sociální práce se hlavně realizuje v sociálních službách a jejich prostřednictvím. Profesionální sociální pracovníci jsou zaměstnáváni sociálními subjekty, aby naplňovali jejich osobní cíle, programy, plány či projekty, tj. poskytovali klientům dávky či služby pro uspokojení jejich sociálních potřeb. Výkon sociálních služeb vyžaduje především v domovech pro seniory nejen profesionální sociální práci, ale i práce obslužné poskytované jinými profesemi, např. ošetřovatelkami aj. Profesionální sociální pracovníci poskytují informace a rady, zastupují, pracují s klienty a provádějí jiné jim obdobné odborné služby. Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní péče, práva, etiky a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však v těchto oblastech neposkytuje odborné služby, ale odkazuje na jiné odborníky.⁹⁷

Od 1. ledna 2007 vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který řeší pomoc, ochranu a podporu fyzických osob v nepříznivé sociální situaci. Zákon zdůrazňuje dodržování lidských práv a základních svobod osob, zachování lidské důstojnosti a zároveň požaduje po poskytovatelích, aby poskytnutá pomoc a podpora motivovala a nevytvářela závislost uživatele na poskytované službě. Dále zákon

⁹⁶ Srov. KVĚTENSKÁ, D. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*, s. 25.

⁹⁷ Srov. MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*, s. 179-180.

garantuje kvalitu péče prostřednictvím povinných registrací a inspekcí sociálních služeb, přičemž uživatel má za finanční podpory (příspěvku na péči) možnost vybrat si službu sám.⁹⁸

Zákon upravuje některé pojmy a definuje typy, formy a obsah jednotlivých sociálních služeb. Sociální služby dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a na sociální poradenství. Formy poskytování sociálních služeb rozděluje na pobytové, ambulantní a terénní. Zákon ukládá za povinnost poskytovat zdravotní péči včetně ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociální péče. Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.⁹⁹

3.1.1 Sociální pracovník

Osobnost sociálního pracovníka je základem pro jeho způsob, formu, přístup k práci s klientem. V sociální práci se angažuje celou svojí osobností. Nejsou to jen teoretické znalosti, praktické zkušenosti, ale i jeho životní styl, světonázor, pozice a role, které ve společnosti zastává, a které se projevují ve vztahu s klientem. K jeho dalším charakteristikám by měla patřit kongruence, neboli shoda vnějšího projevu s vnitřním přesvědčením, jeho osobnostní a profesionální kvality.

Empatie, vřelost, autentičnost, tvořivost a flexibilita jsou neméně důležitým předpokladem pro ideální vztah sociálního pracovníka a klienta, jak uvádí autor citací Ivo Řezníčka.¹⁰⁰

Nedílnou součástí osobnosti sociálního pracovníka je, jak bylo uvedeno- empatie. S ohledem na práci s oběťmi násilí je nepostradatelná a proto jí budu věnovat více pozornosti.

Proces vcíťování se do druhého člověka představuje způsob bytí s druhými, který plodí i specifickou morální senzibilitu (citlivost vůči zlu, např. nesmyslné utrpení a ponižování důstojnosti člověka, smysl pro odpovědnost za vše, co člověk vykoná a co se dotýká ostatních, nejen jeho bezprostředního okolí.). Dokážeme-li být empatičtí, pak si intenzivně ověřujeme vlastní pocity, názory, hodnoty v konfrontaci s míněním druhého. Citlivě reagujeme a necháme se vést odezvami, které u něho zaznamenáváme.

⁹⁸ Srov. KOLÁŘOVÁ, I., HANUŠ, P. *Sociální služby v novém*, s. 5.

⁹⁹ Srov. MERHAUTOVÁ, I. *Co přináší nový zákon o sociálních službách*, s. 11.

¹⁰⁰ Srov. OLÁH, M. et al. *Úvod do študia a dejín sociálnej práce*, s. 87-88.

Odbouráváme předsudky a dokážeme se na svět kolem nás i na svůj vnitřní svět dívat očima druhého. Důležité však je, abychom se nerozplynuli v druhých, nepřišli o sebe.¹⁰¹

Pracovník, který chce pomáhat, být užitečný, respektující a který chce, aby jeho práce byla příjemná pro něj i pro klienta, má ještě jinou možnost. K jejímu využití potřebuje mít jasnou představu o tom, co je vlastně předmětem, s kterým zachází. Tímto předmětem je význam, jaký pro klienta mají obtíže, trápení, strádání, nedorozumění, křivdy, konflikty pro klienta, co pro něj znamenají a co by znamenat mohly. Tedy zachází s představami klienta o tom, co si myslí, co si přeje, čeho chce dosáhnout. Takto vymezený předmět je ohraničen pouze ze strany pracovníka. Jednak jeho schopností otevřít se klientovi jakožto spolupracovníkovi (anebo jej vidět jako předmět své starosti, tedy kontroly), jednak posláním agentury a pracovníka jako mimořádného a zplnomocněného vyslance.¹⁰² Pro to, aby se sociální pracovník mohl věnovat seniorovi, kterému hrozí potencionální nebezpečí, je nutné, aby se orientoval také v základních pravidlech, jaká jsou mu v zařízení poskytována.

3.1.2 Sociální pracovník v sociálních službách pro seniory

Práce sociálního pracovníka v domově pro seniory je velice potřebná. Přestože je stále více posilována právě sociální (nikoli zdravotnická) složka činnosti těchto institucí a zdůrazněna funkce bydlení, podpory nezávislosti a autonomie obyvatel, sama role sociálního pracovníka zde nemá dosud jasnou podobu.

Přesto, že mezi hlavní činnost sociálních pracovníků patří stále administrativní činnost, dnes se můžeme setkat také s rozvojem v dalších činnostech. Zde uvedu především ty, kde se může setkat s násilím na seniorech či má-li možnost odhalit nebo zabránit zneužití: programy aktivit, kulturní společenské akce, spolupráce s rodinou, psychosociální pomoc seniorům, dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů. Zjišťování programu kvality - interní supervize pečovateli skupinová i individuální, vzdělávací programy, průzkumy spokojenosti klientů i personálu. To vše může ukázat na již vzniklé i potencionální riziko násilí.¹⁰³

¹⁰¹ Srov. PELCOVÁ, N., PEŠKOVÁ, J., PROKEŠ, V., SEMRÁDOVÁ, I. *Základy společenských věd. III. díl. Péče o jazyk a komunikaci (Péče o logos jako smysluplnou řeč)*, s. 99.

¹⁰² Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat. Učebnice metod sociální práce*, s. 89.

¹⁰³ Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J. et al. *Sociální práce v praxi*, s. 179-180.

3.1.3 Kritické body v sociální práci se seniory

Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, k jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb. Proto je žádoucí, aby byly oba typy služeb poskytovány souběžně. Z toho vyplývá, že sociální pracovník má pracovat v týmu se zdravotníky.

Platí i opačný vztah. Sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví, především odchod do domova pro seniory či ztráta blízkého.

Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, případně integrovat se do nové sociální sítě. Zároveň pamatuje na kontinuitu života, udržuje souvislost mezi minulostí a současností, pracuje s klientovým životním příběhem. Podporuje tak jeho zdraví a kvalitu života.

Sociální práce se starými lidmi musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má v důsledku svého zdravotní postižení (demence, duševní onemocnění) závažný problém s komunikací. Sociální pracovník musí proto být vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu a k rozpoznání potřeb těchto lidí.

Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu jednoty a bezpečí, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník bývá v mnoha případech jediným prostředníkem s vnějším světem, skrz něhož může senior vyjádřit svoji vůli, s jejíž podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem.

Sociální práce se starým člověkem znamená často také práci s jeho rodinou a pomoc pečujícím rodinným příslušníkům.¹⁰⁴

3.1.4 Syndrom vyhoření

„Vyhoření si můžeme představit jako ztrátu vůle a motivace. Zničená motivace má za následek vzrůstající neschopnost zmobilizovat vlastní zájem a schopnosti pro danou profesi a kontakty s ní související.“¹⁰⁵

¹⁰⁴Tamtéž, s. 164.

¹⁰⁵JEKLOVÁ, M.; REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*, s. 14.

Syndrom vyhoření je jedním z faktorů, který ovlivňuje schopnost zaměstnance věnovat v dostatečné míře a kvalitě péči klientovi, a může se stát jedním ze zdrojů EAN.

Nejčastěji souvisí s psychickým, fyzickým, ale i emočním vyčerpáním. Nejčastěji se vyhoření projevuje v pomáhajících profesích (př. sociálních pracovníků, asistentů apod.), či tam, kde je nutný stálý kontakt s lidmi.

Rizikové faktory pro vznik vyhoření

Je-li energetická bilance člověka dlouhodobě záporná (nemáme-li v životě zdroje radosti v životě), často se dostaví stav syndromu vyhoření.

K jeho hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže. Není to obyčejná únava, tj. není způsobena nějakou fyzickou či jinou námahou, není to ani přechodná krize, u které můžeme věřit, že čas momentální depresi vyléčí a není to ani tendence vynucení si pozornosti. Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce.¹⁰⁶

Faktory ovlivňující syndrom vyhoření můžeme dělit na vnitřní a vnější.

Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje (např. dlouhodobé a opakované jednání s lidmi, nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností, nedostatek odpočinku v průběhu práce, pracovní přetížení, nedostatek ocenění atd.), o situaci v osobním životě jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh (např. - neutěšené bytové a finanční prostředky, nemoc či jiná zátěž v rodině, partnerské problémy...), a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme, a podmínky, které na nás každodenně klade (např. soutěživý charakter a tempo naší společnosti...).

Vnitřními faktory můžeme nazývat různé osobnostní charakteristiky daného člověka, které podporují vznik vyhoření, dále pak stav organismu, především fyzický stav, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec používá.¹⁰⁷

V odborné literatuře jsou popsány tři cesty, které vedou k syndromu vyhoření:

Ztráta ideálů

¹⁰⁶ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 101.

¹⁰⁷ Srov. JEKLOVÁ, M.; REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*, s. 15-16.

Na počátku jedné cesty je nadšení. Člověk přichází do pomáhající profese a těší se na své zaměstnání. Ztotožňuje se s novými úkoly, s týmem pracovníků, práce je zatím zábavou. Postupně narůstají obtíže. Cíle se oddalují, mnohé se zdají být nedosažitelné. Narůstá ztráta důvěry ve vlastní schopnosti a ztráta smyslu práce samotné. Zatížení člověka stále narůstá a vede k syndromu vyhoření.

Závislost na práci

Neznamená jen to, že někdo hodně pracuje. Jedná se o vnitřní nutkavou potřebu hodně pracovat. Zde je cestou k nápravě omezení práce a získání času na jiné činnosti, které mohou vést k naplnění.

Teror příležitostí

Některým aktivním lidem narůstá práce ne proto, že by pomalu ubývala, ale proto, že s nově přijatým úkolem přibývají další příležitosti, jak na výchozí úkol navázat. Časem se začíná ukazovat, že dostát závazkům na všech rozpracovaných záležitostech spotřebovává veškerý čas a energii. Zde nejde o nutkavost, spíše o nedostatek řádu v životě, o horší kontakt s realitou, neschopnost odmítnout.¹⁰⁸

Fáze syndromu vyhoření

Existuje několik modelů, které charakterizují vývoj syndromu vyhoření. Fáze nemusí nutně následovat v pořadí, v jakém jsou uváděny, některé se mohou i vzájemně překrývat. Asi nejčastěji jsou uváděny 4 fáze dvojice autorů Edelwiche a Brodského.

První z nich je fáze idealistického nadšení. Na počátku má jedinec nadprůměrné nasazení. Vyžaduje od sebe nereálné výsledky, svou energii vynakládá neefektivně. Je optimistický, přeceňuje své síly. Dává klientů bezmeznou důvěru.

V druhé fázi stagnace je již pracovník seznámen s realitou a začíná přehodnocovat své počáteční ideály. Již má zkušenosti zklamání. Věci, které dříve považoval za méně důležité, se stávají středem jeho zájmu. Zde ještě nejsou jasné známky syndromu.

Frustrace je známkou zjištění omezení svých schopností, možností. Začíná pochybovat o smyslu svého snažení. Přibývají problémy s nedostatkem uznání ze strany klientů, nadřízených pracovníků. Vzrůstá jeho zklamání z rozdílu mezi ideálem a realitou.

Poslední fází je apatie, charakteristická nástupem vnitřní rezignace. Pokud nemá pracovník v této fázi vyhlídky na změnu, omezuje svou práci jen na to, co je nutné.

¹⁰⁸ Srov. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*, s. 107.

Vyhýbá se náročnější práci, kontaktu s klienty, vše se snaží vyřídit co nejrychleji. K tomu se přidávají pocity rezignace, popřípadě zoufalství, způsobené nedostatkem jiných možností uplatnění.¹⁰⁹

Jak se proti syndromu vyhoření bránit?

Syndrom vyhoření jako potenciál k syndromu EAN je nutné nejen v zařízeních pro seniory eliminovat. Existuje několik možností, jak se s ním vyrovnat. Jednou z nich je supervize.

Supervize je činnost, při které prostřednictvím pozorování a cílených otázek uvažujeme nad účinností péče o klienta a její kvalitou. Zvyšuje pracovníkovu schopnost re-flexe vlastní práce a sebereflexe stavů, do kterých ho práce uvádí.

Supervize zaručuje kvalitu práce, odbornost, pochopení profesionálních hodnot a podporuje pracovníka při nesení pracovní zátěže, předávání odhodlání a naděje. Supervize není psychoterapií, neřeší a neléčí osobní starosti pracovníka, pomáhá a ohraničuje problém pro jeho snadnější zvládnání a snaží se zamezit zhoršení výkonu pracovníka.¹¹⁰

3.2 Etické souvislosti násilí v institucích pro seniory

Ve své práci se věnuji etickým souvislostem násilí na seniorech. Samo násilí poukazuje na nutnost etické konzultace v tomto směru, proto se v této kapitole budu věnovat etickému hledisku tohoto problému.

3.2.1 Etika

Etika neboli věda o morálce pochází u latinského překladu slova ethos, což vyjadřuje zvyk, mrav, způsob myšlení či postoje jednotlivců a skupin. Na začátku se tento termín používal poměrně široce, postupně se stal filozofickou disciplínou, zabývají se mravností, mravními ctnostmi člověka nebo jejich protiřečením. Etika je nositelkou lidských vlastností, obsahuje souhrn kladných hodnot a pomáhá člověku vyhnout se zlému. Etika zkoumá vztahy mezi lidmi, ke společnosti, či k sobě samému. Zároveň poskytuje praktické návody na jednání lidí v soukromém, pracovním i veřejném životě, tj. zasahuje do všech oblastí lidského života.

¹⁰⁹ Srov. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, s. 23-24.

¹¹⁰ Srov. BAŠTĚCKÁ, B. et al. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*, s. 105-107.

Etická činnost se vyznačuje morálním výběrem, svobodou volby a dobrovolností v jednání. Autonomie, dobrovolnost a svoboda jsou základními podmínkami morálky. Etika nerozhoduje za nikoho, jak má jednat, to záleží na člověku samotném. Pomoci zvolit zodpovědnější postoj rozhodování nám však mohou různé přístupy a hodnoty, které etika nabízí.¹¹¹

Konat dobro a vyhýbat se zlu je předpokladem každé etiky, výjimkou není ani etika sociální práce. Všechny etické systémy musí začínat tímto rčením, které znamená, že dobro musí být ohniskem i cílem jakékoli teorie nebo profesní aktivity, která se prohlašuje za mravně obhajitelnou.¹¹²

Sociální pracovník je v pojetí etiky a sociální práce svobodným činitelem, který má profesní i osobní odpovědnost za své jednání a následně také možnost osobní morální viny nebo ocenění. Do etické reflexe proto vstupuje důraz na znalost sama sebe, zejména na hodnoty a principy, ze kterých sociální pracovník vychází při posuzování daného problému. Etická reflexe mu umožňuje nahlédnout na problém i z jiných perspektiv.¹¹³

3.2.2 Základní etické teorie

Etická reflexe jako součást řešení problémů by měla být spojena se znalostmi alespoň základních etických teorií. Etické teorie pomáhají nahlédnout na problém z více stran, porozumět principům a najít nejefektivnější řešení. Dále budou uvedeny ve stručnosti některé etické teorie.

Tzv. teorie povinnosti, která své charakteristiky odvozuje z Kantovy etiky. Především se povinností nerozumí jednání na příkaz druhého, ale svobodně a uváženě zvolené jednání, které si sám vezmu za své, aniž bych bral v úvahu vlastní náklonnosti, chvilkové pocity či nálady. Jde o spíše racionální a stabilní jednání, které by mělo být obecně přijatelné každým dalším rozumově uvažujícím člověkem. Velmi zjednodušeně řečeno, pro etiku povinnosti bude eticky správné řešení zkoumaného problému vždy respektovat lidskou důstojnost a obecně přijatelnou hodnotu člověka. Podle této teorie člověk nemůže být u eticky správného jednání podle této teorie nikdy podřízen zájmu

¹¹¹ Srov. KOPECKÁ, K.; KORCOVÁ, M. et al. *Zdravotnická etika*, s. 11-12.

¹¹² Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 15.

¹¹³ Srov. FISCHER, O. K pojetí etiky pro sociální práci. In *Etika pro sociální práci*, s. 17.

většiny, osobní dispozici jednajícího nebo jinému neracionálnímu požadavku. Zde také leží východisko pro uplatňování lidských práv v sociální práci.¹¹⁴

Významnou etickou teorií představuje „Utilitarismus“. Jejimi hlavními představiteli jsou Jeremy Bentham a John Stuart Mill. Tato etika vychází ze čtyř následujících principů. Mravní čin je ten, který nejvíce naplňuje její principy. *Princip následků* hodnotí jednání na základě důsledků, které způsobí. Neexistuje tedy jednání, které je samo o sobě správné či nesprávné. Užitečnost a prospěšnost jsou kritériem *principu užitečnosti*. Příkladem může být milosrdná lež. *Hedonistický princip* tvrdí, že to, co je správné, uspokojuje potřeby jedince. Nezáleží na tom, co je vyvolává, ale na dosaženém výsledku. Jako poslední je uveden *sociální princip*. Správné jednání je, pokud jsou jeho důsledky kladné pro všechny, jichž se týkají. Mravně dobré je tedy to jednání, které zajistí dobro co největšímu počtu jedinců.¹¹⁵

Pojem ctnosti v pojetí klasické etiky znamená charakteristický postoj, který kvalifikuje k určitým hodnotným způsobům činnosti v etice ctnosti. Mravně dobré jednání tedy představuje přiblížení se k ideálu ctnostného člověka. Ctnosti nevznikají přirozeně ani proti přirozenosti, máme jen přirozenou vlohu je získávat a k dokonalému stavu se dostávat navykáním. Etická ctnost se vztahuje na pocity libosti a nelibosti, neboť pro libost konáme to, co je špatné a pro nelibost se zdržujeme toho, co je dobré.¹¹⁶

Etika práv je teorií, u které jsou nejdříve určena práva nebo morální nároky jednotlivců a teprve poté se určuje jejich hierarchie. Rizikem této teorie je situace, pokud dojde k dilematické situaci mezi jednotlivými právy.¹¹⁷

Intuicionismus pomáhá řešit etická dilemata pomocí intuice, pomocí schopnosti jedince rozpoznat to, co je dobré a co je špatné. Člověk to rozpoznává ne na základě okolností, povinností nebo práv, ale díky vlastnímu morálnímu cítění a tušení. Intuicionismus charakterizuje pocit, že člověk dělá něco správně, aniž by byl schopen podat vysvětlení pro své činění. Ačkoli je tento pocit oporou v našem rozhodování, neposkytuje nám možnosti, jak přesvědčit ostatní o jeho správnosti.¹¹⁸

Novým modelem etického uvažování je feministicky laděná tzv. etika péče. Ta nevyhází z přísného racionálního souzení a vymezení toho, co ještě je a co již není

¹¹⁴ Srov. FISCHER, O. Etika jako cesta k radosti ze sociální práce In FISCHER, O.; JANDEJSEK, P. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*, s. 16.

¹¹⁵ Srov. GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 26-27.

¹¹⁶ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 131-132.

¹¹⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 17 - 18.

¹¹⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*, s. 19.

eticky správné. Spíše si bere za základ přirozenou snahu člověka pomoci druhému, přijmout ho, nevydělovat a neodmítat ho. Znamená to, že pomoc druhému je v zásadě považována za mravně dobré jednání. Problémem je však stanovení, zda k pomáhání přistupuje jedinec jako k důsledně racionálně prověřené skutečné potřebě klienta nebo sebestřednou snahou pomáhat druhému.¹¹⁹

Cílem etických teorií je vytvoření mechanismů pro řešení etických problémů, v nichž se uplatňují tři hlavní principy.

1. Hodnota života: zde jde o hodnotu morální. Drahocennost života je všeobecně uznávaným principem. Nelze určit, jaký lidský život má větší cenu.

2. Kvalita života: někteří ji srovnávají s kvalitou životního stylu, například dovolená, aktivní život, péče o děti. Kvalitu života samotného vyjadřují spíše pojmy jako zdraví, láska, možnost využívat všechny schopnosti. Kvalita života je subjektivní, vnitřní pojem. Hodnocení kvality života u druhých bude již ovlivněno našimi postoji či zkušenostmi.

3. Posvátnost života: princip posvátnosti života vyplývá zpravidla z náboženských postojů. Uznávají je však také lidé, kteří nejsou religiozni a řídí se vlastními etickými kodexy.¹²⁰

3.2.3 Principy etiky

Principy zdravotní etiky jsou nerozlučně spojeny se sociální prací. Tvoří základ pravidel dobrého vztahu mezi klientem a pracovníkem.

Beneficence (dobročinnost)- povinnost konat dobro a pomáhat v dalších zájmech seniora.

Spravedlnost- spravedlivé rozdělení prostředků a povinností. Pro pracovníky v sociálních službách zaručuje rovný přístup k sociálním službám.

Nonmaleficence (Neuškodit) - Je morálně špatné poškodit druhého. Ať jde o újmu fyzickou, psychickou či emocionální, pracovník je povinen jednat s druhými tak, aby případnému ublížení zabránil.

Mlčenlivost- Jde o právo klienta na soukromí. Pracovník je povinen mlčenlivostí týkající se osobních záležitostí klienta.¹²¹

¹¹⁹ Srov. FISCHER, O. Etika jako cesta k radosti ze sociální práce In FISCHER, O.; JANDEJSEK, P. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*. s. 17.

¹²⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče. In. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství* 1, s. 44.

Autonomie- Tento princip poukazuje na to, že každý by měl mít právo určovat své chování a jednání podle svých osobních etických zásad. Uznat autonomii jedince tolerovat jeho volbu podle jeho osobních hodnot a přesvědčení.¹²²

Hlavním úkolem profesní etiky je co nejúspěšněji sloužit, k plnění profesionálních úkolů. Důležitou podmínkou při volbě prostředků a metod k dosažení cílů je přivlastnění si schopnosti samostatné etické orientace.¹²³

Základní etické principy sociální práce

Neexistují vyhraněné principy sociální práce, jejich výčet se s různými autory mění. Vurm uvádí čtyři další principy, které považuje za nejčastěji uváděné, a jsou také obsaženy i v Mezinárodním etickém kodexu sociální práce z roku 2004.

Princip úcty ke klientovi a individualizace- sociální pracovník uznává, že každý člověk má svou jedinečnou a nezaměnitelnou hodnotu a důstojnost. Sociální pracovník má vnímat klienta takového jaký je, a podporovat vědomí jeho hodnoty a důstojnost. Měl by dát klientovi prostor projevit své vlastní pocity. Měl by se zdržet moralizování a pohlížet na klienta celostně. Důležitost pojetí člověka v celostním přístupu jsem se již věnovala v první kapitole. U seniora vzhledem k jeho specifikům je nutné věnovat tomuto přístupu zvláštní pozornost.

Princip seburčení a participace klienta- klient by měl být veden v co největší míře k soběstačnosti a rozhodování o sobě samém. Sociální pracovník by se měl zdržet paternalismu a manipulace. Právo na seburčení je samozřejmě limitováno schopností klienta takováto rozhodnutí činit a právními předpisy. Zde se ovšem sociální pracovník může setkat s dilematem, zda je klient opravdu schopný jednat ve svém zájmu. Ani funkce opatrovníka by neměla plně nahrazovat jednání za tuto osobu, ale dát jí co největší prostor pro vyjádření svého názoru a jednat pro dobro klienta.

Princip sociální spravedlnosti- sociální pracovník má právo i povinnost podporovat takové veřejné a politické aktivity, které zlepšují sociální podmínky, pomohou chránit sociální spravedlnost, a umožní vznik dalších příležitostí pro znevýhodněné. S tím souvisí i spravedlivé rozdělení zdrojů. Je povinen aktivně čelit diskriminaci, stereotypům a předsudkům.

¹²¹ Srov. NERENBERG, L. *Emerging trends and promising strategies*, s. 93.

¹²² Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 18.

¹²³ Srov. MACHULA, T.. *Základní etické teorie* In. *Etika pro sociální práci*, s. 50.

Zde by se měl sociální pracovník v případě potencionálního ohrožení násilím (ageismu) snažit jednat tak, aby tyto situace byly řešeny nejen jako již identifikovaný problém, ale nadále se věnovat jeho prevenci.

Princip profesní integrity a profesionálního jednání- tento princip se dotýká vnitřní mravnosti pomáhajících profesí. Pracovníci mají odpovědnost za své činy, jsou schopni zdůvodnit svá rozhodnutí po etické stránce a nejednají v rozporu s kodexem. Zavazují se rozvíjet své znalosti a dovednosti, ale nezneužívat jejich moc. Sociální pracovník by neměl zneužívat klientovi důvěry a udržet si hranici mezi osobním a profesionálním životem. Nedílnou součástí tohoto principu je dodržení diskrétnosti, mlčenlivosti.

Důvěra je stěžejním bodem vztahu mezi klientem a pracovníkem. Při její ztrátě je již velmi těžké získat si ji zpět, je nutné jednat v souladu dohody s klientem, v jeho zájmu.¹²⁴

3.2.4 Mravní normy v sociální práci

Respektování mravních norem a morálních vlastností pracovníků v pomáhajících profesích je nezbytnou součástí pro vykonávání této činnosti. V oblasti profesní etiky se jedná o požadavky na chování lidí v určitém zaměstnání. Kromě požadavků na chování lidí se jedná o určité vlastnosti a mravní kvality, které by měl pracovník splňovat. Obecný morální kodex člověka byl a je souborem obecných pravidel a požadavků na chování a jednání lidí. Na něj pak dále navazují předpisy a požadavky určité profese. Lze říci, že každá profese má svůj kodex (případně pravidla), kterým se pracovníci musí řídit. Každý člověk si osvojuje normy také vlivem společenského prostředí. Zde se postupně formuje jeho vnímání norem a odpovědnost za sebe a za své jednání.

Odborná způsobilost je jednou z nejzákladnějších norem v pomáhající profesi. Vzdělání napomáhá nejen pochopit druhého, ale také dokázat mu pomoci.

Pracovníci by měli být motivováni pro svou práci láskou k lidem. Můžeme se obávat, že budoucí zdravotnický personál může být motivován pouze finanční odměnou, společenským uznáním atd... Lásku k lidem doprovází také oběť pro dobro druhého.¹²⁵

Etický kodex sociálních pracovníků obsahuje v úvodu nepřipustnost ageismu v sociální práci. Sociální pracovník v institucionalizované péči o seniory ví, že nejen

¹²⁴ Srov. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s.108-109.

¹²⁵ Tamtéž, s. 101-104.

věk, ale také další aspekty uvedené v tomto kodexu se jej týkají. Důkazem o důležitosti respektování individuality člověka jsou i další kodexy věnující se péči o člověka, kde je to uvedeno.

3.2.5 Etický kodex

Etika sociální práce jako hodnotově neutrální kritická reflexe uvažovaného nebo uskutečněného jednání v oblasti sociální práce stojí v kontrastu s hodnotově bohatě vymezenou disciplínou sociální práce, popř. jinými pomáhajícími profesemi. Jejich hodnotová zakotvení jsou zakotvena v kodexech nebo ve společenském etosu.¹²⁶

„Pracovník v sociálních službách respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.“¹²⁷

Jednotlivé pomáhající profese jsou si vědomy významu lidského vztahu pomáhajícího pracovníka ke klientům a mají pro něj své řešení: etické zásady profese. Některé z etických kodexů stanovují požadavky, které je nemožné uskutečnit a které zřejmě mají být chápány jako přihlášení se k ideálu, o němž se ví, že je nedosažitelný. Jiné jsou považovány za závazné. Příkladem je nepřipustnost rasismu, ageismu, sexismu aj.

Problém je v tom, že etický kodex už neříká, co dělat, když se požadavek nedaří naplnit. Zde se uvádí zásada, která často chybí: „Pomáhající je připraven kdykoli vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat k lepšímu stavu, než je ten současný.“

Každý člověk je individualita, stejně tak i sociální pracovník má svá omezení. Myslím si, že je nejdůležitější si svou nedokonalost uvědomit a na základě uvědomění si svého vnitřního pocitu jednat s klientem tak, aby nedošlo k vědomému či nevědomému ublížení klientovi.¹²⁸

¹²⁶ Srov. FISCHER, O. K pojetí etiky pro sociální práci. In. *Etika pro sociální práci*. s. 19.

¹²⁷ DOSOUDILOVÁ, K., FRANCUCHOVÁ, M. Typická dilemata v terénní sociální práci pro terénní pracovníky. In. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. s. 472.

¹²⁸ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 90-91.

Etiku práce není možné vymezit nějakým kodexem. Respektive kodexy jsou užitečné k prvnímu seznámení a k prvnímu nahlédnutí do problematiky etického hodnocení práce. Etický kodex je užitečný, ale zjednodušující model. Do profesionální práce se ovšem promítá celý pracovníkův přístup k životu a lidem. Docela jiné projevy vůči klientům bude mít pracovník, který je do hloubi duše přesvědčen, že lidé jsou schopni být dobří a vstřícní, jen když k tomu mají příležitost. A docela jiný bude mít ten, kdo je do hloubi duše přesvědčen, že když člověka neomezují pravidla a obavy z jejich nedodržení, zneužije situace ve svůj prospěch, a to na úkor druhých. Takové postoje jsou v nás hluboce zakořeněné a je na místě počítat s tím, jaký na nás mají vliv. Nejde zde o to říkat a rozhodovat, který z těchto postojů je lepší, stejně každý pracovník zaujme ten sobě vlastní. Jde o to poukázat na to, jak hluboce jsme ve své práci ovlivněni tím, co si myslíme o světě a lidech. To je také jeden z důvodů, proč pracovníci v různých profesích zaujímají zcela odlišné postoje a vytvářejí protichůdné teorie. A proč jiní se k nim přidávají a přijímají tyto teorie.¹²⁹

Etika je jednou z opěrných věd sociální práce tzn., že jako taková poskytuje sociální práci možnost nalézt oporu v některých etických teoriích. Etické teorie dávají odpověď na to, k jakému rozhodnutí se v konfliktních situacích přiklonit, k jakému rozumovému zdůvodnění apod. Pomáhají nám v situacích, které jsou typické tím, že variant řešení může existovat několik a my máme vybrat to, které považujeme pro klienta za optimální. Nebo v situacích, kdy neexistuje žádné zjevné řešení a my přesto chceme a musíme s klientem na nalezení řešení pracovat. Proto bych v další části chtěla uvést příklady tak, jak je prezentuje Sýkorová.

Kritika upozorňuje na to, že kodexy nejsou konzistentní- etické principy totiž často nevycházejí z etické teorie a pravidla jednání zase z etických principů. Zároveň je v etických kodexech patrný předpoklad, že etika je profesionálům dána zvnějšku. Zatímco je jasné, že sociální pracovníci do ní vkládají své vlastní subjektivní hodnoty. Etické principy však nelze ustanovit autoritou či příkazem.

Dalším problémem je neomezení kodexu a jednání v nejlepším zájmu klienta. V realitě se však sociální pracovník setkává s mnoha nedostatky, jenž sám není schopen řešit, jako například nedostatek financí, využití profesionálů jiných vědních disciplín.¹³⁰

¹²⁹ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*, s. 141.

¹³⁰ Srov. NEČASOVÁ, M.. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In. *Etika pro sociální práci*, s. 90-91.

Existující ještě další kritiky etických kodexů jsou oprávněné, nelze je použít v každém případě, avšak měly by být alespoň základním vodítkem pro pracovníka, na které by při svém jednání neměl nikdy zapomenout.

3.2.6 Etické dilema a problém sociálního pracovníka

Snad každý pracovník v pomáhajících profesích se již setkal s problémem, jehož vyřešení vyžadovalo velkou dávku empatie a hledání schůdnějšího řešení. Ne vždy se ale lepší řešení najde. Sociální pracovník je tak postaven před rozhodnutí, vybrat tu nejlepší variantu pro klienta a nést za ni odpovědnost. Většinou je nutná konzultace i s jinými odborníky či sociálními pracovníky, ale konečné rozhodnutí záleží pouze na něm.

Etický problém

Problém je to, o čem se hovoří v tom smyslu, že by to tak nemělo být a současně s nadějí na změnu, kterou si lze představit jako uskutečnitelnou. Problém je klubko řečí, které, i když rozmotáme do poslední nitky, zjistíme, že neskrývá žádné "jádro", které hledají ti, kdo věří tomu, že nalezením jádra a jeho odstraněním se problém vyřeší. Znamená to, že při práci s "problémem" se pohybujeme vždy na úrovni vyprávění o událostech. A naopak, nikdy se nepohybujeme v události samotné. Povídamy si tedy o něčem uplynulém, o tom, jak tomu kdo rozumí, a hledáme, jaká nová smysluplná vysvětlení by přispěla, aby změna byla možná.

V konkrétním případě jde pak o to, co klient považuje za problém, co považuje za problém pracovník, a jak dalece jsou tyto představy odlišné a co s tím. Všechny pracovníkovy potíže spojené s touto otázkou lze vyřešit snadno, neboť vždy je mu po ruce někdo, kdo může skvěle pomoci porozumět tomu, o čem jde, totiž klient.¹³¹

Za etické problémy v pomáhajících profesích označíme situace, kterých se účastní klient, sociální pracovník a problém. Zároveň je součástí dané situace řešení problému. Řešení je k dispozici, avšak pro sociálního pracovníka je toto řešení z nějakého důvodu obtížné, nepřijatelné.¹³²

Aby mohl být problém označený za etický, musí existovat volba mezi možnými směry jednání a tyto alternativy musejí být zcela reálné. Všechny možné alternativy je

¹³¹ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*, s. 90.

¹³² Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 80.

ovšem potřeba předem zvážit. Každé z možných řešení (nebo jeho důsledky) musí v sobě nést významně odlišnou hodnotu. Pracovník musí být schopen rozeznávat různé etické hodnoty a pochopit, že rozhodnutí často ovlivňují lidské či osobní hodnoty.¹³³

Příkladem může být situace, kdy klient s obavou z dalších a vystupňovaných výhrůžek odmítne přiznat zanedbání či týrání, přestože příznaky tomu nasvědčují. Sociální pracovník tak má před sebou jasný problém týrání seniora, ten však jakékoli řešení své současné situace odmítá.

Etické dilema

Etické dilema by nemělo být používáno jako synonymum k pojmu „etický problém“. Etický problém znamená nerozřešenou otázku, nesnadný úkol či složitou věc. Ale lze nalézt řešení, které vyhovuje zúčastněným stranám.

„Pojem dilema znamená nutnou obtížnou volbu mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi. Určitý paradox etických dilemat spočívá v tom, že nemají jednoznačné řešení, ale přesto musí být jednoznačně řešena. Je tak na sociálním pracovníkovi na základě svých vlastních zkušeností a možností vybrat to řešení, které je pro klienta nejmenším zlem¹³⁴

Etické dilema může nastat tam, kde oběť nechce svou situaci řešit. Před sociálním pracovníkem nastává dilema, zda jednat v situaci, kdy by byla porušena autonomie člověka, či jednat i bez jeho souhlasu, protože je přesvědčen, že mu dokáže pomoci v kvalitě jeho života.

Každé setkání s některou z forem týrání zanechá v každém ambivalentní pocit. Na jedné straně se snažíme pomoci, na druhé straně lze očekávat odmítnutí našeho postoje jak ze strany postiženého, tak okolí. Pomoc týrání není často přijímána s očekáváním pomáhajícího a je nutné mít znalosti této problematiky, ale i vysokou schopnost empatie, schopnost navázat vztah a vytvořit důvěrné prostředí, ale nepochybně i odvahu.¹³⁵

Etické rozhodování a etická praxe v organizaci nezávisí pouze na morální zralosti či profesionalitě jednotlivých pracovníků. V sociální práci se rozlišuje defenzivní a reflexivní pojetí praxe. Defenzivní praxe je uváděna jako striktní dodržování pravidel, předpisů pouze v rámci nutnosti. Její možnosti jsou omezené, ale současně i chrání před

¹³³ Srov. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, s. 76.

¹³⁴ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 21.

¹³⁵ Srov. TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*, s. 6.

vlastní zodpovědností. Opakem je reflexivní praxe, kdy je sociální pracovník schopen vlastní praxi reflektovat, dokáže etická dilemata identifikovat. Je si jistější svými osobními hodnotami, hodnotami profese i tím, jak je uplatňovat. Je schopen se vyrovnávat s nejistotou, která sociální práci provází.¹³⁶

Pro někoho může být řešením dodržování pravidel, pro někoho může znamenat etický problém či dilema. V otázce řešení dilemat nakonec závisí jen na samotném pracovníkovi a na jeho hierarchii hodnot. Podle toho se většinou odvíjí řešení dilemat, která pracovník volí.¹³⁷

Doporučení řešení dilemat

Důležitým předpokladem pro řešení etických dilemat je sebereflexe pracovníka. Nejprve je nutné dilema identifikovat, dále určit, co konkrétně se dostává v situaci do konfliktu (jaké hodnoty, povinnosti, cíle), určit, jakého okruhu osob se dilema týká. Nemalý význam má reflexe problému s ostatními pracovníky o možnostech řešení, způsobu jednání a jejich důsledky pro účastníky, kteří mají v dilematické situaci nějakou roli, a tyto závěry konfrontovat s profesionální identitou, profesionálními hodnotami, etickými zásadami a kodexem zařízení, s osobními hodnotami pracovníků, konzultovat daný problém s odborníky, pracovat s dilematem v rámci supervize. Vše by mělo být zdokumentováno i s rozбором situace.¹³⁸

3.3 Důstojnost

S otázkou ageismu, násilí či použití restrikce přichází také myšlenka lidské důstojnosti člověka. Každý jedinec má svá práva i povinnosti. Jak se však zachovat pokud je ona důstojnost ohrožena a jak to poznáme?? I důstojnost je chápána různými autory různě. Záleží proto na každém, jak daný problém či situaci vnímá. Příkladem může být právě restrikce, pro jednoho nepřijatelná, pro druhé pro zajištění bezpečí nutná. Pokusím se zde otázkou důstojnosti zabývat i z pohledu stáří.

Člověk je jako jediná živá bytost schopen o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. Důstojnost člověka

¹³⁶ Srov. NEDĚLNÍKOVÁ, D. Etická dilemata v terénní sociální práci. In. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*, s. 386-387.

¹³⁷ Srov. DOSOUDILOVÁ, K., FRANCUCHOVÁ, M.: Typická dilemata v terénní sociální práci pro terénní pracovníky. In. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*, s. 496.

¹³⁸ Tamtéž, s. 44-45.

spočívá v podstatě v tom, že má právo na svobodu sebeurčení, s kterou nesmí nikdo disponovat.

Vyvstává zde však jedna závažná námitka: svoboda a sebeurčení člověka nejsou neomezené. Je možné lidmi zvenčí manipulovat, aniž by to byli schopni zjistit. Lidskou svobodu nelze považovat v každém ohledu na zdůvodnění lidské důstojnosti a hodnoty lidské existence. To bude nakonec možné až tehdy, když člověk nebude o něco usilovat pod tlakem a donucením svého okolí, ale když bude něco chtít, protože v tom nalézá své nejhlubší naplnění. „¹³⁹

Důstojnost je základním požadavkem rozvoje služeb a péče pro seniory. Zájem a péči potřebuje každý člověk, každá živá bytost. Zajištění důstojnosti vyžaduje řadu praktických a konkrétních opatření vztahujících se k soukromí, sexualitě, osobní hygieně, používání toalety a dalším konkrétním oblastem a situacím. Ohrožena je důstojnost lidí se sníženou soběstačností, žijících doma nebo ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociálních služeb, lidí trpících demencí a (geronto)psychiatrických seniorů. Ochrana důstojnosti vyžaduje komplexní a trvalou pozornost, výcvik, vzdělávání a výchovu k mezilidským vztahům a zejména vytváření systémových organizačních podmínek pro profesionální a důstojné zvládnutí náročných a obtížných situací při poskytování péče.¹⁴⁰

Respektování lidské důstojnosti ve vztahu ke starším lidem obecně a hlavně k nemocným starším lidem tvoří samostatnou, primární oblast důstojnosti a úcty k lidským bytostem, včetně úcty k sobě samému.

V současné moderní, konzumní společnosti je význam úcty k člověku, zejména ke starším lidem (mnohdy i k sobě samému), značně snižován a potlačován, majetek a kariéra se stávají důležitějšími než člověk. Bohužel v praxi se lidská důstojnost jako nedílná součást péče o pacienty mnohdy nerespektuje (ne vždy a ne všude) a s nemocným je zacházeno jako s věcí, dochází k odosobnění, což je velmi nedůstojné – uživatel se stává předmětem "byznysu" sociálního zařízení, a člověk se v tomto světě byznysu už jaksí vytrácí.¹⁴¹

Důstojnost ve stáří a při poskytování péče a pomoci druhým lidem jsou hodnoty, které vyžadují zajištění práva volby a spolurozhodování o způsobu, rozsahu a místě

¹³⁹ Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*, s. 24.

¹⁴⁰ Srov. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*, dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

¹⁴¹ Srov. ČOK, M. *Péče a lidská důstojnost*, dostupné na WWW: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=5>.

poskytování péče a pomoci. Právo na seberealizaci a svobodnou volbu je třeba zajistit všem, nejen zdravým a soběstačným. Důstojnost vyžaduje zabránění protektivnímu přístupu a redukci potřeb starších lidí a stáří na sociální a zdravotní problematiku. Vyžaduje uspokojení duchovních a kulturních potřeb, „zplnomocnění“ a podporu aktivní nezávislosti.¹⁴²

Pro zachování důstojnosti v péči o seniory jsou důležité takové faktory, jako jsou projevy zájmu o seniora jako o jednotlivce, vlídnost, zdvořilost, naslouchání a respekt soukromí. Mezi další projevy nedůstojné péče patří špatná komunikace, tj. oslovování jménem či dokonce zdobnělinami „dědo, babi“, zacházení se seniorem jako s věcí, nikoli jako s člověkem, ponižující obnažování a nedostatek úcty při intimních činnostech jako oblékání, mytí či vyměšování. Neméně důležitá je také důstojné umírání, které k institucionální péči o seniory neodvratně patří. Důstojná péče se zaměřuje na uživatele jako na jedinečnou osobu a na potřebu holistického přístupu v kontextu soustavného úsilí o zachování nezávislosti a identity.¹⁴³

V knize „Respektování lidské důstojnosti Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů“ jsou uvedeny přístupy, které přispívají k zachování důstojnosti, a které vycházejí z praxe.

- Poskytování individualizované péče a podpory.
- Zachovávat společenské postavení seniorů a ujištění je v jejich sociálních rolích i v případech jejich duševní či tělesné zchátralosti.
- Neuvádět nikoho do situace, která by mohla vést k případnému selhání ve skupině.
- Před ostatními nezdůrazňovat ničí nedostatečnost ani nezpůsobilost.
- Dávat každému najevo, že má svou hodnotu.
- Podporovat a zachovávat u každého jeho vlastní autonomii.
- Respektovat individuální zvyky a hodnoty.
- Respektovat u každého domov, životní prostor a soukromí.
- Poskytovat útěchu a projevovat takt.
- Získat souhlas k nezbytným úkonům.
- Povzbuzovat seniory k vlastní volbě a rozhodování.
- Podporovat začleňování a účast, nikoho nevyčleňovat.
- Podpora každého, aby dbal na osobní hygienu a vzhled.

¹⁴² Srov. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*, dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

¹⁴³ Srov. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, s. 16.

- Nespěchat na nikoho, dopřát každému dostatek času.
- Přízpůsobovat péči potřebám a životnímu rytmu jednotlivce.
- Předvídat individuální potřeby.
- Respektovat hranice schopností každého jedince.
- Nevykonávat činnosti, které překračují naši odbornou způsobilost.
- Na konkrétní požadavky reagovat zdvořile a to i v případě, že jsme ve stresu či máme osobní problémy.
- Předem informuj o výkonech, které provádíš, pokud je to možné.
- Umožňovat seniorům podstupovat jisté riziko.
- Podporovat účast na každodenním životě.
- Zachovat smysl pro humor.
- Dělat absolutní maximum, i když nezbyvá mnoho času.

Opakem je pak přezíravost, slovní nebo fyzická hrubost, nevšímavost, lhostejnost, vystavování seniorů situacím, které nemohou zvládnout, přivádění do směšných situací, nerespektování soukromí, neklepání při vstupu do místnosti, neúcta ke smrti, přehlížení jedince při práci s jeho osobou, lhaní či podvádění.¹⁴⁴

3.3.1 Lidská práva a lidská důstojnost

Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho každého člověka. To znamená:

1. Respektovat právo na sebeurčení – sociální pracovníci respektují a podporují právo lidí na provádění vlastních výběrů a rozhodnutí, nezávisle na jejich hodnotách a životních rozhodnutích, za předpokladu, že to neohrozí práva a legitimní zájmy druhých.
2. Podporovat právo na participaci – sociální pracovníci podporují plné zapojení a účast lidí, kteří používají jejich služby, takovými způsoby, aby mohli dosáhnout zmocnění ve všech aspektech rozhodování a jednání, která ovlivňují jejich život.
3. Jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí – sociální pracovníci se zajímají o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů života člověka.

¹⁴⁴ Tamtéž, s. 56.

4. Identifikovat a rozvinout silné stránky – sociální pracovníci se zaměřují na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporují jejich zmocnění.¹⁴⁵

3.4 Autonomie

Autonomie znamená svobodnou volbu jednotlivce rozhodovat o svém vlastním jednání tak, jak je schopný sám o sobě rozhodovat. V případě osob se sníženou nebo narušenou autonomií zaručuje ochranu před zneužitím. Je to forma osobní svobody, v které jedinec rozhoduje o svém jednání, za něž je zároveň zodpovědný.¹⁴⁶

S autonomií je tedy neodvratně spojená svoboda. Pojem svoboda je užší než autonomie, zahrnuje schopnost jedince „dělat, co si přeje“, nebýt omezován, tj. mít možnost rozhodování. Svoboda jako nepřítomnost interference a současně přítomnost alternativ jednání, je nezbytnou podmínkou autonomie jedince, rozvinutí jeho cílů a zájmů. Svoboda je svobodou, je-li dostatek prostoru pro lidskou volbu a aktivitu, i kdyby tou možností byla nečinnost. Všechny zásahy do svobody se automaticky dotýkají autonomie. Se svobodou však přichází také odpovědnost za následky svého jednání.¹⁴⁷

Násilí na druhém člověku ohrožuje nejen jeho individualitu, důstojnost, svobodu aj., ale také jeho autonomii. Mravní rozhodování dospělého jedince předpokládá jeho autonomii. Autonomií se rozumí, že člověk má možnost uplatnit určitý ideál (mravní hodnotu) v situaci volby. Buď je zcela nezávislý na vnějším tlaku, na jakékoli vnucené a osobně nepřisvojené autoritě, nebo tuto závislost a její míru přijímá za svou.

Mravní jednání vyžaduje určitou osobní zralost, která ovšem není danou jednou pro vždy, ale spíše procesem stávání se sám sebou, procesem zrání člověka se stále větší autonomií. Tento morální vývoj může i kolísat či se zcela zastavit. Mravní jednání jedince je ovlivněno nejen osobnostními předpoklady, rodinným zázemím, vztahy s okolím, ale také vztahy s ostatními lidmi, schopností překonávat překážky atd...¹⁴⁸

¹⁴⁵ Srov. NEČASOVÁ, M. Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy. In. *Sociální práce/Sociálna práca*, s. 32.

¹⁴⁶ Srov. HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitné ošetrovatelstvo*, s. 130.

¹⁴⁷ Srov. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*, s. 75.

¹⁴⁸ Srov. WERNISCHOVÁ, H.. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In. *Etika pro sociální práci*, s. 29-30.

Pojmem autonomie jak ji známe dnes, se zabýval Immanuel Kant. Tak jako je autonomní nějaká legálně zřízená instituce v rámci nadřazeného právního řádu státu, tak je rozum nezávislý (autonomní) na jakémkoli vnějším vlivu.¹⁴⁹

V morální filosofii Immanuela Kanta se tedy rozlišuje autonomní morálka, jejíž pravidla si člověk určuje nebo přijímá sám, od morálky heteronomní, určené a stanovené někým jiným.

Kantovo pojetí autonomie vystihuje i pro dnešní dobu důležitý prostor pro hledání odpovědi správného jednání. Kantův kategorický imperativ může pomoci mimo dalších teorií orientovat se i ve složité situaci.

Základním kamenem Kantovy nauky o morálce je kategorický imperativ. Základní otázkou každé etiky je naše jednání, to je ovlivňováno naší vůlí. Dle Kanta jsou dvě možnosti, jakými je určována naše vůle. Buď je naše vůle určována zákony, které jsou v nás samých, v našem rozumu, nebo je určována něčím, co je mimo nás. Dále podle Kanta všechny dosavadní pokusy dospívají k tomu, že důvod naší vůle existuje mimo nás. Postulují nějaké nejvyšší dobro, ať je to blaženost nebo dokonalost. Tímto způsobem však nelze získat žádný nutný, všeobecně platný princip jednání. Domnívá se, že skutečně platný všeobecný princip lze nalézt jen v rozumu. Maximou nazývá Kant zásadu, která má platit pro jednání jednotlivého člověka, a praktickým zákonem nazývá zásadu, která má určovat vůli každého člověka. Zákony teoretického rozumu mají charakter nutnosti, říkají tak jest. Zákony praktického rozumu mají charakter požadavku, říkají tak máš jednat. Tyto zákony praktického rozumu Kant nazývá imperativy. Mohou být podmíněné, tj. hypotetické, nebo nepodmíněné, tj. kategorické. Z toho vyplývá kategorický imperativ, jenž zní: „Jednej tak, aby maxim Tvé vůle mohla vždy platit jako princip všeobecného zákonodárství“.¹⁵⁰

Pro Kanta je patologické to, co je závislé na citovosti, a naopak praktické to, co vyplývá ze svobodné činnosti rozumu. Jednat z povinnosti znamená jednat svobodně, nenechat se řídit náklonností nebo zájmem. Mravnost tedy závisí na kvalitě záměru. Povinnost tedy závisí na kvalitě záměru.¹⁵¹

Dle Kanta nejde o to vědět, co máme dělat, ale podle jakého principu to máme dělat. Kantův způsob uvažování je formální. Podaří-li se nám stanovit správný princip řízení našich vztahů i obsah našich činů, které budou následovat, bude dobrý. Dobro zde

¹⁴⁹ Srov. CAHA, A. *Autonomní morálka*, s. 26.

¹⁵⁰ Srov. MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 27.

¹⁵¹ Srov. FUCHS, E. *Co dělá naše jednání dobrým?* s. 153-154.

není vymezeno jako cíl, kterého by měla morálka dosáhnout, ale jako správné stanovení regulačních principů morálky.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část obsahuje výsledky výzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit etické souvislosti problematiky násilí na seniorech z hlediska pracovníků v sociálních službách.

Následuje interpretace výsledků výzkumů na toto téma s ohledem na institucionalizovanou péči.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl č. 1. -hlavním cílem této diplomové práce je zmapování znalostí pracovníků v sociálních službách k problematice násilí na seniorech a s nimi spojené etické otázky. Hypotéza by měla vyplynout z polostandardizovaných rozhovorů s pracovníky sociálních služeb.

Dílčí cíl č. 1. – dílčím cílem diplomové práce je zjistit okolnosti, které jsou spojeny s rizikem a potencionálním ohrožením násilí na seniorech v institucionalizovaných službách. Úkolem tohoto cíle je zkoumání fungování současného systému sociálních služeb pro seniory a zjistit, které faktory se na ohrožení podílejí.

Dílčí cíl č. 2. – Dílčí cíl č. 2. je orientovaný na pracovníky sociálních služeb, a jejich zkušenosti s institucionalizovaným násilím. Cíl mapuje, zda se pracovníci sociálních služeb s násilím na seniorech setkali, v jaké formě, a jaké bylo řešení tohoto problému.

Vzhledem k tomu, že byla použita kvalitativní metoda polostandardizovaných rozhovorů, byly hypotézy stanoveny v diskusní části a výsledky byly porovnávány s dostupnou literaturou.

4.2 Metodika

Pro práci jsem zvolila polostandardizovaný rozhovor formou otevřených otázek s pracovníky institucionalizovaných zařízení, které budou zaznamenávány do předem

připravených archů. Byli osloveni vedoucí pracovníci těchto zařízení, a upozorněni na jeho anonymitu.

Důvodem pro zvolení dané metody bylo hlubší prozkoumání percepce pracovníků sociálních služeb K hodnocení získaných údajů je použita kvalitativní analýza.

Dále byla použita metoda sekundární analýzy dat a technika kazuistiky, tzn. případové studie.

4.3 Výsledky

V rámci výzkumu byli osloveni vedoucí pracovníci zařízení poskytující institucionalizované služby pro seniory. Zde jsem se setkala s odmítnutím spolupráce s ohledem na citlivost tématu a s obavou stigmatizace zařízení. Výzkum v této fázi proto nemohl být proveden.

V rámci sekundární analýzy dat jsem zhodnotila výsledky tří již uskutečněných výzkumů. Přestože vždy nejsou přímo zaměřené na násilí v institucionalizované péči, tyto prvky částečně obsahují.

I. Život v domovech pro seniory. Problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory.

Asi nejobsáhlejší výzkum v České republice proběhl na zadání Džamily Stehlíkové - Život v domovech pro seniory (problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory 2007). Výzkum byl zpracován Janem Lormanem a Lucíí Vidovičovou. Autoři výzkumu oslovili 516 seniorů v šestnácti domovech po celé republice. Celkem jich v Česku žije v domově pro seniory přes padesát tisíc seniorů.

Výsledky jsou k dispozici pouze v omezeném množství, které se mi podařilo získat nebo ve formě zhodnocení. Přesto považuji prezentaci těchto výsledků za přínosnou pro mou diplomovou práci.

Výsledky výzkumu ukázaly, že Domovy pro seniory jsou přeplněné, i když každoročně vznikají nová místa, zároveň roste i počet odmítnutých žadatelů. Úroveň péče je v nich podle tohoto výzkumu lepší, než odborníci očekávali. Problémy, ale jsou. Šest procent oslovených uvedlo, že v domově zažilo špatné zacházení ze strany personálu nebo konflikty se spolubydlícími. Dvě procenta si nemohou s návštěvou nikdy promluvit o samotě. Třináct procent má možnost soukromého rozhovoru s

blízkým člověkem jenom někdy. Možnost svěřit se někomu v soukromí je často podmínkou, aby se na problémy třeba s chováním personálu vůbec přišlo.

Podle Lormana by se měly domovy snažit nechat svým klientům možnost rozhodovat se v denních drobnostech. „Třeba možnost vybrat si spolubydlícího nebo se odstěhovat od někoho, s kým si nerozumím, je velmi důležitá. Seniorům často vadí, že musejí dělat „na povel“ činnosti, o kterých si lidé rozhodují sami – ať je to jídlo nebo hygiena.

Z výzkumu Život v domovech pro seniory vyplývá, že o svých obavách hovoří častěji ženy. Téměř 10 % se setkala s tím, že mu bylo někým blízkým nebo personálem domova dáno najevo, že je svými problémy obtěžuje. Dalších 6 % se domnívá, že od personálu nedostává takové léky, které by vzhledem ke zdravotnímu stavu odpovídaly jeho potřebám.

Na přímou otázku, zdali respondent ví o někom z DpS, kdo by za poslední rok zažil nějaké špatné zacházení, týrání nebo zanedbávání péče odpovědělo kladně 15 respondentů (2,9 %), z toho tři muži a dvanáct žen. V případě, že by se i dotazovaný někdy stal terčem špatného zacházení, odpovědělo kladně třicet respondentů (5,8 %), pět mužů a dvacet pět žen.

Tabulka č. 2 – Projevy špatného zacházení (%)

| | často | | občas | | Nikdy % |
|--|-------|---|-------|----|------------|
| | % | N | % | N | |
| dávají mu/jí právo, že obtěžuje svými problémy personál | 0,8 | 4 | 8,7 | 44 | 90,5 |
| Má pocit, že nedostává léky, jaké potřebuje | 1,3 | 6 | 4,4 | 21 | 94,3 |
| v nedávné době někdo vyhrožoval, že mu/jí ublíží | 0,6 | 3 | 2,7 | 14 | 96,7 |
| v nedávné době někdo fyzicky ublížil, uhodil, strčil apod. | 0,6 | 3 | 1,5 | 8 | 97,9 |
| někdo z personálu jej/ji ponižoval/zesměšňoval | 0,6 | 3 | 3,5 | 6 | 95,9 |
| byl/a nucena ležet v posteli proti své vůli | 0,2 | 1 | 0,6 | 3 | 99,2 |

Zdroj: Zpráva z výzkumu -Život v domovech pro seniory.

II. Výzkumný projekt RM 01/15/04

Na problematiku násilí na seniorech byl také zaměřen výzkum RM 01/15/04 MZV ČR z roku 2005, tzv. Jihočeský výzkum, jehož autory jsou Kovařík a Dunovský. Popis jednotlivých forem násilí, analýza jejich příčin, prevence.

Nejtěžejším pro mou práci je zmapování Domovů pro seniory (dále DpS). Výzkum ukázal, že vybavení DpS je dnes po materiální stránce dobré. Nedostatečný je však počet jednolůžkových pokojů v DpS. Starý člověk je proto umístěn do pokoje s jedním nebo více obyvateli, které nezná, nikdy v životě je neviděl. Znamená to nutné přizpůsobení se pravidlům pro společné soužití. Senior tak prožívá obrovské stresy a pocity hlubokého neštěstí – má židli, která je mu určena, má lůžko, které je mu dáno, určena je mu i společnost, bez ohledu na to, zda se s ní shodne či nikoli, režim dne, který je jednoznačný a povinností je se ho držet a dodržovat ho. Ošetřující personál nemusí být vždy laskavý a příjemný s pochopením pro zvláštnosti, které jednotlivé osoby vyžadují. Snižování důstojnosti a osobnosti člověka, hrubé a nešetrné zacházení, necitelnost a lhostejnost mohou být průvodními jevy života v DpS. Ti, kteří se nemohou pro svůj zdravotní stav a tělesnou nemohoucnost bránit, jsou v plné šíři vystaveni na milost a nemilost ošetřujícímu personálu. V DpS nelze říci, že by se jednalo o týrání seniorů ve smyslu definice týrání. Spíše se jedná o zanedbávání, nedostatek a hrubé chyby v péči.

Tento výzkum obsahoval také poznatky, týkající se personálu Ústavů sociální péče. Některé otázky byly nasměrovány tak, aby odhalily potencionální počátky syndromu vyhoření, nebo jen zvýšené psychické vyčerpanosti, které v důsledku mohou vést k násilnému chování (viz tabulka č. 3).

Tabulka č. 3 - Příznaky syndromu vyhoření u zaměstnanců v sociálních zařízeních pro seniory

| Otázka | Odpověď ANO | Odpověď NE |
|--|-------------|------------|
| Cítíte se často vyčerpání psychicky nebo fyzicky? | 111 | 89 |
| Poděkoval Vám někdo v poslední době za Vaši práci? | 76 | 124 |
| Pocítil (a) jste někdy nutkání použít lehčích donucovacích prostředků ke zklidnění klienta? (trěpnutí přes ruku apod.) | 136 | 64 |
| Máte pro případ psychických problémů spojených s Vaší profesí možnost využít kvalitní odborné pomoci? | 28 | 172 |
| Uvažujete o změně zaměstnání? | 6 | 194 |

Zdroj: KOVAŘÍK, J.; DUNOVSKÝ, J. Popis jednotlivých forem násilí, analýza jejich příčin, prevence.

III. Problematika špatného zacházení se seniory JCU, ZSF. 2004- Michaela Šimková, Tomáš Chovanec, Martina Hrušková

Dotazníkové šetření proběhlo v období od července do listopadu 2004. Distribuováno bylo 150 dotazníků. Návratnost vyplněných dotazníků činila 69 %. Pro zachování objektivity sbíraných dat bylo kontaktováno široké spektrum respondentů (U3V v Písku, Klub trénování paměti v Českých Budějovicích, DpS Jih, Prácheňské sanatorium, DpS Máj v Českých Budějovicích, respondenti přímo z terénu).

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že s pojmem týrání starých lidí se setkalo 66 % dotazovaných. Osobně se s případem týrání starého člověka ve svém okolí (okruh sousedů, přátel, rodiny apod.) setkalo 55 % respondentů.

Ubližovat seniorovi může příbuzný, soused, dobrovolný pracovník či pracovníci zdravotní a sociální péče. Čtvrtina respondentů (25 %) uvádí nejběžnějším místem týrání seniorů sociální zařízení - domovy pro seniory, domovinky. Zodpovědnost za

starší generaci se přesouvá (se snahou odlehčit rodinám) na instituce. Naše společnost se stala atomizovanou, institucionalizovanou a anonymní. Péči rodiny zastupují sociální zařízení, která však kvalitativně rodinnou péči nemohou nahradit. Tato zařízení by však měla dodržovat alespoň podmínky, ve kterých se seniorům bude věnovat dostatečně kvalifikovaný a početný personál, aby senior nestrádal a nesetkával se s týráním a špatným zacházením.

Dalším řešením ochrany seniorů před týráním a jinými formami špatného zacházení je zajištění znalostí o problematice u rodinných příslušníků seniorů, ale také u pracovníků sociálních zařízení, lékařů apod. Téměř polovina respondentů se domnívá, že nejčastějším místem týrání starých osob je domácí prostředí (43 %). Pomoci nahlédnout na skutečnost, že se senior stal obětí týrání svými nejbližšími, by měl ošetřující lékař či sociální pracovník, který má dostatek informací o problematice špatného zacházení. Každý starý člověk se může stát obětí týrání nezávisle na sociálním prostředí.

Problematika špatného zacházení se seniory je pomalu odkrývána až v současné době. Výsledky výzkumu vyzývají k řešení problému. Situace je o to složitější, že senioři jsou obecně náchylnější k stereotypnímu uvažování a často si ani neuvědomují nebo nepřiznají, že oni sami jsou obětí násilí. Proto je třeba se snažit informovat starší spoluobčany o příznacích špatného zacházení s nimi a možnostech účinné pomoci v jejich situaci, aby sami mohli týrání identifikovat a případně i řešit.¹⁵²

Pro starého člověka je velmi často těžké přiznat si, co se děje, a to především, pokud se jedná o blízkého člena rodiny. Seniorovi je v tomto případě ubližováno osobou, která je mu blízká a které důvěřuje; jeho pocit jistoty a bezpečí je ohrožen. Rozhodnutí mlčet a nevhodné chování i nadále trpět tak přispívá jednak k dojmu, že násilí na seniorech není tak vážné a nevyžaduje okamžitá opatření, tak i ke ztrátě naděje, že seniorovi bude poskytnutá odborná pomoc. Ve většině případů si senior sám nedokáže pomoci, protože je na týrající osobě závislý.

¹⁵² Srov. ŠIMKOVÁ, M.; CHOVANEC, T.; HRUŠKOVÁ, M. Týrání, zneužívání, zanedbávání a jiné formy špatného zacházení. In *Kontakt*. s. 42.

4.4 Kazuistiky

Kazuistika 1.

Svědectví ošetřovatele v domově důchodců

„Ve sborníku Souvislosti bylo v roce 1997 zveřejněno svědectví mladého muže, Tomáše Didunyka, který pracoval jako ošetřovatel v domově důchodců v Praze. Uvádím jen několik případů z tohoto otřesného svědectví:

Pan Antalovský trpí inkontinencí moče. Trápí ho to. Před mnoha lety byl na neurologii uznán nemocným chorobou zvanou skleróza mozku (dle p. Antalovského). Domnívá se, že právě to je příčinou jeho trápení.

Oslovuje paní doktorku. Je vizita. Pan Antalovský je počůraný. „Já bych se chtěl objednat k neurologovi. Pan profesor Vaněk mi určil jako diagnózu sklerózu mozku.“ „Pane Antalovský, podívejte, vždyť vy jste úplně počůranej! Na neurologii vás objednáám, až se přestanete počůrávat.“

Pán, který být v domově nechtěl, dostal uklidňující injekci. Po půl roce umírá. Každých čtrnáct dní – uklidňovací injekce.

Když obyvatel zemře, musí pro jistotu zůstat tři hodiny na posteli, přestože je pokoj třeba plný lidí, kteří o mrtvém vědí. Leží vedle něho. Tři hodiny. Občas se přihodí, že někdo zemře před večeří. Sestry jsou jenom dvě, nemají čas a neuběhly tři hodiny. Za spolubydlícím přijde návštěva. Prochází kolem mrtvoly ležící na posteli. Pokukuje po ní. Neví, co dělat a co si myslet. Ale je čas večeře. Otvírají se dveře. „Dobrý večer, ták, večeře. Dobrou chuť.“ „Otočit se. Odchod. Návštěva – mrtvola – večeře.“¹⁵³

Kazuistika 2.

V domově pro seniory byla proti své vůli umístěna svéprávná, plně orientovaná a vcelku vitální stařenka. Příbuzní potřebovali babiččin byt (a babička stále ne a ne umřít).

Využili lsti a předstírali, že vezou babičku na vyšetření do nemocnice. Pak proti své vůli a bez vědomí soudu zůstala v domově pro seniory v dvoulůžkovém pokoji, kde

¹⁵³ DIDUNYK, T. *Obyvatelé*. In *Souvislosti*, s. 52.

ztratila veškeré zázemí a možnost pokračovat v běžných rituálech. Byla pod neustálým dohledem personálu pro případný odchod uživatelky. V odchodu jí bylo přímo fyzicky bráněno.

Uživatelka podávala v rámci svých možností stížnosti, na které nebyly žádné reakce, popřípadě bylo personálem poukazováno na zmatenost spojenou s demencí.

Při opakovaných návštěvách rodina psychickým nátlakem vyžadovala zbavení svéprávnosti s vidinou zbavení svéprávnosti vzhledem k možnosti hospodaření s jejím majetkem bez jejího vědomí. Klientka s vizí osobních návštěv a s obavou ztráty kontaktu s rodinou souhlasila. Její finanční možnosti tak byly velice omezené, sotva stačily na základní potřeby uživatelky.

Uživatelka se během krátké doby stala imobilní, a její celkový stav se zhoršil.

4.5 Diskuze

Vztah seniora a jeho okolí je komplikovaný. Společnost nevytváří vhodné podmínky ke zkvalitnění života těchto lidí. Podpora, která je jim poskytována, nahrazuje spíše materiální pomoc. Přestože snaha o setrvání v domácím prostředí je také podporována, záleží především na jejich blízkých či rodinách o způsobu, jakým se o starého člověka, který je potřebuje, postará. Toto stanovisko je zároveň podporováno touhou po nadstandardu, který charakterizuje dnešní dobu. Nevhodné bytové podmínky, ztráta soukromí, pracovní kariéra často předčí to, co odsouvá druhého do ústraní.

Starý člověk je více či méně kriticky hodnocen podle schopností zastat nějakou činnost, což v dnešní době není snadné dokázat. S ubývajícími silami často dochází k snížení sebevědomí a sebepodceňování. Často ve snaze pomoci a ukázat svou schopnost se stanou obětí v situacích, ve kterých není snadné se orientovat ani pro někoho mladého. Ztrácí se tak to nejdůležitější. Vnímat člověka jako individualitu se všemi jejími složkami, a zaměřit se jen na její celkovou prospěšnost.

Při práci se starými lidmi je nutno respektovat jejich důstojnost, obavy, stud, vcítit se do jejich problémů, nebagatelizovat, neironizovat je, nespěchat, vymezit si čas na rozhovor s nimi.¹⁵⁴

Násilí na seniorech se stává důležitým fenoménem pro narůstající zájem kvality života seniorů.

Hlavním cílem praktické části bylo zmapování znalostí pracovníků v sociálních službách k problematice násilí na seniorech a s nimi spojené etické otázky. Zde jsem se setkala s odmítnutím ze strany vedení při řešení této problematiky. Vzniká tak dilema sekundární viktimizace oběti a stigmatizace oběti, což bylo hlavním důvodem odmítnutí podpory vedoucích pracovníků při řešení mé práci.

Stigma je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím. Zdrojem stigmatizace může být i vlastnost neviditelná, tj. v našem případě oběť násilí. Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni v různé míře odmítání v běžných každodenních situacích. Postiženým lidem snižuje sebedůvěru, jedinci jsou stresováni, mají strach.¹⁵⁵

Ochota seniorů, kteří se stali oběťmi násilí řešit, svou situaci je malá. Obavy jsou založeny také na obavách, že trestný čin označovaný jako primární viktimizace, vždy uvozuje další pochody, ve kterých jedinec vystupuje ve vynucené roli oběti. V nich se

¹⁵⁴ Srov. ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 73.

¹⁵⁵ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 19.

otvírá prostor pro sekundární viktimizaci, tj. druhotné zraňování například zveřejněním problému. Oběť se tak musí vyrovnat nejen s újmou, kterou mu pachatel způsobil, ale i s emocionálními ranami, které v této souvislosti vznikly. K sekundární viktimizaci může docházet také při kontaktu s orgány činnými v trestním řízení, ale i s postojem blízkých a okolí, jež nemusí vždy souhlasit s jeho počínáním.¹⁵⁶

Sociální pracovník musí rozhodnout, zda vzniklou situaci řešit a jak sekundární viktimizaci předejít. Důsledek jeho jednání může seniorovi ještě více ublížit. Sociální pracovník se tak setkává s dilematem, zda zasáhnout či nikoli. Měl by se vyvarovat dvou chyb. Nesmí jednat na základě bez rozmyšlení „falešného poplachu“, a tím pádem nesprávně zasáhnout, a naopak by se neměl dopustit nedbalosti a nesprávně nezasáhnout. Jediný způsob, jak se může spolehlivě vyloučit riziko, že se nechá nachytat falešným poplachem je nezasahovat vůbec. A jediný způsob, jak se vyhnout nedbalosti, je zasahovat i tehdy, může-li to být nesprávné. Čím více se sociální pracovník snaží tomuto riziku zabránit, tím je pravděpodobnější, že bude jednat nesprávně. V některých organizacích však může neoprávněný zásah vyvolat vzrušenou reakci, zatímco zanedbání, si nikdo nevšimne a naopak. Naděje, že se riziku vyhne, je pokud uvážlivě, racionálně a svědomitě posuzuje každý případ.¹⁵⁷

Ve výzkumu jsou uvedené také dvě případové studie k tématu násilí na seniorech. Jejich nalezení nebylo snadné. I toto napovídá odsouvání této problematiky do ústraní.

Přístup vedoucích pracovníků ke spolupráci na mé práci otevřelo další dilema týkající se celého zařízení. Zařízení, které se snaží násilí na seniorech řešit, však často místo vzoru pro řešení problematiky je stigmatizováno jako to, kde k násilí dochází, na rozdíl od těch, které neřešením podobných situací stigmatizaci předchází.

Často se stává, že se kolegové v této tíživé situaci od oběti odvrátí ze strachu odvetných opatření. Skutečně platí, že pokud si nějaký agresor vybere svou oběť, ostatní zaměstnanci většinou zachovají klid a raději jsou zdrženliví. Přitom by stačilo jedině svědectví, které by potvrdilo hodnověrnost oběti.¹⁵⁸

Vzhledem k neochotě spolupráce vedoucích pracovníků mi nebyly rozhovory umožněny, z čehož je vyvozena hypotéza číslo 1. „Řešení násilí na seniorech v institucionalizované přináší obavy sekundární viktimizace a stigmatizace celého zařízení“.

¹⁵⁶ Srov. ČÍRTKOVÁ, L.; VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*, s. 13.

¹⁵⁷ Srov. MUSIL, L. „*ráda bych Vám pomohla, ale*“, s. 137-138.

¹⁵⁸ Srov. HIRIGOYEN, M. *Psychické násilí v rodině a v zaměstnání*, s. 193.

Dílním cílem diplomové práce je zjistit okolnosti, které jsou spojeny s rizikem a potencionálním ohrožením násilím na seniorech v institucionalizovaných službách. Jako největší problém se ukázal nedostatek pracovníků v sociálních službách, jež má vliv na ohrožení seniora násilím, což potvrzuje i výzkum Kovaříka a Dunovského. Ti uvádí, že problematika špatného zacházení s lidmi v různých ústavních zařízeních je přímo odvislá od nedostatku financí, který je alarmující právě z hlediska sociálního a zdravotního resortu.

Personál v zařízeních ústavní péče je různorodý. Vysoké procento se týká ošetřovatelů, kterých je zhruba 45 %. Dále kuchyňský personál, který zahrnuje 12 %, následují vychovatelé a administrativní personál. Obě skupiny jsou zhruba po 8 %. Ve většině případů jsou v takovýchto zařízeních lékaři zaměstnání pouze na částečný úvazek a zahrnují 1,5 %. Nedostatek je také fyzioterapeutů, kteří zahrnují 1,5 %. Psychologů je 0,3 %, v rámci sociálních pracovníků je situace nepatrně lepší, 1,7 %. Zbytek, tj. 14 % zbývá na pomocný personál. Přímá úměra mezi nízkými příjmy v daných oblastech a špatným zacházením s lidmi zcela jistě existuje. Z výzkumu vyplynula i vysoká zátěž tohoto personálu. V průměru personál uváděl, že v průběhu ranní a odpolední směny musí jeden ošetřovatel (sestra) zabezpečit péči až pro 10 klientů, v odpolední směně dokonce okolo 25 klientů a noční směna většinou zabezpečuje péči o klienty (průměrný počet klientů na zařízení kde probíhal výzkum 70 klientů) ve dvoučlenném týmu.¹⁵⁹

Nedostatky systému ústavní péče, jako je špatně vyškolený a přepracovaný personál, nevhodný přístup ke klientům, spočívající například v tom, že jsou podrobeni tuhé disciplíně nebo se s nimi zachází příliš ochránářsky, špatný technický stav budov, v nichž jsou tato zařízení umístěna, z nichž většina byla původně určena pouze pro soběstačné uživatele, není zde dostatek prostoru pro obsluhu klienta u lůžka aj, tím mohou ztěžovat interakci mezi personálem a klienty a vést až ke zneužívání a vykořisťování klientů nebo zanedbávání péče o ně.¹⁶⁰

Dále Frank Glendenning, Paul Kingston uvádějí, že pracovníci v sociálních službách pro seniory se často potýkají s nevhodnými podmínkami pro svou práci, jejich status je často podceňován. Kompenzace tohoto stavu může narušit jeho integritu, jež se

¹⁵⁹ Srov. *Popis vymezených forem domácího násilí, analýza jejich příčin, prevence*. s. 15.

¹⁶⁰ Srov. *Zpráva generálního tajemníka o zneužívání seniorů: Komise pro sociální rozvoj jednající ve funkci přípravného výboru pro 2. světové shromáždění o stárnutí*, s. 7.

může stát i potenciálem k násilí. Avšak ani nevhodné podmínky, nedostatek personálu aj. nejsou důvodem pro omluvu tohoto jednání, přesto problém přetrvává.¹⁶¹

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala počty jednotlivých pracovníků v institucionalizované péči. Výsledkem bylo opět potvrzení této hypotézy, tj. nedostatku těchto pracovníků v několika zařízeních. Ze své vlastní zkušenosti mohu tento výsledek jen potvrdit. Nároky na pracovníka jsou často vyšší, než je schopen zvládnout. Sociální pracovník se zabývá většinou administrativou, jeho kontakt s uživatelem je omezený, proto zjištění bezpráví či ohrožení uživatele je náročné.

Výsledky neohlášené kontroly několika zařízení sociálních služeb pro seniory provedené pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv (ombudsmana) potvrzují nedostatek pracovníků přímé péče. Návštěvy v zařízeních odhalily velké rezervy, především pokud jde o pracovníky v sociálních službách, ergoterapeuty, rehabilitační pracovníky apod. Tito pracovníci sami doporučují využití nevládních a dobrovolnických organizací.¹⁶²

Dle Musila se pracovníci s problémem nedostatku času vyrovnávají tzv. zdvořilým monologem (neboli zdvořilé, „zaoblené“ nerespektování stanovisek uživatelů), jež umožňuje zamezit tomu, aby některé požadavky uživatelů nenarušovaly organizaci pracovního času personálu. Za druhé umožňuje udržet stížnosti a vyřizování nepřijemných požadavků uvnitř organizace a díky tomu omezovat pronikání stížností a návrhů uživatelů na veřejnost.¹⁶³

Druhým a zároveň posledním dílčím cílem je zmapování zkušeností pracovníků sociálních služeb s institucionalizovaným násilím, dále pak s jakou formou násilí se setkali, a jaké bylo řešení tohoto problému.

Touto otázkou se zabýval opět Kovařík a Dunovský. Ti uvádí, že v domově pro seniory se nejedná o týrání seniorů ve smyslu definice týrání. Spíše se jedná o zanedbávání, nedostatek a hrubé chyby v péči. Ale jak velký je krok od podstaty pojmu zanedbávání k obsahu pojmu týrání?

Jedná se o nepřizpůsobení podmínek provozu DpS podmínkám seniorského věku (např. pro všechny obyvatele společná hodina vydávání snídaně), nedostatek kvalifikovaného personálu – chybí společníci, sociální pracovníci, drtivá většina jsou pouze zdravotníci, nedostatečná péče a nezájem vedení DpS o prevenci syndromu

¹⁶¹ Srov. GLENDENNING, F.; KINGSTON, P. *Elder abuse and neglect in residential settings: Different national backgrounds and similar responses*, s. 14-15

¹⁶² Srov. neuveveno, *Výsledky neohlášené kontroly v zařízeních sociálních služeb pro seniory*, s. 10-11.

¹⁶³ Srov. MUSIL, L. „*ráda bych Vám pomohla, ale*“, s. 104.

vyhoření u personálu, nedostatek soukromí seniora (více lůžkové pokoje), velká okleštěnost možností realizace zájmů a zálib seniorů, nedostatečná komunikace personálu se seniory, ale také mezi seniory samotnými, nerespektování individuálních potřeb a zvláštností seniorského věku (např. stanovená hodina večerního klidu); DpS s velkou kapacitou je příčinou vzájemné anonymity jak seniorů, tak zaměstnanců; neprovázanost s terénní péčí před příchodem seniorů do DpS (nedostatek vhodných seniorských bytů v bezprostřední blízkosti DpS a komunikace okolních seniorů s DpS), jistá izolovanost DpS od okolního prostředí (ploty, vrátnice, striktní kontroly příchozích). Může se vyskytovat i sociální deprivace v rámci izolované skupiny; vystupňovaná až do podoby tzv. ostrakismu neboli situace, kdy je jedinec komunitou vyloučen, aniž by měl možnost odejít a navázat jiné kontakty.¹⁶⁴

Matoušek je toho názoru, že uživatel ústavu je neustále nucen přizpůsobovat se jednak režimu zařízení, jednak potřebám jiných obyvatel. Nemůže zhasínat ani rozsvěcet, kdy by chtěl. Nemůže nahlas poslouchat hudbu, někdy nemůže ani číst, protože je rušen činnostmi jiných. Všechny jeho projevy jsou stále pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat. Domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není.¹⁶⁵

Pokud se zamyslíme nad tématem násilí na seniorech v institucionální péči, musíme konstatovat, že velkým problémem v této oblasti je stále nedostatek informací v rámci jejího řešení, ale také nedostatek personálu a s tím spojené nepřiměřené náročnosti zaměstnání.

Na základě těchto poznatků byla stanovena hypotéza číslo 3 „Pracovníci sociálních služeb se s násilím na seniorech ve své praxi setkávají“.

Dle mého názoru záleží na přístupu všech pracovníků, kteří se na chodu zařízení podílejí. Nepřehlížet příznaky špatné péče a zvýšit tak důstojné stáří seniorům může i pracovník s nejnižším statutem. Největší úloha však připadá a vedoucí pracovníky a jejich postoji a informovanosti o tomto tématu. Uvědomění si, že spokojenost uživatelů pramení i ve spokojenosti pracovníků, vytvoření příjemného prostředí dokáže snížit riziko na minimum.

¹⁶⁴ Srov. *Popis jednotlivých forem domácího násilí, analýza jejich příčin, prevence*, s. 79-81.

¹⁶⁵ Srov. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*, s. 122

4.6 Hypotézy

Hypotéza 1

Řešení násilí na seniorech v institucionalizované přináší obavy sekundární viktimizace oběti a stigmatizace celého zařízení.

Hypotéza 2

Nedostatek pracovníků v sociálních službách má vliv na potencionální ohrožení seniora násilím.

Hypotéza 3

Pracovníci sociálních služeb se s násilím na seniorech ve své praxi setkávají.

ZÁVĚR

Senioři patří ve společnosti mezi opomíjenou skupinu lidí. Postoj ke starým lidem se změnil k horšímu, jejich hodnoty, potřeby, zájmy jsou víceméně přehlíženy. Problematika násilí je o to složitější, protože probíhá tzv. za zavřenými dveřmi, je minimálně kontrolovatelná.

Násilí páchané na seniorech probíhá ze strany rodiny a blízkých, ale i tam, kde to neočekáváme. Jedná se o domovy důchodců, seniorské domy nebo penziony či oddělení LDN aj., právě tam, kde by měla být samozřejmostí nejen základní péče, ale také zajištění jistoty, bezpečí.

Cílem mé diplomové práce bylo představit problematiku násilí na seniorech nejen z hlediska všeobecného, ale právě se zaměřením na násilí v institucionalizované péči, především pak domovech pro seniory.

V práci jsem uvedla nejen popis jednotlivých forem násilí, kde nechybí ani uchopení tématu v oblasti institucionální péče, ale věnuji se zde také jednotlivým složkám osobnosti seniora, současného postoje společnosti, které jsou důležité pro pochopení tématu. Dále se zabývám prevencí, diagnostikou a řešením tohoto problému.

Cílem mé práce nebyl pouze popis, ale také snaha o uchopení problematiky násilí na seniorech také z oblasti sociální práce a etiky, které by mohlo sloužit nejen sociálním pracovníkům k získání nadhledu při řešení v situacích ohrožení seniora.

Ke zpracování mé diplomové práce byla použita metoda sekundární analýza dat, teoretický kompilát a využití případových studií.

Cíle mé práce se podařilo naplnit pouze částečně. Ukázalo se, že zkoumání problematiky násilí v institucionalizované péči je velice složité. I přesto má práce přináší zajímavé zjištění, čímž je obava ze sekundární viktimizace oběti a stigmatizace zařízení.

Má práce by se mohla stát podnětem k dalšímu zkoumání. Řešením pro zjišťování informací od pracovníků v sociálních službách by mohlo být použití dotazníků vzhledem k jejich neosobnímu a více anonymitu zaručujícímu charakteru.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3.

BAŠTECKÁ, B. et al. *Terénní krizová práce – psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada publishing, 2005. ISBN 802470708X.

BAŠTECKÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.

Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report Nonserial Publication. Ženeva: WHO, 2008. ISBN 9789241563581.

BURELOVÁ, M. *Duchovní potřeby seniorů*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce : J. Šimek.

BURIÁNEK, J. et al. *Domácí násilí na mužích a seniorech*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-914-6 .

CAHA, A. *Autonomní morálka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0789-2.

CONWAY, H. *Domácí násilí (Příručka pro současné i potenciální oběti)*. Praha: ALBATROS, 2007. ISBN 978-80-00-01550-7.

ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. et al. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*, Praha: MPSV, 2002, ISBN neuvedeno.

ČÍRTKOVÁ, L. et al. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.

ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2207-8.

ČOK, K. *Péče a lidská důstojnost* [online]. Praha: „vydavatel neznámý“, 2009. [cit. 2011- 02-14]. Dostupné na WWW: <http://www.osobniasistence.cz>.

DIDUNYK, T. *Obyvatelé*. In *Souvislosti*, 1997, č. 2, s. 51-75. ISSN 0862-6928.

DOČKAL, J. *Člověk v současném světě*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2008. ISBN 978-80-86057-53-8.

DOSOUDILOVÁ, K., FRANCUCHOVÁ, M. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-504-1.

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

FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada publishing, 2009. ISBN 80-247-2480-5.

FIRTHOVÁ, P.; LUFFOVÁ, G. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.

FISCHER, O.; JANDEJSEK, P. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. b. n.

FISCHER, O.; MILFAIT, R. *Etika pro sociální práci* 4.vyd. Praha: JABOK - Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.

FUCHS, E. *Co dělá naše jednání dobrým?*. Jihlava: Mlýn, 2003. ISBN 80-86498-03-4.

GLENDENNING, F.; KINGSTON, P. *Elder abuse and neglect in residential settings: Different national backgrounds and similars responses*. New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 1999. ISBN 0-7890-0751-7.

GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-155-7

HAŠKOVCOVÁ, H. et al. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

HIRIGOYEN, M. F. *Psychické násilí v rodině a zaměstnání*. Praha: Academia, 2002. ISBN 80-200-0994-09.

HŮSKOVÁ, J.; KAŠNÁ, P. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2852-0.

CHADIMA, M. *Charitativní péče - dějiny a současnost: pracovní texty pro studenty Katedry náboženské výchovy a charitativní práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 9788070416327.

IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-069-6.

IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství 1.*, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.

JANKOVSKÝ, J. K. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další Vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

JEKLOVÁ, M.; REIMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0

KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. *Geriatrie a Gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLÁŘOVÁ, I., HANUŠ, P. *Sociální služby v novém*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-30-6.

KOPECKÁ, K.; KORCOVÁ, M. et al. *Zdravotnícka etika*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-278-6.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KOUKALOVÁ, S. *Ošetrovatelství - Bio-psycho-sociální model zdraví*, [online]. 29.03.2006 [cit. 2011- 02-25]. Dostupné na WWW: <http://vnl.xf.cz>.

KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. Košice: PonT, 2001. ISBN 80-967611-2-9.

KREJČÍŘOVÁ, D.; LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

KVĚTENSKÁ, D. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-860-4.

LORMAN, J. et al. *Postavení a diskriminace seniorů v České Republice. Sborník z mezinárodní konference XI. Celostátního gerontologického kongresu*. Praha: MPSV, 2006. ISBN 80-86878-52-X .

MACHALOVÁ, V.; KOUKOLA, B. *Vývojová psychologie*. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav společenských věd, 1999. ISBN 80-7248-045-6.

MARTINKOVÁ, H. et al. *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku- se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. ISBN 978-80-7338-087-8.

MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. Disertační práce. ISBN 978-80-210-4757-0.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby, Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. KOLÁČKOVÁ, J. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005
ISBN 80-7367-002-X.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MERHAUTOVÁ, I. *Co přináší nový zákon o sociálních službách. Sestra*,
2006, roč. 16, č. 7-8.

MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: Jihočeská
univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-
7394-074-4.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada Publishing, 2005.
ISBN 80-247-1025-0.

MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova
univerzita, Lékařská fakulta, 2002. ISBN 80-210-3018-6.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada publishing, 2005.
ISBN 80-247-1024-2.

MÜHLPACHR, P.; STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno:
Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.

MUSIL, L. „ráda bych Vám pomohla, ale“. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-
903070-1-9.

*Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve
stáří)*, [online]. Praha : MPSV, 01.08.2008 [cit. 2010- 12-20]. Dostupné na WWW:
<http://www.mpsv.cz>.

NEČASOVÁ, M. Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy. 3 In *Sociální práce/Sociálna práca*, Brno: ASVSP, 4/2004, 4.

NERENBERG, L. *Elder Abuse Prevention: Emerging trends and promising strategies*. New York: Springer, 2007. ISBN 9780826103277.

OLÁH, M. et al. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. ISBN 80-969449-6-7.

ONDOK, J. K. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-486-1.

PELCOVÁ, N., PEŠKOVÁ, J., PROKEŠ, V., SEMRÁDOVÁ, I. *Základy společenských věd. III. díl. Péče o jazyk a komunikaci (Péče o logos jako smysluplnou řeč)*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-28-7.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

SADLER, P. *Zneužívání seniorů* [online]. poslední aktualizace 23. 3. 2011 [cit. 2011-01-10]. Dostupné na WWW: <http://www.agedcare.org.au/>.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec: TUL, 2008. ISBN 978-80-7372-323-1.

SÝKOROVÁ, D.; ŠIMEK, D. et al. *Třetí věk trojí optikou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-224-914-1006-0.

STUART-HAMILTOM, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SVOBODOVÁ, K., J. *Dostupnost institucionální péče o seniory z regionálního pohledu* [online]. Praha: Demografické informační centrum, 15.09.2008 [cit. 2011- 02-24]. Dostupné na WWW: <http://www.demografie.info/>?

ŠIMKOVÁ, M., CHOVANEC, T., HRUŠKOVÁ, M. Problematika špatného zacházení se seniory. In *Kontakt*. České Budějovice: JU ZSF, 2005. ISSN 1212-4117.

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak ho zvládnout*. Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

TOMEŠ, I. *Sociální politika a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: SOCIOKLUB, 2001. ISBN 80-86484-00-9.

TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2002. ISBN 80-238-9505-2.

TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al. *Domácí násilí a zdravotně postižení. Sborník příspěvků mezinárodní konference*. Praha: Centrum denních služeb, 2005. ISBN 80-903519-2-1.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat. Učebnice metod sociální práce*. Písek: Renesance 1996.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

VYKOPALOVÁ, H. et al. *Násilí na seniorech. Sborník z příspěvku pracovního semináře.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. PF. 2002. ISBN 80-244-0409-5.

VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* Praha: Triton. 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

Zákon č. 2/1993 Sb. - Listina základních práv a svobod

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

ZIMMELOVÁ, P.; BURIÁNEK, J. et al. *Domácí násilí na mužích a seniorech.* Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-914-6.

Zpráva generálního tajemníka o zneužívání seniorů: Komise pro sociální rozvoj jednající ve funkci přípravného výboru pro 2. světové shromáždění o stárnutí. New York, OSN, 2002.

ZVĚŘINOVÁ, J. *Informovanost odborné veřejnosti o násilí páchaném na seniorech.* Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce: PhDr. Marie Macková.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I. - Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

PŘÍLOHA II. - Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy

PŘÍLOHA III. - Evropská charta pacientů seniorů

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA I. - Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

1. Etické zásady

1.1 Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1.2 Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1.3 Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4 Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5 Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2.1 Ve vztahu ke klientovi

- Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.
- Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.
- Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

- Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.
- Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.
- Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.
- Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2.2 Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

- Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.
- V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.
- Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2.3 Ve vztahu ke kolegům

- Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

- Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.
- Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2.4 Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

- Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.
- Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.
- Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.
- Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
- Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
- Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2.5 Ve vztahu ke společnosti

- Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
- Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
- Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
- Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštěm zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
- Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.
- Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a

vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů - při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,

- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili

etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.
2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.
3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

PŘÍLOHA II. - Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy

Návrh přijatý valným shromážděním IFSW

(Mezinárodní federace sociálních pracovníků),

Adelaide, Austrálie, 29. 9. - 1. 10. 2004

1. Úvod

Etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby nabízené uživatelům služeb sociální práce.

2. Definice sociální práce

Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.

3. Mezinárodní konvence

Mezinárodní deklarace a úmluvy o lidských právech vytvářejí obecné standardy a poukazují na práva, která jsou globální společností akceptována. Dokumenty relevantní pro praxi sociální práce jsou:

- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace
- Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen
- Úmluva původních domorodých obyvatel (11,0 konvence 169)

4. Principy

4.1 Lidská práva a lidská důstojnost

Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho každého člověka. To znamená:

1. Respektovat právo na sebeurčení - sociální pracovníci respektují a podporují právo lidí na provádění vlastních výběrů a rozhodnutí, nezávisle na jejich hodnotách a životních rozhodnutích, za předpokladu, že to neohrozí práva a legitimní zájmy druhých.
2. Podporovat právo na participaci - sociální pracovníci podporují plné zapojení a účast lidí, kteří používají jejich služby, takovými způsoby, aby mohli dosáhnout zmocnění ve všech aspektech rozhodování a jednání, které ovlivňuje jejich život.
3. Jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí - sociální pracovníci se zajímají o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů života člověka.
4. Identifikovat a rozvinout silné stránky - sociální pracovníci se zaměřují na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit, a tak podporují jejich zmocnění.

4.2 Sociální spravedlnost

Sociální pracovníci mají povinnost podporovat sociální spravedlnost ve vztahu ke společnosti obecně i ve vztahu k lidem, se kterými pracují. To znamená:

1. Čelit negativní diskriminaci - sociální pracovníci mají povinnost čelit negativní diskriminaci na základě takových charakteristik, jako jsou schopnosti, věk, kultura, rod nebo pohlaví, rodinný stav, socioekonomický status, politické názory, barva pleti nebo jiné fyzické charakteristiky, sexuální orientace nebo duchovní přesvědčení.
2. Uznat diverzitu - sociální pracovníci rozpoznávají a respektují etnickou a kulturní rozdílnost ve společnostech, kde pracují, berouce při tom v úvahu individuální, rodinné, skupinově a komunitní odlišnosti.
3. Spravedlivě distribuovat zdroje - sociální pracovníci zaručují, že zdroje, které mají k dispozici, jsou rozdělovány spravedlivě ve shodě s potřebami.
4. Čelit nespravedlivé politice a praktikám - sociální pracovníci mají povinnost upozorňovat své zaměstnavatele, tvůrce politik, politiky samotné a veřejnost na situace, kdy lidé žijí v chudobě, když zdroje nejsou adekvátní nebo když rozdělování zdrojů, politika a praxe jsou utlačující, nespravedlivé nebo škodlivé.
5. Pracovat na základě solidarity - sociální pracovníci mají povinnost čelit sociálním podmínkám, které přispívají k sociálnímu vyloučení, stigmatizaci nebo útisku, a pracovat pro sociální inkluzi.

5. Profesionální jednání

Národní členské organizace IFSW mají povinnost rozvíjet a pravidelně aktualizovat svoje vlastní etické normy nebo etické směrnice tak, aby byly konzistentní s prohlášením IFSW. Národní organizace mají také povinnost informovat sociální pracovníky a vzdělavatele v sociální práci o těchto normách a směrnicích.

Sociální pracovníci by měli jednat v souladu s etickým kodexem nebo směrnicemi, které platí v jejich zemi. Tyto budou obvykle zahrnovat detailnější pravidla v etické praxi specifická podle národního kontextu. Následující obecná doporučení pro profesionální jednání se týkají toho, že: 1. Od sociálních pracovníků se očekává, že budou rozvíjet a udržovat požadované dovednosti a kompetence v oblasti své práce.

2. Sociální pracovníci nedopustí, aby jejich dovednosti byly využity k nehumánním účelům, jako je například mučení nebo terorismus.

3. Sociální pracovníci jednají bezúhonným způsobem. To zahrnuje nezneužívání vztahu důvěry s lidmi, kteří užívají jejich služby, rozeznávání hranice mezi osobním a profesním životem a nezneužívání svého postavení pro osobní obohacení nebo zisk.

4. Sociální pracovníci jednají s lidmi, kteří používají jejich služby, s účastí, empatií a péčí.

5. Sociální pracovníci nepodřizují potřeby a zájmy lidí, kteří užívají jejich služby, svým vlastním potřebám a zájmům.

6. Sociální pracovníci mají povinnost učinit nezbytné kroky v profesionální i osobní péči o sebe na pracovišti i ve společnosti s cílem zajistit, aby byli schopni poskytovat odpovídající služby.

7. Sociální pracovníci zachovávají důvěrnost informací, které se týkají lidí užívajících jejich služby. Výjimky mohou být odůvodněny pouze na základě vyššího etického požadavku (jako je například ochrana života).

8. Sociální pracovníci vyžadují uznání toho, že jsou zodpovědní za své jednání vzhledem k lidem, se kterými pracují, vzhledem ke kolegům, zaměstnavatelům, profesní asociaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

9. Sociální pracovníci mají povinnost spolupracovat se školami sociální práce, aby podpořili studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

10. Sociální pracovníci iniciují a zapojují se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a jsou odpovědni za to, že jejich rozhodnutí budou eticky podložena.

11. Sociální pracovníci jsou připraveni uvést důvody svých rozhodnutí, založených na etickém rozvažování, a jsou odpovědni za svoje volby a jednání.

12. Sociální pracovníci pracují na vytváření takových podmínek ve svých zaměstnavatelských organizacích i ve své zemi, aby principy tohoto prohlášení i principy jejich národního kodexu

(existuje-li) byly diskutovány, hodnoceny a prosazovány.

PŘÍLOHA III. - Evropská charta práv pacientů seniorů

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče. Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otvírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo Jemu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější.

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v

zájmu hladkého průběhu léčení

- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta... Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.

11. Respítní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy

- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEPa České Alzheimerovské společnosti.

ABSTRAKT

FIRICOVÁ, A. *Vybrané etické souvislosti násilí na seniorech z hlediska pracovníků sociálních služeb*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.

Klíčová slova: stáří a stárnutí, demografie, ageismus, násilí, sociální služby, sociální práce, etika.

Diplomová práce se zabývá etickými souvislostmi násilí na seniorech z hlediska pracovníků sociálních služeb. Teoretická část se věnuje problematice stáří a stárnutí v současné společnosti. V další kapitole je představeno násilí, s důrazem na institucionální násilí. Třetí kapitola reflektuje téma násilí z pohledu sociální práce a etiky.

Cílem praktické části bylo zmapování znalostí a postojů pracovníků v sociálních službách k problematice násilí na seniorech a zjištění okolností, které se podílejí na potencionálním ohrožení seniora násilím v institucionalizované péči. Dále tato část obsahuje základní empirické výsledky studií a případové studie.

ABSTRACT

FIRICOVÁ, A. Selected ethical context of violence against seniors in terms of social workers. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.

Key words: age and aging, demographics, ageism, violence, social services, social work ethics.

This dissertation deals with the ethical context of violence against seniors in the point of view of social workers. The theoretical part devotes with problems of old age and aging in contemporary society. The next section presents the violence, with an emphasis on institutional violence. The third chapter reflects the theme of violence from the perspective of social work and ethics.

The target of the practical parts was to map out knowledge and attitudes of workers in social services for violence against seniors, and to establish the circumstances that contribute to the potential threat of violence in the institutionalized elderly care. This part contains the basic results of empirical studies and case studies.