

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Syndrom EAN – Špatné zacházení se seniory

Bakalářská práce

Jméno autora: Jiřina Hanzelová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Petra Zimmerlová

14.5. 2007

Abstract

EAN Syndrom – Elder Abuse and Neglect

Thesis named „EAN Syndrom – Elder Abuse and Neglect“ is divided into two parts, they are theoretical and research ones. The theoretical part defines the torture and abuse, the syndrome of the maltreatment with seniors (EAN), the domestic violence, the institutional care, ageing, etc..These definitions are followed by the legislation containing legal amendments concerning the torture and abuse. The thesis also includes the statistical data showing the situation of the senescent population, risk factors and causis of ageing together with its kinds. In this theme, I discuss types of senior abuse, signs and symptoms, causes, instructions for reporting elder abuse, getting help for the abused or the abuser, and prevention of elderly abuse.

The research part be composed of quantitative method by means: two questionnaires and secondary analysis. The first questionnaire was created for professional caregivers and the second was created for seniors in institutions. The methodology states how to recognise the neglect of seniors and which situation is actual in geriatric institutions in Carlsbad country. The methodology of questionnaire show how work professional caregivers with seniors and show situation about home violence. Secondary analysis was compared with publicly available data from USA.

By means of the questionnaires I found out the information on the kinds of the maltreatment with seniors: physical abuse of the elderly, emotional abuse of the elderly (psychological or verbal), neglect or abandonment of elders by caregivers, financial exploitation of seniors (elder financial abuse), healthcare fraud or healthcare abuse of the elderly. Specific questions concerning problems in the field of the help – the prevention of the maltreatment with seniors and of ageing and the professional help.

Research confirm hypothesis that abuse of the elderly can occur in the elder's home and elderly people may be more vulnerable to abuse than others because of social isolation and mental impairment. EAN leave the consequences on mental health and emotions.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Syndrom EAN – Špatné zacházení se seniory vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích 28.5. 2007

Jiřina Hanzelová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své konzultantce Mgr. Petře Zimmerlové za citlivý přístup a cenné rady, které mi poskytla při zpracovávání této bakalářské práce. Zároveň chci poděkovat mému manželu Davidovi za nekonečnou trpělivost a shovívavost. Děkuji, že po celou dobu studia mi byl velkou oporou.

Obsah:

Úvod	strana
1. Současný stav dané problematiky	9
1.1. Vymezení základních pojmů	9
1.2. Stáří	10
1.2.1. Stáří jako problematika biopsychosociální.....	10
1.2.1.1. Stáří z pohledu biologického a sociálního.....	10
1.2.1.2. Stáří z pohledu psychologického.....	11
1.2.1.3. Pravé stáří z pohledu duchovního.....	12
1.2.2. Demografie stáří.....	12
1.3. Ageismus	13
1.3.1. Zdroje ageismu.....	14
1.3.2. Ageismus a vlastní sebepojetí.....	15
1.4. Syndrom EAN - Elder Abuse and Neglect	15
1.4.1. Fyzické násilí.....	15
1.4.2. Psychické násilí.....	16
1.4.3. Ekonomické násilí.....	17
1.4.4. Sociální násilí.....	18
1.4.5. Sexuální násilí.....	18
1.4.6. Vlastní zanedbávání péče o sebe sama (self-neglect).....	19
1.4.7. Násilí na seniorech v rodině.....	19
1.5. Syndrom vyhoření (Burnout syndrom)	20
1.6. Hlavní zásady rezoluce OSN č. 46/91	21
1.7. Evropská charta pacientů seniorů	22
1.8. Možnosti legislativy ČR v řešení otázky Syndromu EAN	22
1.8.1. Zákon o přestupcích č. 200/1990 ve znění pozdějších předpisů...	22
1.8.2. Trestní zákon č. 140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů.....	22
1.8.3. Zákon na ochranu před domácím násilím č. 135/2006 Sb.....	25
1.8.4. Zákon o sociálních službách č. 180/2006 Sb.....	27
1.8.5. Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů.....	28

1.9. Na koho se obrátit v případě podezření na špatné zacházení se seniorem v ČR.....	28
1.9.1. Interdisciplinární týmy.....	28
1.9.2. Bílý kruh bezpečí (BKB).....	29
1.9.3. Linka DONA.....	29
1.9.4. Občanské sdružení Život 90.....	29
1.9.5. Občanské sdružení ROSA.....	30
1.9.6. Český helsinský výbor (ČHV).....	30
1.9.7. Občanské sdružení Senior.....	30
1.9.8. Nadační fond Elpida a Zlatá linka seniorů.....	31
1.9.9. Poradna pro oběti násilí, týrání a zneužívání ELPIS.....	31
1.10. Síť zařízení na pomoc seniorům v Karlovarském kraji.....	32
1.10.1. Res Vitae.....	32
1.10.2. Středisko pečovatelské služby a rodinného poradenství.....	33
1.10.3. Farní charita Karlovy Vary.....	33
1.10.4. Agentura domácí zdravotní péče s křesťanským posláním.....	33
1.10.5. Intervenční centrum Karlovarského kraje.....	34
2. Cíl práce a hypotézy	35
2.1. Cíl práce.....	35
2.2. Hypotézy.....	35
3. Metodika.....	37
3.1. Použitá metoda.....	37
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4. Výsledky.....	38
4.1. Výsledky dotazníku pro odborný personál.....	38
4.2. Výsledky dotazníku pro seniory.....	46
4.3. Sekundární analýza dat.....	52
5. Diskuse.....	56
6. Závěr.....	62
7. Seznam použité literatury.....	63

8. Klíčová slova.....	67
9. Přílohy.....	68

Úvod

Motto:

*Veliká láska, láska bez výhrad, láska celého člověka
k celému člověku nemůže pominout léty ani smrtí.*

(Tomáš Garrique Masaryk)

Otázka špatného zacházení se seniory včetně týrání, zneužívání a zanedbávání ze strany rodinných příslušníků anebo profesionálních pracovníků byla dlouho na pokraji zájmu.

Z pohledu celé řady lidí jsou senioři přítěží, jsou pomalí, péče o ně je drahá, pro mnohé z mladé generace jsou nezajímaví. Je jich navíc mnoho a do budoucna budou stát čím dál víc peněz. Navíc lidé v produktivním věku nejsou ochotni přemýšlet o svém stáří, myšlenky na stáří vytěsňují na okraj pozornosti. Z toho vyplývá, že nám chybí schopnost se do nároků a problémů života seniorů vcítit, chápat je, mít o ně zájem a respektovat je.

Snižování celkové úmrtnosti a prodlužování lidského života způsobilo, že do nového tisíciletí jsme vstoupili jako nejstarší populace z historie celého lidstva. Senioři tvoří dnes 17-22% evropské populace a během dalších 50 let se tento poměr zvýší na 25-30%. Na tento nový jev však ještě není společnost připravena. Je jenom na nás, jak s touto problematikou naložíme. Vždyť i my, kteří jsme teď mladí a v plné síle, budeme jednou staří a nemocní a možná také odkázaní na pomoc druhého člověka. Nebudme tedy lhostejní, zamysleme se. Naučme si vážit života starých lidí. Vždyť jsou to právě oni, kteří nám mohou předat moudrost, zkušenosti a určitý nadhled. Vždyť jsou to právě oni, kteří se mohou podílet na spoluutváření historie a podat nám ji v širším kontextu, ať jako svým dětem, svým vnoučatům či jako přátelům nad hrnkem čaje u jednoho stolu.

1. Současný stav dané problematiky

Špatné zacházení se seniory není historicky novým fenoménem ve společnosti. Připomeňme si ponižování a ústrky výměnkářů, nedůstojné podmínky ve starobincích a chudobincích a v uzavřených psychiatrických léčebnách. V současné době však fenomén špatného zacházení nabývá nových podob. Novým v této problematice je také měnící se pohled a postoj k ní. Novou je i větší snaha a ochota pomoci, realizující se vznikem nových iniciativ (Bílý kruh bezpečí a Krizová centra) a seriózní výzkum fenoménů týrání seniorů(30).

Současná společnost klade vysoko na žebříček hodnot právo na sebeurčení a nezávislost. Z iniciativy České gerontologické a geriatrické společnosti je publikována Evropská Charta práv pacientů seniorů. Otázky špatného zacházení se seniory byly dlouho na pokraji zájmu. Přitom s některou z forem špatného zacházení se můžeme setkat u 3-5% staré populace, což v České republice představuje asi 60 000 týraných seniorů(30).

1.1. Vymezení základních pojmů

Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek.

V roce 1997 u nás poprvé došlo k převaze populace starší 60 let nad dětskou složkou populace a tato převaha se od té doby stále zvětšuje. Podíl osob starších 60 let se sice od roku 1991 zvýšil jen o 1,3 %, ovšem při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití můžeme nárůst i nadále očekávat. Mimoto, nejenže se do budoucna výrazně zvýší počet osob v důchodovém věku, ale zároveň se změní i věková skladba starší populace: vzroste podíl osob starších 80 let, tedy těch, u kterých lze předpokládat vyšší potřebnost sociální a zdravotní péče. Kolik je v populaci obyvatel ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let vyjadřuje *index stárí*.

1.2. Stáří

je posledním vývojovým ontogenetickým obdobím v životě člověka. Jde o *biologický proces*, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince. Podle návrhu WHO z r. 1980 se za stáří označuje věk od 60 let výše, přičemž se vychází z kalendářního věku:

60-74 let- rané stáří (senescence)

75-89 let – vlastní stáří (senium)

90 let a výše- dlouhověkost **(15)**

1.2.1. Stáří jako problematika biopsychosociální

1.2.1.1. Stáří z pohledu biologického a sociálního

Biologické stárnutí postihuje celý organismus. Znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a jejich buňkách. Ty se u člověka projeví mj. omezováním hybnosti, výkonnosti a výdrže, sníženou imunitou; klesá frustrační tolerance, zhoršuje se paměť, myšlení a funkčnost smyslových orgánů. Byl navržen velký počet teorií, které se pokoušejí vysvětlit podstatné příčiny těchto změn. Změny, které v tomto období v organismu nastávají jsou fyziologické a nejsou to nemoci **(21)**.

Vlastní průběh stáří závisí zejména na zdravotním stavu a *sociálních okolnostech* (tyto faktory jsou zase do značné míry výsledkem dosavadního způsobu života a působení vrozených dispozic). Průběh stáří významně ovlivňuje míra společenské izolovanosti člověka - tedy zda má partnera, přátele a neignorující děti a vnoučata. Důležitým faktorem je rovněž existence nějakých zájmů a v neposlední řadě také soběstačnost a schopnost aktivního přístupu k životu. Pasivní a nečinný jedinec se cítí opuštěný, svoji pozornost obrací k vlastní osobě a soustředí se tak převážně na své problémy.

Kontakt s potomky je charakterizován rostoucí závislostí jak fyzickou tak

psychickou. Význam partnera roste, protože staří lidé jsou nuceni trávit spolu více času. Je zdrojem bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Nemoc či smrt partnera je proto výrazným stresorem. Ovdovění vede k pocitu osobní zbytečnosti. Součástí identity je opět rodina, zachovalé kompetence a role či zisky, kterých dosáhl v minulosti. Smrt může být očekávána jako ohrožení vlastní identity(21). Úkolem všech, kteří o seniory pečují a žijí s nimi, je umožnit seniorům žít aktivní život. Snažit se upravovat prostředí tak, aby byli co možná nejvíce nezávislí a samostatní. Podporovat je v jejich rozhodnutích a respektovat jejich autonomii.

1.2.1.2. Stáří z pohledu psychologického

Osobnost starého člověka je založena, stejně jako u člověka mladého, na jednotě tělesné konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích. Je ovšem výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současně adaptace na jeho nynější obtíže vyššího věku.

Člověk se konstruktivně vyrovnává s realitou vyššího věku, ale je stále aktivní, má radost ze života a z vřelých citových vztahů k blízkým lidem. Plně si uvědomuje možnosti svých výkonů, akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji beze strachu. Je snášenlivý, v myšlení pružný, dovede si v mnohém najít potěšení a dovede prosazovat své zájmy. V anamnéze takových lidí zpravidla nacházíme šťastné dětství, manželství i rodičovství (6).

Lidé závislého typu mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech, raději se na druhé spoléhají více nežli na vlastní síly. Rádi se zbavují odpovědnosti, mnohé úkoly přenechávají mladším a uchylují se do svého soukromí. Muži přenechávají rozhodování ženám, které tak získávají na dominanci, již ve svém dětství zpravidla poznávaly u svých matek. Tato strategie je také vcelku sociálně přijatelná.

Hostilní lidé jsou velmi nepřátelští, mají sklon uvalovat vinu za své nezdary na ostatní. Jsou často agresivní a podezřívaví, stále si na něco stěžují.

Lidé se sklonem k agresivitě obracejí agresivitu proti sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, svůj prožitek života pocítují jako naprosté selhání. V anamnéze můžeme nalézt ambivalentní vztahy ke svým rodičům, neuspokojivý manželský život a pocity osamění a neužitečnosti. Smrt pojmají jako milosrdné vysvobození(21).

1.2.1.3. Pravé stáří z pohledu duchovního

Na počátku období stáří bývá ještě potřeba seberealizace a užitečnosti velmi silná. Později vstupuje do popředí spíše potřeba *emočního zakotvení a pozitivního přijetí* v okruhu blízkých. Zejména v pravém stáří jsou lidé mnohdy méně zaujati událostmi okolního světa a jsou soustředěnější na sebe a své problémy. V ústavních zařízeních pro seniory by mělo být úkolem psychoterapie vyvést je z osamění a sociálního vyloučení (21).

Člověk zůstává tvořivým po celý svůj věk. Jde tedy o motivaci člověka a entuziasmus. K uspokojení duchovní stránky jsou někteří senioři schopni učit se cizím řečem i v pokročilém věku, dnes je moderní práce na počítači a jiné způsoby využití volného času. Taková činnost seniora uspokojuje, zároveň je i prevencí sociálního vyloučení a slouží k dalšímu osobnostnímu růstu, zrání a moudrosti(21).

Duchovní péče o umírající

V této době má umírající člověk stále méně tělesné energie. Ve snech, v polospánku i v bdění se ohlíží za svým životem a bilancuje. Někdo koná tato ohlédnutí v tichosti, zcela sám pro sebe, někomu zase pomáhá tichá spoluúčast jiné osoby. V takovém případě hledá prostor, ve kterém by se mohl on sám setkat se svým životem, se svými vzpomínkami. Nabídněme tedy tichou účast, která mu umožní nechat vzpomínky vstupovat a vystupovat. Může se také stát, že umírající právě v tuto dobu objevuje ve svém životě nové souvislosti, řád a smysl. Události ukazují jedna na druhou a staré radosti i staré viny mohou být pochopeny v nových pohledech a v novém významu (27).

Někteří příbuzní mají pocit viny, jestliže nebyli v okamžiku smrti u umírajícího, protože třeba telefonovali, připravovali něco k jídlu nebo museli odcestovat. Mají potom pocit: Ted' jsem druhého nechal napospas, právě v nejdůležitější chvíli jsem ho nechal samotného. Proč jsem jen tady nezůstal? Proč jsem to nepředvídal? Zkušenost ukazuje, že umírající často odchází, když je sám. Snad je tak pro něj lehčí odloučit se od světa a od milovaných osob (27).

1.2.2. Demografie stáří

Věk, kterého se člověk pravděpodobně dožije, pokud se nezmění úmrtnostní

poměry, se nazývá *life expectancy* (střední délka života). Tento ukazatel se od počátku minulého století výrazně prodloužil. S prodlužující se délkou života dochází postupně ke stárnutí populace. Je také nutno poukázat na zajímavý fakt: *vzniká nepoměr mezi počtem starých mužů a žen*. Žen je věku nad 80 let 2,5krát více než mužů. Zřejmě k tomu přispívá odlišný životní styl, více pohybu a v neposlední řadě i hormonální příčiny. Ženy jsou do období menopauzy chráněny estrogeny před srdečně cévními chorobami a před aterosklerózou. Ovšem s nárůstem počtu seniorů v populaci se zvyšuje i počet těch, kteří jsou chronicky nemocní, duševně nemocní, invalidní a tím i závislí na péči druhých lidí ať z řad profesionálních pečovatelů či jejich blízkých.

Moderním cílem je snaha o udržení seniora v aktivitě, soběstačnosti a co nejdéle v jeho obvyklém (domácím) prostředí. Není-li senior již schopen o sebe se postarat, dochází k jeho závislosti na okolí a je tedy třeba využít nabídky různých služeb v závislosti na charakteru onemocnění. Nejdůležitější zásadou je *vzájemné propojení* péče zdravotnické i sociální, souhra profesionálů v obou oblastech tak, aby tyto dvě služby na sebe vzájemně navazovaly.

1.3. Ageismus

Jako první termín ageismus použil Robert Butler, americký psychiatr, první ředitel National Institut on Aging v USA, v r. 1969, který se jako jeden z prvních začal zabývat problematikou stereotypizace a diskriminace lidí na základě pokročilého věku.

Dnes je termín ageismus definován širě. Jak uvádí T. Tošnerová, ageismus zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. Hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené(29).

Jak uvádí encyklopedie Diderot, verze 2002, je ageismus věková diskriminace postihující především staré lidi, může vést k věkové segregaci, vyčleňování ze společnosti, je podporován ekonomicko-sociálními problémy a společenskými představami podceňujícími stáří(1).

1.3.1. Zdroje ageismu

K negativním stereotypům a mýtům o stáří vedou čtyři hlavní zdroje:

1. *Strach ze smrti:* Smrt není viděna jako přirozená a nevyhnutelná část lidského života. Lidé si jen velmi neradi připomínají vlastní smrtelnost. Smrt a stáří jsou často vnímány jako synonymum. Umírání je plné bolesti, osamění a nepochopení. Umírající člověk osoby, jež jej mají rády, potřebuje. Starajícím se osobám pomáhá tato zkušenost vyrovnat se se smrtí blízké osoby. Dítě, které vidí rodiče pečovat o babičku nebo dědečka si vytváří v rodičích svůj vzor. Je pravděpodobné, že podobným způsobem bude schopno sloužit svým rodičům a jiným blízkým lidem. **(22).**
2. *Důraz na mládí a fyzickou krásu:* Senioři bývají ignorováni. Západní kultura propaguje mladost, krásu, zdraví. S přibývajícím věkem se bojí především ženy, že o krásu přijdou. Pak je půda připravena pro termíny negativního stereotypu, jako bába, babizna, stará pixla, scvrklý dědek, fosílie... Bohužel s obdivem a úctou ke stáří se setkáváme jen v některých kulturách. Například v Japonsku se ve vráskách a stříbrných vlasech odráží moudrost, zkušenost a dlouhá léta služby. **(29).**
3. *Důraz na ekonomický potenciál a produktivitu:* Lidé v produktivním věku vnímají seniory jako přítěž, závazek a finanční dluh. Díky zdravotnímu stavu či duševní chorobě je v mladých lidech zakotvena představa, že senioři nejsou schopni pokračovat v práci a pakliže ano, je jejich práce neproduktivní. Tato představa bývá častou příčinou diskriminace při zaměstnávání lidí v předdůchodovém či důchodovém věku. Opak často bývá pravdou. Pracující senioři jsou obvykle za svoje zaměstnání šťastni, bývají k zaměstnavateli daleko loajálnější a své pracovní pozice si dovedou více vážit **(29).**
4. *Skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu:* V české společnosti dosud převládá představa, že staří a nemocní lidé by měli být institucionalizováni. Ale až 90% seniorů starších 65 let v ČR je schopno se o sebe postarat, ač s pomocí rodiny, přátel či neziskových organizací. Je zapotřebí zdůraznit, že je nutné zejména podporovat seniory v soběstačnosti v maximální možné míře v domácím prostředí.

1.3.2. Ageismus a vlastní sebepojetí

Senioři vystavení předsudkům a diskriminaci s postupujícím věkem procházejí třemi hlavními stádii:

I. stádium: Etiketizace jednotlivce na základě mínění okolí, která způsobuje ztrátu jeho původní role (např. nálepka důchodce, vdova, vdovec apod.).

II. stádium: Závislost na nálepce okolí. Je-li nálepka negativní, rozvíjí se postupně ztráta sebeúcty.

III. stádium: Přebírání negativních postojů a rozvoj závislé role seniora. Senior se označuje za nemocného, neschopného a nekompetentního.

1.4. Syndrom EAN - Elder Abuse and Neglect

Termín Syndrom EAN pochází z USA, v češtině jej lze přeložit jako špatné zacházení s osobami staršími 60 let nebo celkově oslabenými postupujícím věkem či tělesným anebo psychickým postižením, kdy jsou tyto osoby vystaveny některému z následujících působení: *tělesné týrání, materiální a ekonomické týrání, emocionální týrání, psychické vydírání, sexuální zneužívání, zanedbávání a opuštění(30).*

Jako jedna z prvních u nás mapuje situaci MUDr. Tamara Tošnerová z Ústavu lékařské etiky 3. LF UK. Její poznatky vycházejí z výzkumu v USA z National Center on Elder Abuse, r. 1996. Tošnerová se zabývá skutečnou podstatou syndromu EAN, příčinami a důsledky špatného zacházení, ale zdůrazňuje, že v ČR dosud chybí monitoring a validní data, která by napomohla více zainteresovat nejen odbornou veřejnost v tomto, dosud opomíjeném problému.

1.4.1. Fyzické násilí

Jde o vědomé způsobování fyzické bolesti, zraňování anebo bezdůvodné fyzické omezování seniora. Následkem takového jednání mohou být zlomeniny, otoky, škrábance, bodná a řezná poranění, popáleniny (zejm. na neobvyklých místech), podlitiny (často na zápěstí po opakovaném třesení a držení, anebo na trupu). Neobvyklé nejsou ani stopy po kousnutí, otisky opasku anebo prstů. S takto poznamenanými osobami se můžeme nejčastěji setkat při příjmu nemocných k hospitalizaci, ale nezdíždka tomu může být i v domovech důchodců, v nemocnicích,

zejm. tam, kde nejsou k dispozici sociální lůžka, a senioři, ač svým zařazením dle zdravotního stavu nepatří do nemocnic, přesto zde leží i dlouhé týdny, neboť v rodině či jiném zařízení pro ně zkrátka není místo. V ústavních zařízeních se můžeme setkat s těmito formami fyzického násilí: kurtování (omezování pohybu), nedostatek tekutin a potravy, vystavování chladu (necitlivé otevírání oken, transport spoře oděného pacienta na vyšetření), bití, netlumení bolesti, tzv. *mistreatment* neboli nevhodné zacházení. Jak uvádí Kalvach, *nedostatek personálu není eticko právním zdůvodněním aplikace omezovacích prostředků (19)*.

1.4.2. Psychické násilí

Jde o jeden z nejhůře odhalitelných způsobů špatného zacházení. Nejčastěji se jedná o ponižující výroky, sekýrování, vyhrožování, odloučení osoby od rodiny nebo přátel. Senior se za takové jednání, zejména ze strany rodiny, velice stydí a nebývá ochoten o tom mluvit. O to jsou pro něj následky těžší. Takoví senioři často trpí depresi, poruchami spánku, zmateností a přehnaným strachem. Všimnout si můžeme též nezájmu o sebe sama, úzkosti, agitovanosti. Takoví lidé se často stáhnou do sebe, mohou se zabývat suicidiálními myšlenkami a nakonec i rezignovat.

U takové osoby můžeme pozorovat některé neobvyklé změny chování: senior častěji navštěvuje větší množství lékařů, protože nedovede vzniklou situaci řešit správně. Tápe, na koho se obrátit. Anebo naopak řadu dní nevyhledá žádnou odbornou pomoc, utápí se sám ve svém stesku a úzkosti, má pocit izolace. Nedokáže se svěřit nikomu, natož odborníkům. Před členy rodiny může vypadat ustrašeně. Svoji krizi může řešit alkoholem či závislostí na medikamentech, zejm. anxiolyticích. Takový člověk často končí na psychiatrii hospitalizovaný s úzkostmi, závislostí a depresi.

Setká-li se senior se známky psychického týrání ze strany profesionálního pečovatele, ze strachu projevuje obavu a nechut' o tom mluvit před nadřízeným pracovníka, jeví se pak jako „obtížný pacient“, který naopak může zdravotníky začít slovně napadat. Tady je na řadě odborná pomoc a profesionalita zdravotníků i jiného personálu. Situaci je třeba řešit ihned, třeba i za pomoci řady odborníků (psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka atd.).

1.4.3. Ekonomické násilí

Ekonomickým násilím je nejčastěji myšleno neoprávněné vymáhání finančních prostředků, vymáhání sepsání závěti, popřípadě změny v závěti, vymáhání převodu nemovitosti, převodu majetku a dále neochota rodiny spolufinancovat zdravotnickou péči. Lze sem též zahrnout neochotu osob, disponujících financemi seniorů, hradit náklady na ošacení, jídlo a další. **(38).**

Seniora podrobeného ekonomickému násilí lze poznat nejčastěji podle nepřesné a zmatené povědomosti o vlastních financích, dále náhlé neschopnosti platit účty, nakupovat věci denní potřeby, obavy až strachu mluvit o penězích. Takový člověk zcela nevysvětlitelně převádí majetek jiným osobám (často pod nátlakem a bez svobodného rozhodnutí). Členové rodiny se mohou až nepřiměřeně zajímat o majetek starší osoby.

Příčiny:

1. Vkořeněný model ve společnosti: rodiče nesou stále finanční zodpovědnost za svoje děti
2. Chyby ve výchově: jako rodič mám stále povinnost živit své děti, i když jsou dospělé a samostatné
3. Finanční pomoc je pravidla považována za něco normálního, pravidelného
4. Děti nebo i jiní příbuzní finanční či majetkovou pomoc vyžadují, naléhají na seniora, ať to s ním dopadne jakkoliv
5. Psychické vydírání seniora: nedostanu-li žádné peníze, přestanu tě navštěvovat, už ti neukážu vnoučata, nemůžeš od nás nic očekávat apod..
6. Poskytnutí tzv. všimného od cesty: zejména v rodinách, kteří využívají služeb agentur domácí péče. Tyto peníze mohou sloužit jako pojistka pro vykonávání další péče.
7. Poskytování pouze malých částek: 20 Kč 3x týdně = 3120 Kč za rok. I když jsou tyto částky minimální, celkově sečteny mohou velmi často dosahovat až řádu set či tisíců korun ročně **(38).**

1.4.4. Sociální násilí

Tělesné a duševní zdraví seniora může být vážně ohroženo, když osoba, která o něj pečuje, není dostatečně schopna splnit anebo zanedbává povinnosti opatřit svému svěřenci dostatek potravy, přístřeší, oděv nebo lékařskou péči.

Sociální potřeby seniora musí být plně uspokojovány. Senior potřebuje mít informace o světě, mít zprávy o blízkých lidech. Bez těchto informací je náhle odloučen od světa. Takový člověk obtížně získává nové zprávy, je obětí sociálního vyloučení. Mnohdy celá řada nemocí neumožňuje seniorovi plně zapojit se ve veřejném životě bez pomoci druhé osoby(25).

Další sociální potřebou je potřeba náležet k nějaké skupině, ať už jde o rodinu, skupinu přátel anebo klub. Problémy mohou nastat při přestěhování se do jiného místa, kde se senior nemůže účastnit setkávání s vrstevníky, rodinou anebo se rodina nechce přijet na prarodiče podívat. S takovým příkladem se nejčastěji setkáváme v domovech důchodců. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině, je zvlášť bolestný a zneklidňující a je velmi obtížné se s ním vyrovnat.

Potřeba lásky a pocit mít někoho rád a přijímat stejné city i od druhých je velice důležitá. Senior musí mít možnost s někým mluvit, vyjádřit svůj názor a být vyslechnut. Potřeba sdělení myšlenek je zejména u seniorů velmi silná. Dodává člověku pocit, že není sám a má se na koho spolehnout(25).

1.4.5. Sexuální násilí

S tímto typem násilí se můžeme setkat u institucionalizovaných pacientů v ÚSP, u lidí s mentálním postižením a dále u seniorů přepadených jinou fyzickou osobou pod pohrůžkou vynucení sexuálních praktik gerontofilně založených osob. Nevhodné sexuální návrhy často spojené s fyzickým násilím může vyžadovat agresivně založený partner staré ženy. Seniorka se velmi často bojí komukoliv svěřit s tak citlivým problémem, proto jsou nejčastěji informováni pouze lékaři, vázaní mlčenlivostí či není informován nikdo a problém se jen prohlubuje.

Sexuální násilí na seniorech se nevyskytuje tak často jako u dětí. Napovědět nám mohou příznaky jako znečištění spodního prádla krví, jako následek poranění

v genitální či anální krajině, bolest v této oblasti, dále nevysvětlitelné zánětlivé gynekologické choroby, potíže při chůzi a bolestivé sezení.

1.4.6. Vlastní zanedbávání péče o sebe sama (self-neglect)

Tělesné a psychické zdraví seniora může být vážně ohroženo, když on sám je neschopen opatřit si potravu, bydlení, oděv nebo lékařskou péči např. z důvodu postižení některým druhem demence. Pak příznaky zanedbávání sebe sama mohou být následující: dehydratace, podvýživa, zápach moči a stolice, nevhodné oblečení, opruzeniny, proleženiny, roztržitost, snížená pozornost či orientace následkem nevhodného užívání léků anebo naopak neužíváním potřebného farmaka. Často takto nemocný senior postrádá brýle, naslouchadlo, zubní protézu, nepamatuje si, kde je odložil, může dojít k poranění následkem pádu. Zde je nesmírně důležité rozpoznat, zda jsou následky způsobeny vlastním zanedbáním péče ze strany seniora či druhé osoby.

1.4.7. Násilí na seniorech v rodině

Zneužívání seniorů se děje jak v institucích tak i v rodinách a to zejména ze strany dětí, vnuků, sourozenců či partnera.

Někteří lidé nejsou mravně připraveni na to, aby pečovali o seniora, i když je to matka, otec, babička, děd. Někteří vysoko nad takovou povinností staví svou profesní kariéru, svůj prospěch, rozvoj, zájmy. Pro takové, ale i jiné situace je nezbytné, aby fungovala síť dobrých a kvalitních pečovatelů a asistentů (29).

Fyzické zneužívání vede u seniorů často ke kachektizaci a marasmu. Setkat se můžeme s následky bití, strkání, kopání, poranění předmětem nebo zbraní, s omezováním svobody svazováním, vystavením chladu a nepohodě, nevhodným podáváním léků a v neposlední řadě se zanedbáváním ze strany výživy a nedostatečného příjmu tekutin. Lidé vyššího věku a lidé nemocní na následky tohoto týrání mohou i zemřít.

Psychické zneužívání se děje nejčastěji formou slovních útoků, nadávek a vyhrožování. Takový senior podléhá úzkosti a bolesti, sociální izolace a nezřídka se stydí o těchto problémech s někým hovořit. K ponižování a zesměšňování patří i

necitlivá až nevkusná prezentace seniorů na veřejnosti **(29)**. Rodina může seniory slovně ponižovat, odmítat či zavržovat, zakazovat mu styk s přáteli, zakazovat vycházky, emocionálně jej vydírat, což se negativně podepisuje na psychice oběti vystavené tomuto týrání. Rovněž opuštění seniora a jeho nedobrovolné umístění do ústavní péče jej může velmi negativně psychicky poznamenat.

Sexuální zneužívání, jak uvádí Kunstová, se týká jak přepadení cizími osobami, tak vynucených sexuálních aktivit, např. vystavení seniora pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování bez jeho souhlasu, resp. za použití násilí. Sexuální zneužívání není tak vzácné, jak by se zdálo. Seniorky jsou nuceny k sexuálním praktikám, většinou hrubě až neurvale, a to partnery, známými lidmi, někdy i deviantními osobami. O těchto formách zneužívání není veřejnost dostatečně informována, protože oběti se svěřují téměř výhradně zdravotníkům, kteří jsou vázáni lékařským tajemstvím **(29)**.

Ekonomické a materiální zneužívání patří v rodině k jedné z nejčastějších forem násilí. Může jít o okrádání o peníze, majetek a to i nelegální cestou, dále o nucení vydávat peníze a to i menších částkách, dále o podvodné hospodaření s finanční hotovostí, majetkem či bytem. Rodina často zneužívá nepříznivého zdravotního stavu seniora a mnohdy se ho snaží ožebračit paděláním podpisu ve smlouvách, naléháním na změny v závěti apod.. Lze sem zařadit i vymáhání nejrůznější materiální pomoci, ať již v podobě malých dárků či jiného majetku. Ekonomické násilí souvisí s emocionálním vydíráním. Senior mu vystavený často nenalézá jinou cestu, bojí se samoty a bezmoci a mnohdy proti své vůli příbuzným vyhoví.

1.5. Syndrom vyhoření (Burnout syndrom)

Syndrom vyhoření (také syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, vypálení, vyprahlosti, angl. *Burnout syndrom*) byl poprvé popsán v roce 1975 americkým psychiatrem Herbertem J. Freudenbergerem. Existují různé definice (např. ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzívně zaujatí určitým úkolem – ideou - ztrácejí své nadšení), které se shodují v určitých bodech:

1. Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání

2. Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících práci s lidmi nebo alespoň kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení
3. Tvoří ho řada symptomů především v oblasti psychické, částečně i fyzické a sociální
4. Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpanost, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava
5. Všechny hlavní složky burnout syndromu vycházejí z chronického stresu **(28)**.

Nejpodstatnějším znakem je posledně zmiňovaný chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního i fyzikálního okolí atd. Profese je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, někdy s pocíťováním „poslání“ profese. Burnout syndrom je tedy důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností. Nemalou měrou se na vzniku syndromu vyhoření podílí i špatná ekonomická motivace pracovníků v pomáhajících profesích, směnný provoz – zejm. u žen. Profesionální pečovatel pak podléhá depresi, ztrátě zájmů, mohou se vyskytnout i zdravotní problémy jako poruchy spánku, celková apatie, chronická únava, ztráta sebedůvěry **(20)**.

1.6. Hlavní zásady rezoluce OSN č. 46/91

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN dne 16. prosince 1991. Rezoluce OSN č. 46/91 vybídla vlády k zahrnutí následujících zásad platných pro seniory do národních programů. Jedná se především o jejich nezávislost, účast na společenském životě, přístup k sociálním, právním, a zdravotnickým službám s respektováním jejich důstojnosti, potřeb a soukromí, a to v bezpečném prostředí bez fyzického či psychického zneužívání. Problematice zneužívání stárí, narozdíl od týrání a zneužívání dětí, žen a zvířat, je v ČR věnována velmi malá pozornost **(18)**.

Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoli je to možné. Některé hlavní myšlenky zásad jsou následující: *nezávislost, zařazení do společnosti, péče, seberealizace, důstojnost* **(36)**.

1.7. Evropská charta pacientů seniorů

je doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti. 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 různí.

V instituci má senior 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. 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(22).

1.8. Možnosti legislativy ČR v řešení otázky Syndromu EAN

1.8.1. Zákon o přestupcích č. 200/1990 ve znění pozdějších předpisů

§ 49 – Přestupky proti občanskému soužití

Přestupku se dopustí ten, kdo

- a) jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch,
- b) jinému z nedbalosti ublíží na zdraví
- c) úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním (17).

1.8.2. Trestní zákon č. 140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů

§ 197a – Násilí proti skupině obyvatel a jednotlivci

(1) Kdo jinému vyhrožuje usmrcením, těžkou újmou na zdraví nebo jinou těžkou újmou takovým způsobem, že to může vzbudit důvodnou obavu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem**(17)**.

.

§ 168 – Neoznámení trestného činu

Tohoto trestného činu se dopustí ten, kdo se hodnověrně dozví, že jiná osoba spáchala mj. trestný čin týrání svěřené osoby (viz. § 215) a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Hrozí odnětí svobody až na tři léta. Tohoto trestného činu se může dopustit kdokoliv, kdo se o týrání dozvěděl, tedy i lékař, zdravotní sestra, pečovatelka, soused a ostatní**(17)**.

§ 215 – Týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě

(1) Kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán

a) spáchá-li čin uvedený v odst. 1 zvláště surovým způsobem nebo na více osobách, nebo

b) pokračuje-li v páchání takového činu delší dobu**(17)**.

§ 221 – Úmyslné ublížení na zdraví

(1) Kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, pokud způsobí takovým činem těžkou újmu na zdraví.

(3) Odnětím svobody na tři až osm let bude pachatel potrestán, pokud způsobí takovým činem smrt **(17)**.

§ 222 - Úmyslná těžká újma

(1) Kdo jinému úmyslně způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let.

(2) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, pokud způsobí takovým činem smrt**(17)**.

§ 223 – *Těžká újma nebo smrt z nedbalosti*

(1) Kdo jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt, bude potrestán odnětím svobody až na dva roky nebo zákazem činnosti.

Jedná se o trestný čin spáchaný z *nedbalosti*, *není zde nutný úmysl pachatele*. Tohoto trestného činu se může dopustit osoba, která pečuje o seniora a zapomene mu péči poskytnout (např. nepodání léku, zanedbávání hygieny, nedostatečný příjem potravy a tekutin atd.) **(17)**.

.

§ 231 – *Omezování osobní svobody*

(1) Kdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, pokud způsobí takovým činem těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

Chráněna je osobní svoboda ve smyslu *volného pohybu člověka*. Bránění v užívání osobní svobody člověku znemožňuje nebo omezuje volný pohyb a zároveň mu zamezuje o svém pohybu svobodně rozhodovat **(17)**.

§ 232 – *Zbavení osobní svobody*

(1) Kdo jiného zbaví osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody na tři až 8 let.

(2) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, pokud způsobí takovým činem těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

Zbavení osobní svobody musí být trvalé nebo alespoň dlouho trvající omezení osobní svobody, které se blíží uvěznění. **(17)**.

§ 235 - *Vydírání*

(1) Kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opomenul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

Jedná se o *neoprávněný zásah do svobodného rozhodování člověka*. Konáním je např. vydání peněz nebo jiné věci, *trpěním* např. sexuální praktiky. **(17).**

1.8.3. Zákon na ochranu před domácím násilím č. 135/2006 Sb.

Zákon nabývá účinnosti 1.1.2007. Zákon vychází z pravidel, jaká existují v zemích, které jsou nám blízké z hlediska právní kultury a i jiných společenských charakteristik. Inspirací byl pro experty zejména rakouský model. Zákon je neutrální, bez ohledu na to, kdo je původcem násilí a kdo jeho obětí. Vychází přitom z obecných znaků domácího násilí – opakování a stupňování závažnosti násilného jednání, které směřuje proti životu, zdraví, svobodě nebo lidské důstojnosti ve společném obydlí násilné a ohrožené osoby. Ohrožený člověk zpravidla potřebuje okamžitou reakci a účinný zásah včetně zamezení násilí do budoucna. Proto jsou v návrhu kombinována opatření sociální i právní. Předpokládá se využití správních orgánů (policie), justice a sociálních služeb. Výrazným rysem zákona je důraz na preventivní řešení domácího násilí. Dosud je v případě domácího násilí možné zasáhnout až v momentě, kdy dojde k závažnému útoku a dokonce zranění – podstatou tedy je opatření represivní. Východiskem návrhu zákona je umožnit zásah do partnerského vztahu, v němž dochází k týrání, tak, že se násilník vykáže na přiměřenou dobu z bytu. Napadený získá dostatek času na to, aby si bez psychického či jiného nátlaku ujasnil situaci, v níž se nachází, a uspořádal svoje plány **(12).**

§ 21 a - Vykázání nebezpečné osoby

Lze-li na základě zjištěných skutečností, zejména s ohledem na předcházející útoky, důvodně předpokládat, že dojde k nebezpečnému útoku proti životu, zdraví, svobodě nebo zvláště závažnému útoku proti lidské důstojnosti, je policista oprávněn toho, kdo je podezřelý z takového jednání, vykázat z bytu nebo domu společně obývaného s ohroženou osobou, jakož i z jeho bezprostředního okolí. Součástí vykázání je rovněž zákaz návratu do vymezených prostor. Toto rozhodnutí je účinné v okamžiku, kdy bylo prokazatelně sděleno osobě, proti které směřuje. Osoba, proti níž vykázání

směřuje (dále jen "vykázaná osoba"), je poté povinna neprodleně opustit místo, na které se rozhodnutí o vykázaní vztahuje **(12)**.

§ 74 a – Pomoc osobám ohroženým násilím

(1) Osobám, které jsou ohroženy násilným chováním ze strany osob blízkých nebo osob žijících s nimi ve společném bytě nebo domě, se poskytuje bezprostřední individuální psychologická a sociální pomoc ambulantní nebo azylové povahy. Těmto osobám se rovněž zprostředkuje poskytnutí následné pomoci zejména sociální, lékařské, psychologické a právní. Pro poskytování pomoci těmto osobám se zřizují intervenční centra.

(2) Součástí pomoci podle odstavce 1 je i spolupráce a vzájemná informovanost mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, orgány Policie České republiky a obecní policie, nestátními a charitativními organizacemi. Intervenční centra plní koordinační úlohu mezi zúčastněnými institucemi při pomoci osobám ohroženým násilným chováním a vyhodnocují vzájemnou spolupráci.

(3) Zaměstnanci intervenčních center jsou při pomoci osobám ohroženým násilným chováním povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se při výkonu své činnosti dozvěděli. Sdělit takové skutečnosti mohou jen se souhlasem osob, kterých se tyto údaje týkají, nebo pro účely trestního řízení orgánům činným v trestním řízení i bez takového souhlasu**(12)**..

§ 76 b – Předběžné opatření ve věci domácího násilí

(1) Je-li jedním účastníka, proti kterému návrh směřuje, vážným způsobem ohrožen život, zdraví, svoboda nebo lidská důstojnost navrhovatele, může předseda senátu předběžným opatřením uložit účastníku, proti kterému návrh směřuje, zejména aby

a) dočasně opustil byt nebo dům společně obývaný s navrhovatelem, jakož i jeho bezprostřední okolí, nebo do něj nevstupoval,

b) se zdržel setkávání s navrhovatelem a navazování kontaktů s ním.

(2) Předběžné opatření podle odstavce 1 trvá jeden měsíc od jeho vykonatelnosti. Předcházelo-li rozhodnutí o návrhu na předběžné opatření podle odstavce 1 rozhodnutí Policie České republiky podle zvláštního právního předpisu^{33c)}, počíná tato lhůta dnem následujícím po dni, v němž uplynula lhůta stanovená v tomto zvláštním právním předpise. V případě podání návrhu na prodloužení předběžného opatření podle odstavce 4 neskončí lhůta dříve, než soud o takovém prodloužení rozhodne(12).

1.8.4. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 (platný od 1.1. 2007)

Lidé, kterým dosud náleželo zvýšení důchodu pro bezmocnost, se podle zákona o sociálních službách považují za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby:

§ 8 – Osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby

- a) *stupeň I (lehká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) *stupeň II (středně těžká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) *stupeň III (těžká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) *stupeň IV (úplná závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti(35).

1.8.5. Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů

§ 87 – Vyživovací povinnost dětí vůči rodičům

(1) Děti, které jsou schopny samy se živit, jsou povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují.

(2) Každé dítě plní tuto vyživovací povinnost takovým dílem, jaký odpovídá poměru jeho schopností, možností a majetkových poměrů k schopnostem, možnostem a majetkovým poměrům ostatních dětí**(34)**.

§ 88 – Vzájemná vyživovací povinnost

Předci a potomci mají vzájemnou vyživovací povinnost**(34)**.

1.9. Na koho se obrátit v případě podezření na špatné zacházení se seniorem v ČR

V ČR neexistuje samostatné zařízení, které by se specializovalo na problematiku Syndromu EAN. Postupovat můžeme pouze v rámci platných zákonů a předpisů. Dojde-li k fyzické újmě, je nutno obrátit se na lékaře, útok či fyzické napadení je nutné nahlásit policii.

Při podezření na některý z jiných způsobů špatného zacházení je vhodné kontaktovat taktéž lékaře a odbor zdravotnictví a sociálních věcí na nejbližším úřadě.

1.9.1. Interdisciplinární týmy

Pilotní projekt modelu interdisciplinárního týmu vznikl v Ostravě pod vedením PhDr. Marie Šedivé, víceprezidentky Bílého kruhu bezpečí v období r. 2002-2005. Projekt plynule navázal na aktivity týkající se monitoringu domácího násilí v Ostravě ve spolupráci s policií ČR, městskou policií, oddělením sociálně právní ochrany ostravského magistrátu, přestupkovým oddělením úřadů měst. Dále se do projektu zapojila Manželská a předmanželská poradna, Krizové centrum pro děti a rodinu, sociální oddělení ostravské fakultní nemocnice, Charitní dům sv. Zdislavy a praktický lékař. Interdisciplinární tým současně spolupracuje s katedrou psychologie a sociální práce ostravské univerzity.

Cílem projektu je zaměřit se na první kontakt ohrožené osoby se systémem pomoci. Projekt byl vytvořen za účelem diseminace do ostatních regionů v ČR. V r.

2005 byl model přenesen zatím do těchto regionů: Ústí nad Labem, Brno a dále zájem projeví Opava, Nový Jičín, Kutná Hora, Frýdek-Místek, Vsetín.

Takový projekt interdisciplinárního týmu by byl i vzorem pro náš Karlovarský kraj.

1.9.2. Bílý kruh bezpečí (BKB)

Je občanské sdružení zaměřené na pomoc obětem trestné činnosti. Spolupracuje s odborníky z řad právníků, psychologů, lékařů, policie a sociálních služeb. BKB poskytuje obětem násilí rozhovor, právní poradenství, setkání s psychologem, emocionální a morální podporu, dále pomoc při zvládnutí traumatu a při návratu sebevědomí. Obětem jsou poskytovány informace o odškodnění a peněžité pomoci státu.

V Karlovarském kraji poradna BKB není.

1.9.3. Linka DONA

DONA linka je specializovaná celostátní telefonická služba pro osoby ohrožené domácím násilím, která pracuje v nepřetržitém provozu od 11.9.2001. Linka pomáhá každému, kdo se cítí ohrožen domácím násilím nebo je svědkem domácího násilí a rovněž pomáhá profesionálům, kteří při výkonu svého povolání přicházejí do styku s oběti domácího násilí. Pracovníci DONA linky jsou připraveni poskytnout psychologickou, právní, morální a organizační pomoc klientovi zorientovat se ve složité životní situaci, pomohou zajistit bezpečné ubytování a v případě ohrožení života urgentní pomoc. Telefonické spojení je 2 51 51 13 13.

V listopadu 2006 vyhledalo pomoc DONA linky také 11 seniorů(12).

1.9.4. Občanské sdružení Život 90

Život 90 je občanské sdružení, které napomáhá svojí humanitární činností k řešení problémů seniorů. Snaží se o vytváření aktivního a smysluplného života seniorů ve vlastním domově, podle individuálních možností, jak dlouho je to jen možné. Mezi další aktivity sdružení patří *sekce aktivizačních programů* zaměřená na rozvoj potencionálních schopností seniora vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu a ke zlepšení

kvality života.

Další sekci je *sekce krizové pomoci a poradenství*, zaměřená na problematiku stárnoucí populace, osamělých seniorů a rovněž pečujících o ně. Jde především o *právní poradenství* týkající se majetkoprávních a trestných činů, sociálního a důchodového zabezpečení, rodinného práva, nájmu a pronájmu, formulování a ukládání závěti.. Dále je to *psychologicko-sociální poradenství* pro mezilidské vztahy, aktivní pomoc při urovnávání konfliktů, krizová intervence a rodinná terapie.

Finanční a bytové poradenství pomáhá seniorům orientovat se v pojišťovacích produktech a při řešení problémů souvisejících s bytovou otázkou či převodem nemovitostí.

1.9.5. Občanské sdružení ROSA

Občanské sdružení ROSA se specializuje na pomoc ženám – obětem domácího násilí. Provozuje krizový telefon 602 246 102 od pondělí až do pátku od 08:00 do 18:00 hod. a kromě odborné pomoci těmto ženám pořádá přednášky, semináře či konference pro odbornou i širší veřejnost, vydává informační letáky, brožury a publikace. Obrátit se na tuto organizaci mohou i týrané ženy – seniorky **(24)**.

1.9.6. Český helsinský výbor (ČHV)

Český helsinský výbor je nevládní neziskovou organizací pro lidská práva. Je členem Mezinárodní helsinské federace pro lidská práva (IHF) se sídlem ve Vídni sdružující helsinské výbory z 46 členských zemí OBSE. Hlavním úkolem je sledování zákonodárné činnosti týkající se lidských a občanských práv, monitoring stavu lidských práv v ČR se zaměřením na nejproblematictější oblasti, bezplatné právní poradenství jednotlivcům, jejichž práva byla porušena a v neposlední řadě i odborná publikační a vzdělávací činnost **(8)**.

1.9.7. Občanské sdružení Senior

Seniorcentrum zahájilo svoji činnost 19.11.2002 v Ústí nad Labem. Byl vytvořen ojedinělý komplex služeb pro seniory zahrnující v sobě jak péči

zdravotnickou tak i péči sociální. Pracovníci centra mj. poskytují i informace týkající se pomoci na úřadech a poradenskou činnost pro rodinné příslušníky, kteří o seniora pečují. Součástí seniorcentra je i psychiatrická ambulance specializující se na léčbu psychických poruch ve stáří a demencí spojených se stárnutím.

Seniorcentrum provozuje *bezplatnou linku pomoci seniorům* na tel.: 800 202 022. Linka nabízí anonymitu a šanci pro ty, kteří nemohou osobně přijít na krizové pracoviště. Speciálně školený personál poskytuje rady i v případech, kdy klient řeší problém vyvíjející se v čase, ale pomáhá také rodinným příslušníkům a pečovatelům.

1.9.8. Nadační fond Elpida a Zlatá linka seniorů

Elpida znamená v překladu naděje, nadační fond vznikl v r. 2002 s cílem podpořit české zdravotnictví a zlepšit kvalitu života seniorů. Projekt Zlatý podzim s Elpidou vznikl za účelem aktivního zapojení seniorů do života a za účelem poskytování poradenství ze sféry zdravotně sociální. V rámci tohoto projektu byla zřízena tzv. *Zlatá linka seniorů*, která se stala akreditovanou linkou důvěry pro seniory. Poskytuje informace z oblasti právní, lékařské, psychologické a sociální. Informovat se můžete bezplatně na tel.: 800 200 007. Zlatá linka seniorů má celospolečenský dosah, o čemž svědčí téměř 16 000 telefonátů za rok 2004 a do října roku 2005 bylo zaevidováno dalších téměř 11 000 hovorů.

Linka respektuje důstojnost a autonomii každého volajícího, seniorům pomáhá v orientaci v dnešním světě, nabízí právní pomoc a pomoc v sociálních otázkách, podporuje seniory ve zvládání životních obtíží a krizí a ukazuje, že senioři jsou právoplatnými členy společnosti, kteří si ve všech ohledech zasluhují úctu a respekt(23).

1.9.9. Poradna pro oběti násilí, týrání a zneužívání ELPIS

Poradna byla otevřena v Ostravě v r. 2002. Zřizovatelem je Slezská diakonie. Cílem je pomoc obětem násilí, poskytnutí pomoci a rad z oblasti právní, sociální, dále poskytnutí individuální pomoci na základě rozboru životní situace oběti a realizace řešení. Pomoc v poradně je bezplatná a pracovníci diskrétně poskytují praktické rady, ať již v sociální oblasti např. pomoc při vyřizování sociálních záležitostí, doprovod k

soudu a na policii, pomoc při zajištění náhradního ubytování, zprostředkování kontaktů na jiná pracoviště apod. nebo při poskytování odborné psychologické péče, individuální a skupinové terapie. Rovněž konzultace s právníkem pro klienty v poradně jsou bezplatné(13).

1. 10. Síť zařízení na pomoc seniorům v Karlovarském kraji

V celé ČR existuje poměrně hustá síť zařízení pomáhajících seniorům, proto jsem vybrala pouze ty, které působí v našem Karlovarském kraji. V dubnu r. 2005 začal Karlovarský kraj realizovat projekt *"Rozvoj kvality sociálních služeb v Karlovarském kraji"* v rámci projektu *Integrace skupin obyvatelstva ohrožených sociálním vyloučením* - financovaný z programu Phare, přičemž 75% nákladů hradil Phare, zbývajících 25% bylo pokryto ze zdrojů státního rozpočtu ČR. Realizace projektu probíhala za spoluúčasti partnera Karlovarského kraje, pražského Instand, o.s. (Institut pro podporu vzdělávání a rozvoj kvality ve veřejných službách). Projekt trval 15 měsíců a termín dokončení byl k 30.6.2006. Cílem projektu bylo a je vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb v Karlovarském kraji a podpora začleňování znevýhodněných skupin obyvatelstva, především *lidí se zdravotním postižením a lidí v seniorském věku*. Nejvýznamnějšími aktivitami projektu jsou: *vytvoření vzdělávacích programů pro pracovníky sociálních služeb v Karlovarském kraji, tvorba rozvojových plánů zařízení sociálních služeb zřizovaných krajem a rozšíření sebehodnotícího a konzultačního procesu pro zařízení, která v kraji zřizují obce a nestátní neziskové organizace*. Cílem je krajská síť dostupných a kvalitních sociálních služeb podporující sociální začleňování znevýhodněných skupin. V této práci jsem se zaměřila především na seniory a na zařízení, která jsou v Karlovarském kraji již dostupná.

1.10.1. Res Vitae

Občanské sdružení Res Vitae je středisko sociální pomoci a služeb, které se kromě domácí péče zabývá také problematikou mezilidských a rodinných vztahů. Klientovi je k dispozici psycholog, který se snaží rozkrýt problematickou situaci a pomoci nalézt řešení.

1.10.2. Středisko pečovatelské služby a rodinného poradenství

Středisko poskytuje úkony pečovatelské služby, zajišťuje obědy pro seniory (v jídelně pro seniory Zlatá kotva) včetně rozvozu jídla. Dále se středisko specializuje na manželské a rodinné poradenství v Poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy v centru Karlových Varů, v Severní ul. 5. Možnost kontaktu je denně od 7:00 do 16:00 na tel.: 353 563 171. Ve středisku je možno nalézt řešení trvale narušených vztahů v rodině a to i mezi seniory a jejich příbuznými. Odborný psycholog doporučí řešení situace a poskytne rady, jak dále postupovat a na jaké další služby je možné se obrátit.

1.10.3. Farní charita Karlovy Vary

Cílovou skupinou Farní charity jsou senioři a osoby zdravotně handicapované. Speciálně pro seniory funguje Denní stacionář pro staré a zdravotně postižené občany, kde je klientovi poskytována ošetrovatelská a zdravotní péče a další úkony důležité pro rozvoj aktivity seniora. Trvalá respitní péče je omezena maximální dobou 6 týdnů. Pracovníci Farní charity rovněž úzce spolupracují s Českou Alzheimerovskou společností.

1.10.4. Agentura domácí zdravotní péče s křesťanským posláním

Její služby jsou určeny zdravotně handicapovaným občanům. Agentura provádí zdravotní úkony v domácnosti, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou klienta, dále poradenství a půjčování kompenzačních pomůcek. Pracovníci agentury podporují zvyšování soběstačnosti osob s handicapem, pomáhají klientům s vedením domácnosti.

Zajímavostí je *respitní péče* o osobu v domácím prostředí a dovážka obědů nepřetržitě po celý rok. Nevýhodou jsou nevyhovující prostory v sídle agentury, kde není bezbariérový přístup. V současné době je tento problém v řešení. Agentura se nachází ve Školní ul. 736 v Karlových Varech. Kontakt je možný na tel.: 353 563 595, 777 121 142 nebo e-mail: andrejktiv@seznam.cz.

1.10.5. Intervenční centrum Karlovarského kraje

Toto centrum bylo zřízeno v Sokolově a je součástí Okresního ústavu sociálních služeb v Sokolově. Fungují zde dva sociální pracovníci, kteří klientům poradí, na koho se obrátit, jak získat důkazy o domácím násilí, zprostředkují kontakt se lékařem, s psychologem a spolupracují i s policií. Funguje od ledna 2007 a již má své první klienty. Lidé se mohou obracet na tel.: 352 308 349, na e-mail: intervencni@centrum.cz. Centrum je v Rokycanově ul. 1756, otevřeno v pracovních dnech od 8:00 do 16:00 hod..

2. Cíl práce a hypotézy

2.1.Cíl práce

Cílem práce je zjistit, kde se můžeme nejčastěji setkat se syndromem EAN a jak postupovat v případě podezření na špatné zacházení se seniory.

2.2. Hypotézy

Hypotéza 1: S problematikou zanedbávání, opuštění, zneužívání a týrání seniorů ze strany rodiny se nejčastěji setkáváme při příjmu nemocného k první hospitalizaci z domácího prostředí (viz. graf 1, kap. 4.1.).

Hypotéza 2: Syndrom EAN nese následky zejména na zdravotním a psychickém stavu klienta (viz. graf 3, kap. 4.1.).

V prosinci r. 2006 byla započata realizace výzkumu zkušeností profesionálů z řad zdravotní a sociální sféry a realizace výzkumu zkušeností seniorů se Syndromem EAN ve vybraných zařízeních Karlovarského kraje.

Motivem k rozeslání dotazníků byla na prvním místě potřeba zmapovat situaci zacházení se seniory ve zdravotnických a sociálních zařízeních a nastítnit, co mohou zdravotníci a pečovatelé pro seniory udělat při zjištění známek špatného zacházení. Pro tyto potřeby byly vytvořeny dva dotazníky: prvním dotazníkem jsem oslovila profesionální pečovatele, kteří pracují se seniory ve zdravotnických a sociálních zařízeních Karlovarského kraje a druhým dotazníkem jsem oslovila seniory, kteří jsou klienty těchto zařízení.

3. Metodika

3.1. Použitá metoda

Provedený výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. V rámci kvantitativního výzkumu byla zvolena technika dotazníku a sekundární analýza dat. Uvedený výzkum byl anonymní a byl uskutečněn v období od 1.12. 2006 do 22.12. 2006. Pomocí dotazníků byly zjišťovány informace, které se týkaly špatného zacházení se seniory a možností, kam se obrátit v případě, že se s takovým zacházením respondenti setkají.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Byly sestaveny dva dotazníky. První byl určen pečujícím odbornému personálu (viz. příloha 1) a druhý seniorům ve věku 60 a více let (viz příloha 2). Výzkumný soubor v obou případech tvořil 120 respondentů. Dotazníky pro odborný personál jsem na vybraná pracoviště doručila osobně společně s informačním dopisem a požádala jsem vedoucí pracovníky o spolupráci. Dotazník obsahoval 12 otázek. Jelikož vyplňování probíhalo v době adventu, připojila jsem k dotazníkům malou odměnu pro personál v podobě občerstvení. Inspirovala jsem se užívaným rčením „Penny for your thought“ -, „Pěták za to, co si myslíš“ , což zvýšilo návratnost dotazníků. Neméně přispěly i mé kontakty na pracovištích z dřívější doby. V prvním případě ze 120 dotazníků pro odborný personál se jich navrátilo 85, tedy 71%.

Ve druhém případě ze 120 dotazníků pro seniory se navrátilo 89 dotazníků, tedy 74%. Tady jsem musela výraznou měrou přispět svým osobním časem, jelikož jsem se setkala s většinou seniorů, kteří byli ochotni dotazník vyplnit, ovšem z různých důvodů (poruchy zraku, poruchy motoriky apod.). to nebylo možné. Proto jsem otázky z dotazníku většině seniorů předčítala a dala jim možnost výběru odpovědi. Ze 120 respondentů 22 odmítlo dotazník vyplnit ať již sami anebo se mnou. Dotazník obsahoval 11 otázek. Spolupráce s vedoucími pracovníky byla na velmi dobré úrovni, neboť jsem byla předem upozorněna, u kterých respondentů nebude možné dotazníkové šetření provést, ať již z důvodu zdravotních či psychických

problémů. Vyplňování dotazníků s 89 respondenty z řad seniorů mi zabralo celý týden času. Často z důvodů nedostatku komunikace či jen prostě z radosti, že se někdo o seniory zajímá, snažili se povídat si se mnou na různá témata a mnohdy mi trvalo dlouho, než jsme se k dotazníku společně propracovali. U dalších 9 seniorů jsem nakonec vyplňování dotazníku musela ukončit, neboť často nerozuměli otázce anebo mi na kontrolní otázky odpovídali tak, jak jsem chtěla já. Těchto 9 dotazníků jsem do výzkumu nezařadila.

Dotazníky byly rozdány v těchto vybraných zařízeních Karlovarského kraje:

1. Nemocnice
2. Domov pro seniory s pečovatelskou službou
3. Penzion pro důchodce
4. Agentura domácí péče
5. Stacionář pro seniory
6. Léčebna dlouhodobě nemocných

Pro zpracování dotazníků jsem v obou případech použila grafy a výsledky výzkumu uvádím procentech. Pro zpracování podotázek jsem použila grafického znázornění v tabulkách. Pro větší přehled je v tabulkách uveden počet četností, nikoliv procenta. Zpracovala jsem data s nejzajímavějšími výsledky.

4. Výsledky

4.1. Výsledky dotazníku pro odborný personál

V otázkách 1 až 4 provedeného výzkumu byl zkoumán jev špatného zacházení se seniory, který měl vyjádřit skutečnost, zda se někdo z odborného personálu již setkal se Syndromem špatného zacházení a zda se tato skutečnost vyskytuje i mezi profesionály ve zdravotnických a sociálních zařízeních (viz. příl. 1).

Graf 1 (v %): Respondenti, kteří se setkali se seniorem se známkami špatného zacházení při první hospitalizaci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1: 68% respondentů z řad profesionálních pečovatelů se již setkalo ve své profesi se seniorem, na němž byly patrné známky špatného zacházení, a to při první hospitalizaci.

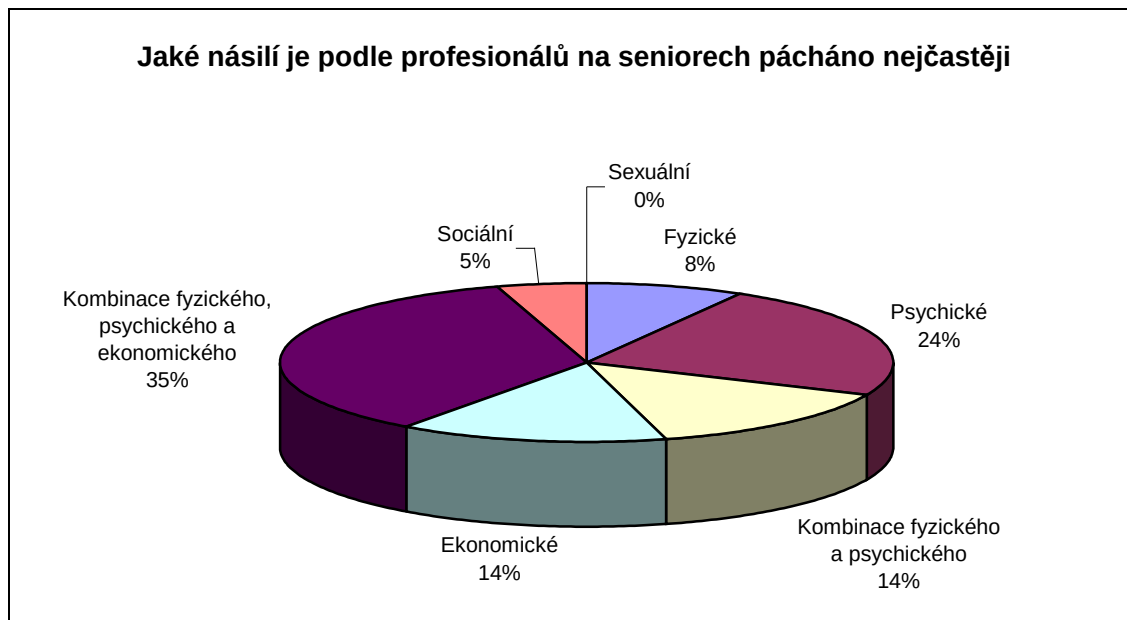
Graf 2 (v %): Respondenti, kteří se setkali se špatným zacházením ze strany rodiny



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2: 79% respondentů z celkového počtu 85 z řad profesionálních pečovatелů se již setkala ve své profesi s příbuznými seniora, kteří s ním špatně zacházeli.

Graf 3: Typy násilí na seniorech – dle profesionálů:

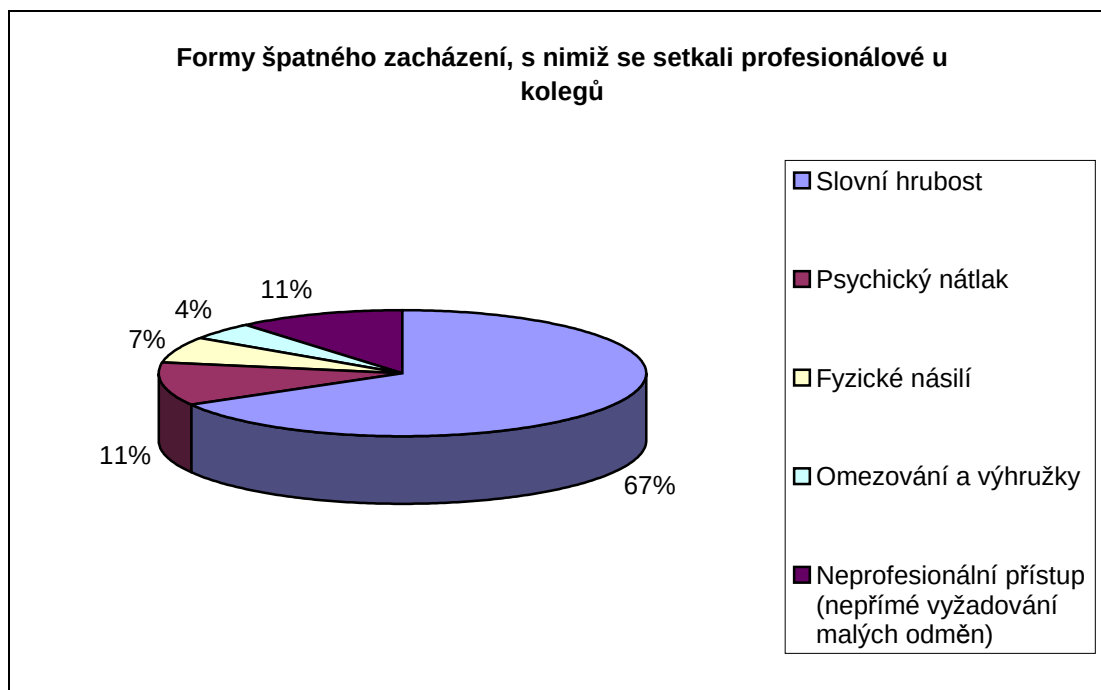


Zdroj: vlastní výzkum

100% tvoří 85 respondentů. Z grafu 3 vyplývá, že 35% respondentů, tj. 30 se domnívá, že nejčastěji je na seniorech páčáno násilí v kombinaci fyzického, psychického a ekonomického násilí. Dále 24% respondentů, tj. 20 se domnívá, že jde o násilí psychické. Na třetím místě je se 14% násilí ekonomické a taktéž kombinace násilí fyzického a psychického (domnívá se 12 respondentů). 8%, tj. 7 respondentů se domnívá, že jde o násilí fyzické, 5% respondentů, tj. 4 se domnívá, že jde o násilí sociální a na posledním místě s 0% je násilí sexuální.

Otázka 4 se zabývá tím, zda se personál již setkal s někým z kolegů, který špatně zacházel se seniorem. Těchto respondentů bylo 53%. Graf 4 pak vyjadřuje, kolik respondentů z těchto 56% se setkala s jakou formou nevhodného zacházení ze strany kolegů: 67% kolegů – slovní hrubost, 11% kolegů – neprofesionální přístup a 11% psychický nátlak, 7% kolegů – fyzické násilí, 4% kolegů - omezování a výhrůžky.

Graf 4 (v%): *Formy špatného zacházení ze strany personálu:*



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 (v %): *Nedostatek vybavení pro práci se seniory:*



Zdroj: vlastní výzkum

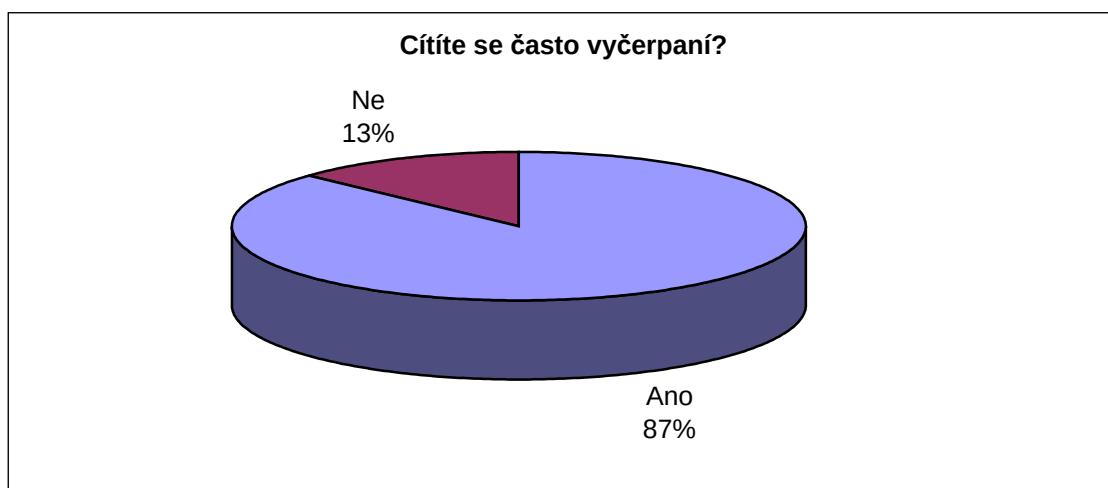
V otázce 5 se bylo zkoumáno, zda se ošetřující personál domnívá, zda na pracovišti chybí potřebné vybavení pro práci s nemocnými seniory. 72% respondentů se domnívá, že ano, 28% se tak nedomnívá (viz. graf 5).

V otázkách 6-9 bylo zkoumán vliv syndromu vyhoření na profesionální pečovatele ve vybraných zařízeních (viz. příl. 1), kteří pracují se seniory. Otázky se týkaly této problematiky:

- možnost konzultace profesních problémů s odborníkem
- pracovní vyčerpání
- úvahy o změně profese
- znalost problematiky syndromu vyhoření

Zda mají profesionální pečovatelé na svém pracovišti možnost konzultovat své problémy, 24% respondentů uvedlo, že tuto možnost má, ale 76% respondentů nemá možnost své problémy konzultovat s nikým z odborníků.

Graf 6 (v %): Pocit vyčerpání profesionálních pečovatelů:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: 87% respondentů, kteří pracují se seniory se cítí často vyčerpáno. Jen 13% respondentů z řad profesionálních pečovatelů nikoli.

Graf 7 (v %): Úvahy o změně profese - profesionálové:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7: 54% respondentů z řad profesionálů, kteří pracují se seniory, uvažuje v poslední době častěji o změně profese. 46% respondentů o změně profese neuvažuje.

Tab. 1: Jaká preventivní opatření podnikají profesionálové pracující se seniory, aby předešli Syndromu vyhoření:

CO SAMI PODNIKAJÍ	ČETNOST UVEDENÝCH MOŽNOSTÍ
Sport, koníčky	16
Relaxace a odpočinek	9
Zábava s rodinou	3
Kultura a posezení v restauraci	6
Styk s přáteli	9
Četba	3
Pobyt v přírodě	3
Odpočinek na dovolené	10
Modlitba	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 2: Subjektivní názor profesionálů na další typy prevence Syndromu vyhoření:

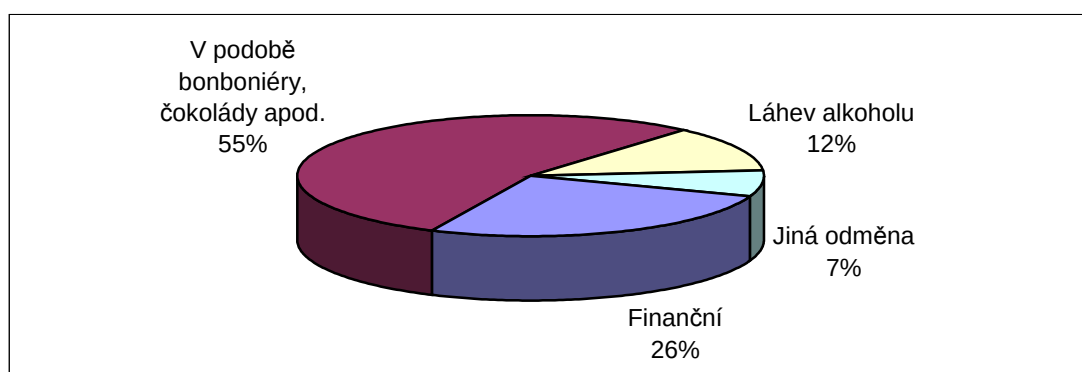
JINÉ NÁVRHY V PREVENCI SYNDROMU VYHOŘENÍ	ČETNOST UVEDENÝCH MOŽNOSTÍ
Finanční motivace zaměstnanců	2
Změna zaměstnání	4
Pochvala od nadřízeného	2
Konzultace s odborníkem (psychologem, supervizorem)	2
Navýšení počtu personálu	1
Schůzky s lidmi jiné profese	1
Pomoc rodiny seniora, její participace	1

Zdroj: vlastní výzkum

Z tab. 1 a 2 není patrné, že celkem odpovídalo 38 respondentů, tj. jen 45% z těch, kteří znají prevenci proti Sy. vyhoření. Součet respondentů totiž neodpovídá počtu uvedených možností. Každý z respondentů měl možnost uvést více než jen jednu odpověď. Pro přehlednost byly tyto možnosti sečteny a jejich četnost uvedena v tab. 1 a 2.

Otázka 10 se zabývala tématem malých odměn za profesionální služby poskytované seniorům. Podotázka pak vyjadřuje, v jaké podobě se profesionálové setkali s nabízenou odměnou. Graf 8 tedy vyjadřuje, zda byla respondentům z řad profesionálů poskytnuta odměna a v jaké podobě. 78% respondentů z řad profesionálů byla nabízena za jejich služby malá odměna. Těchto 78% pak v grafu 8 uvádí, v jaké podobě se s nabídkou odměny setkalo. 22% respondentů uvedlo, že se nikdy s nabídkou odměny za jejich služby nesetkalo.

Graf 8 (v %): Formy odměny nabízené profesionálům za jejich péči:



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 11 prvního dotazníku se zabývá tím, zda profesionální pečovatelé dokáží poradit seniorovi, který se stal obětí špatného zacházení, na koho se obrátit (viz. příl. 1). 53% respondentů z řad profesionálů dovede poradit, 47% respondentů nikoli. Podotázka pak uvádí příklady pomoci, které jsem zahrnula do tabulky 3.

Tab. 3: Příklady pomoci zneužívaným seniorům, jak je uvedli respondenti (ot. 11):

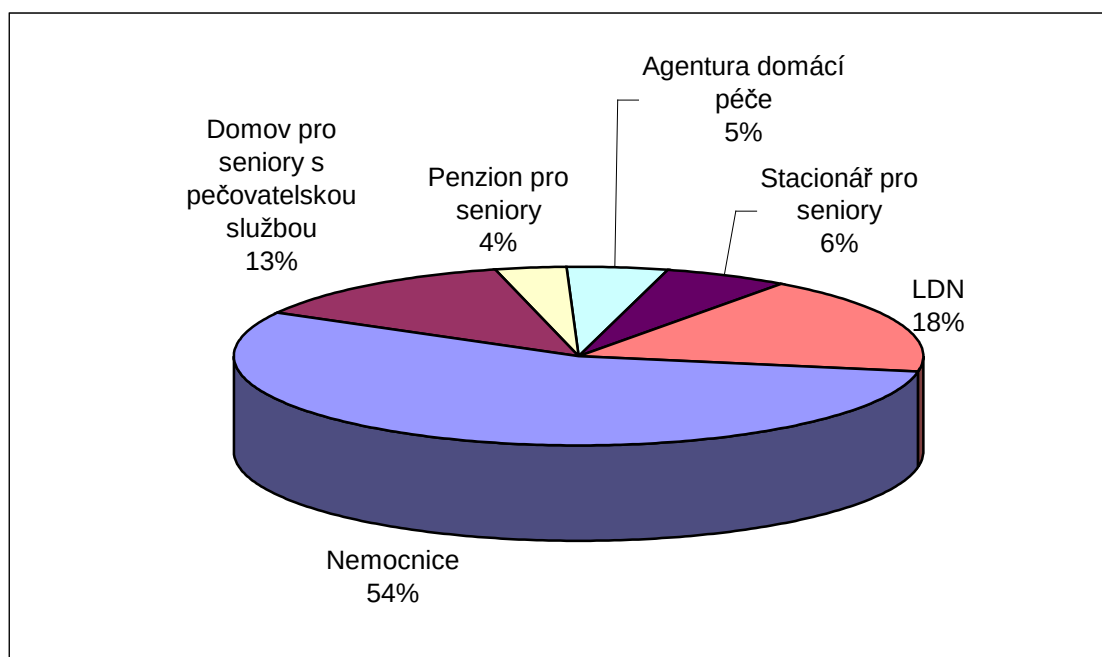
KE KOMU SE OBRÁTIT NA POMOC?	ČETNOST UVEDENÝCH MOŽNOSTÍ
Nadřízený	1
Sociální pracovník	33
Linka pro seniory	5
Psycholog	8
Charita	1
Lékař	2
Občanské sdružení Res Vitae	1
Policie	1
Krizové centrum	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 3: nejvíce respondentů z řad profesionálů, tj. 33 by se obrátilo s žádostí o pomoc na sociálního pracovníka. Druhou nejčtenější možností je pomoc psychologa.

Poslední otázka 12 dotazníku pro profesionální pečovatele je zaměřena na místo výkonu zaměstnání (viz. příl. 1). Graf 9 vyjadřuje, v jakých zařízeních byli pečovatelé profesionálové podrobeni dotazníkovému šetření: 47 respondentů, tj. 54% pracuje v nemocnici, 15 respondentů, tj. 18% pracuje v LDN, 11 respondentů, tj. 13% pracuje v Domově pro seniory s pečovatelskou službou, 5 respondentů, tj. 6% pracuje ve Stacionáři pro seniory, 4 respondenti, tj. 5 % pracují v Agentuře domácí péče a 3 respondenti, tj. 4% pracují v Penzionu pro seniory (viz. graf 9).

Graf 9 (v %): Zařízení, v nichž bylo provedeno dotazníkové šetření:

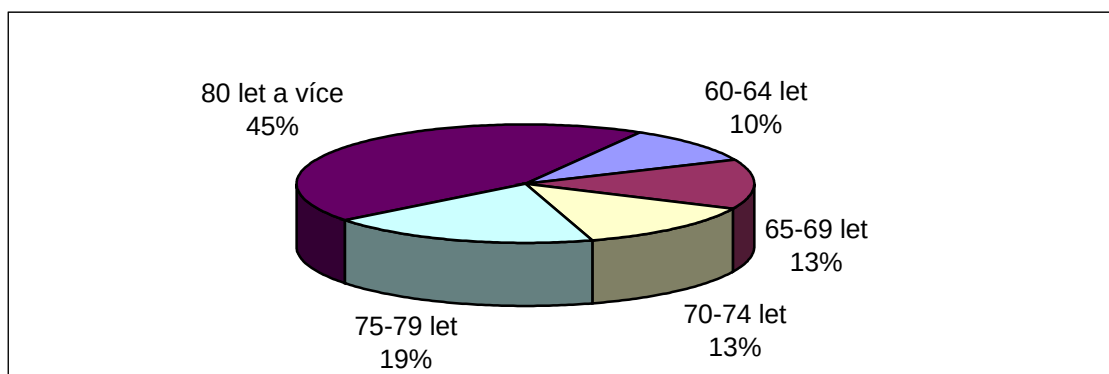


Zdroj: vlastní výzkum

4.2. Výsledky dotazníku pro seniory

Otázky 1 a 2 druhého dotazníku tvoří identifikační znaky respondentů (seniorů), tj. pohlaví a věk, (věk viz. graf 10).

Graf 10 (v %): Věk respondentů – seniorů:



Zdroj: vlastní výzkum

70% respondentů tvoří ženy. V přepočtu na absolutní čísla jde o 62 žen. Mužů je 30 %, tj. 27. 100% respondentů je v absolutních číslech rovno 89.

Graf 10: 45% tvořili senioři ve věku 80 let a více. Druhou největší skupinou byli senioři ve věku 75-79 let, tj. 19%. Dále senioři ve věku 70-74 let, tj. 13%, stejně tak ve věku 65-69 let. Nejméně, tj. 10% tvoří senioři ve věku 60-64 let.

Otázka 3 zkoumala, zda jsou senioři v institucích navštěvováni svými příbuznými. 68% seniorů je příbuznými navštěvováno, 24% seniorů příbuzní nenavštěvují a 8% seniorů nemá žádné příbuzné.

Otázka 4 zkoumala, jak se chovali příbuzní k seniorům, respektive, zda se chovali tak, že se jich senioři báli. Výsledky jsou uvedeny v grafu 11.

Graf 11 (v %): Chování příbuzných k seniorům:

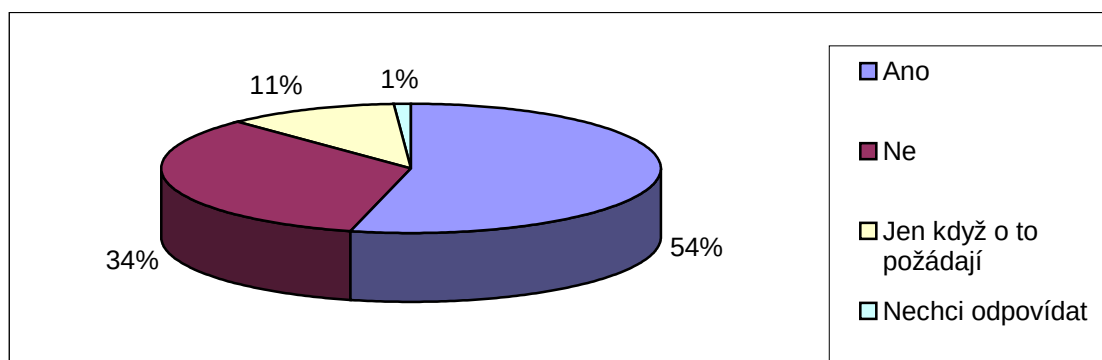


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11: 24% seniorů se setkala s chováním příbuzných, ze kterého měli strach, 70% seniorů nikdy nepocítilo strach z chování příbuzných. Na otázku 9 nechtělo odpovědět 6% seniorů.

Otázky 5, 6 a 7 se zabývají ekonomickou problematikou a poskytováním finančních prostředků rodině (viz. příl. 2). Odpovědi jsou k dispozici v grafech 12, 13 a 14.

Graf 12 (v %): Finanční podpora rodiny ze strany seniora:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12: 54% seniorů finančně podporuje svoji rodinu, 34% nepodporuje, 11% seniorů poskytuje rodině finanční prostředky jen když o takovou pomoc rodina požádá. Na otázku 5 nechtělo odpovědět 1% dotazovaných.

Graf 13 pak vyjadřuje, zda je od seniorů finanční pomoc vyžadována. Zde 30%

odpovědělo, že ano, 64% odpovědělo, že taková pomoc vyžadována není a 6% seniorů na otázku 6 nechtělo odpovědět.

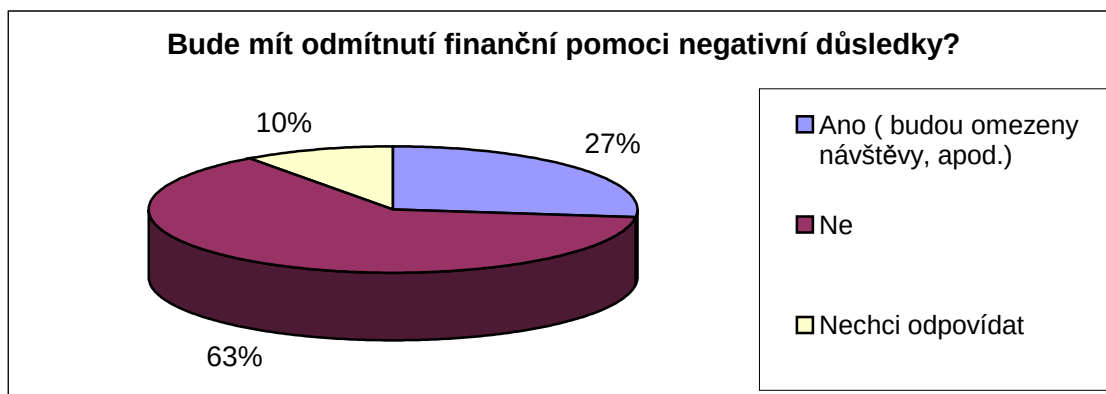
Graf 13 (v%): Vyžadování finanční pomoci od seniorů ze strany rodiny:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce 7 se seniori mohli vyjádřit, zda odmítnutí finanční pomoci rodině bude mít negativní důsledky. 27% seniorů odpovědělo, že ano (v odpovědi byla uvedena možnost omezení návštěv apod.), 63% seniorů odpovědělo, že ne a 10% respondentů nechtělo na tuto otázku odpovědět. Výsledky jsou uvedeny v grafu 14.

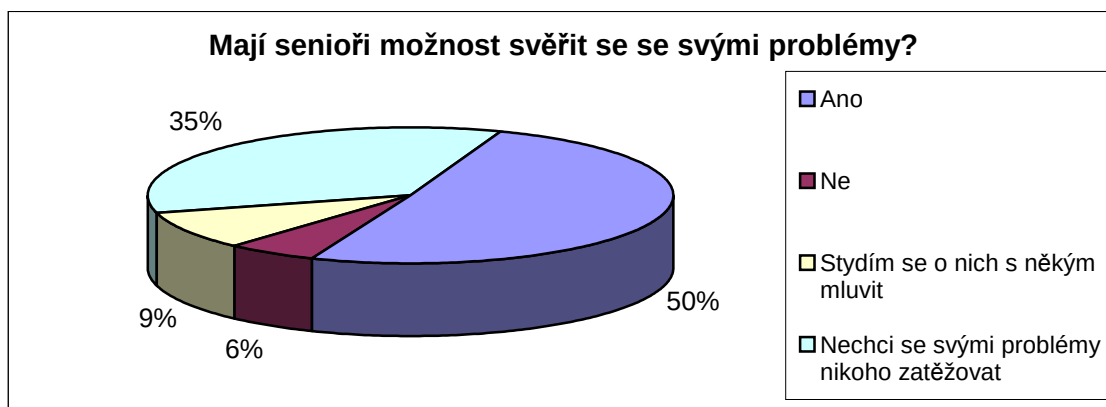
Graf 14 (v %): Negativní důsledky odmítnutí finanční pomoci ze strany seniora:



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 8 se zabývá tím, zda má senior možnost svěřit se někomu se svými problémy. Výsledky jsou znázorněny v grafu 15.

Graf 15 (v %): Možnost svěřit se s problémem – senioři:

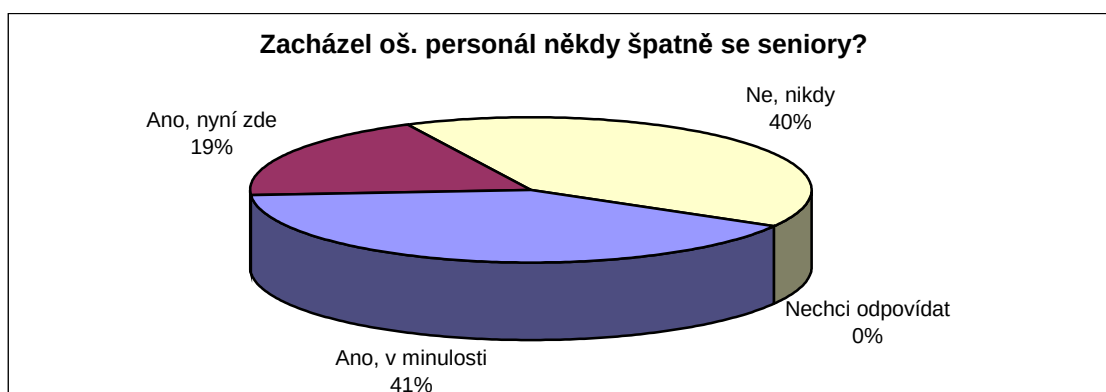


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce 8 50% seniorů uvedlo, že mají možnost svěřit se někomu se svými problémy. Naopak 6% dotazovaných seniorů tuto možnost nemá. 9% seniorů se stydí o svých problémech mluvit a 35% respondentů se svými problémy nechce nikoho zatěžovat (viz. graf 15).

Graf 16 vyjadřuje, zda se senioři již setkali se špatným zacházením ze strany ošetrovatelského personálu. 41% seniorů odpovědělo, že ano, již v minulosti, dále 19% seniorů odpovědělo, že ano, při současném pobytu v zařízení, 40% dotazovaných seniorů odpovědělo, že se se špatným zacházením nikdy nesetkalo. Na otázku 9 odpověděli všichni dotazovaní respondenti.

Graf 16 (v %): Špatné zacházení personálu se seniory – subjektivní pocity seniorů:



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 10 se zkoumala jev, zda se senioři domnívají, že se k nim zejména mladší generace neumí dobře chovat. 40% seniorů, tedy v absolutním čísle 36, se tak domnívá, a v podotázce odpovědělo, která forma špatného zacházení jim nejvíce vadí. Toto vyjadřuje tab. 4, z níž vyplývá, že nejvíce vadí seniorům nadávky a na druhém místě posměšky.

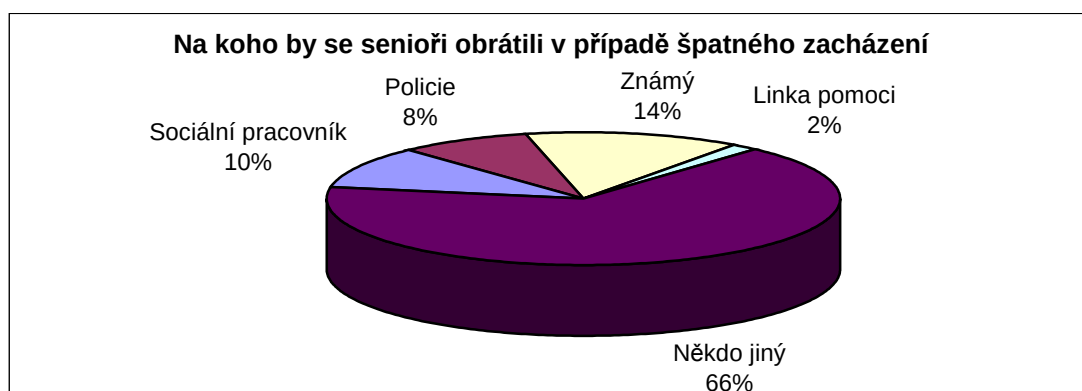
Tab. 4: *Formy špatného zacházení ze strany mladé generace, které nejvíce seniorům vadí:*

FORMY ŠPATNÉHO ZACHÁZENÍ	POČET DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ
Nadávky	15
Fyzické útoky	4
Slovní výhrůžky	7
Posměšky	10

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 11 zkoumá, zda senioři vědí na koho se obrátit v případě, že se stanou obětí špatného zacházení. Ze 66% respondentů, kteří by se dovedli obrátit s prosbou o pomoc, by se 10% obrátilo na sociálního pracovníka, 8% na policii, 14% na známého, 2% na linku pomoci seniorům a dalších 66% vybralo jinou možnost, tedy, že by se obrátili na někoho jiného. To je uvedeno v grafu 17 a v tab. 5.

Graf 17 (v %): Formy pomoci – jak je zvolili senioři:



Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 5: Další možnosti, ke komu se obrátit na pomoc v případě špatného zacházení, jak je uvedli respondenti:

NA KOHO DALŠÍHO BY SE OBRÁTILI SENIOŘI, KTEŘÍ SE SETKALI SE ŠPATNÝM ZACHÁZENÍM	POČET RESPONDENTŮ
Kdokoliv z příbuzných	13
Zdravotní sestra	2
Pouze syn nebo pouze dcera	20
Manžel, manželka	2
Lékař	2

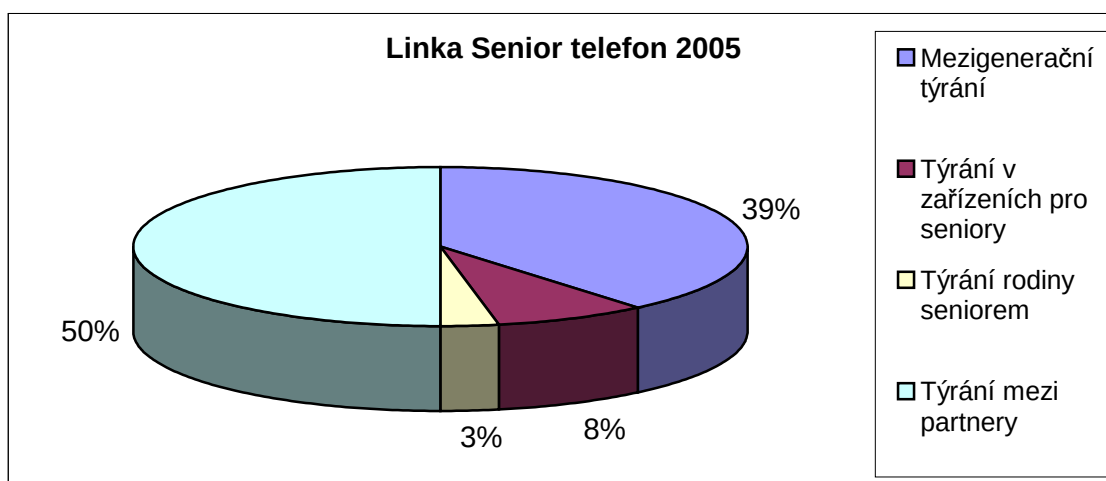
Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 5: nejvíce respondentů, v absolutním čísle tedy 20, by se jako oběť špatného zacházení obrátili na svého syna či dceru. Na tuto otázku odpovědělo 66% z celkového počtu dotazovaných seniorů, kteří věděli, na koho se mají obrátit.

4.3. Sekundární analýza dat

V České Republice dosud neexistuje jednotný systém hlášení případů násilí na seniorech. Zatím lze vycházet pouze ze statistik občanských sdružení či organizací, které si vedou přesnou evidenci případů, jež je také zpravidla veřejně dostupná všem zájemcům o tuto problematiku. Z veřejně dostupných zdrojů jsem zjistila, že např. Sdružení Život 90 v r. 2005 evidovalo celkem 135 případů špatného zacházení se seniory (viz. graf 18).

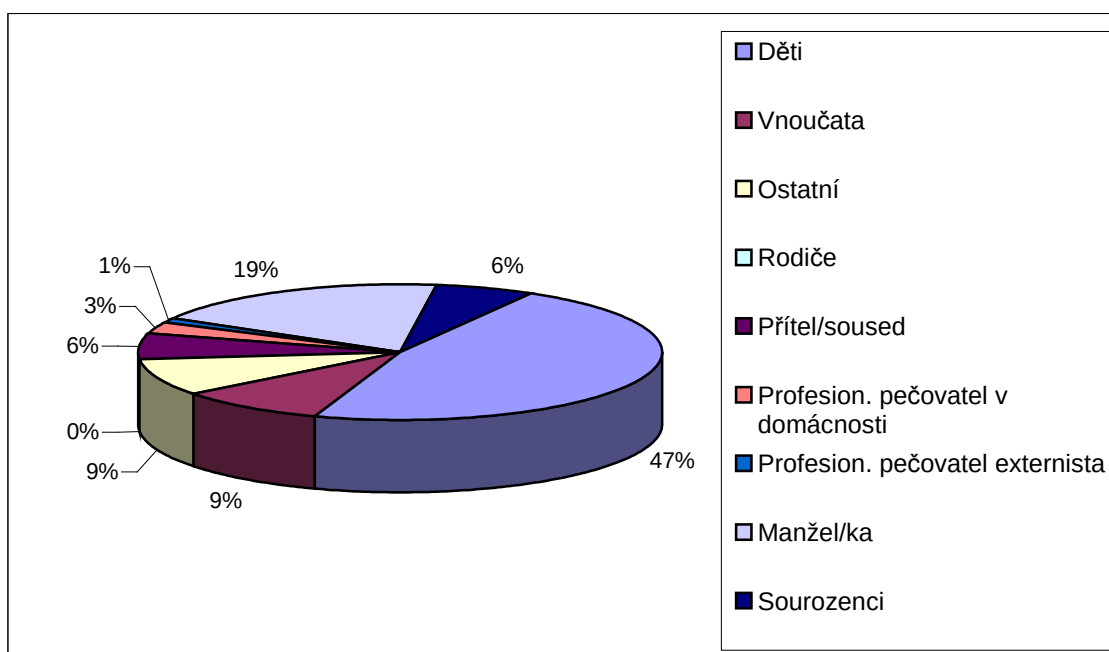
Graf 18 (v %): Vytížení linky Senior telefon v r. 2005:



Zdroj: Statistika záznamů Linky krizové pomoci Senior telefon Sdružení Život 90 za rok 2005

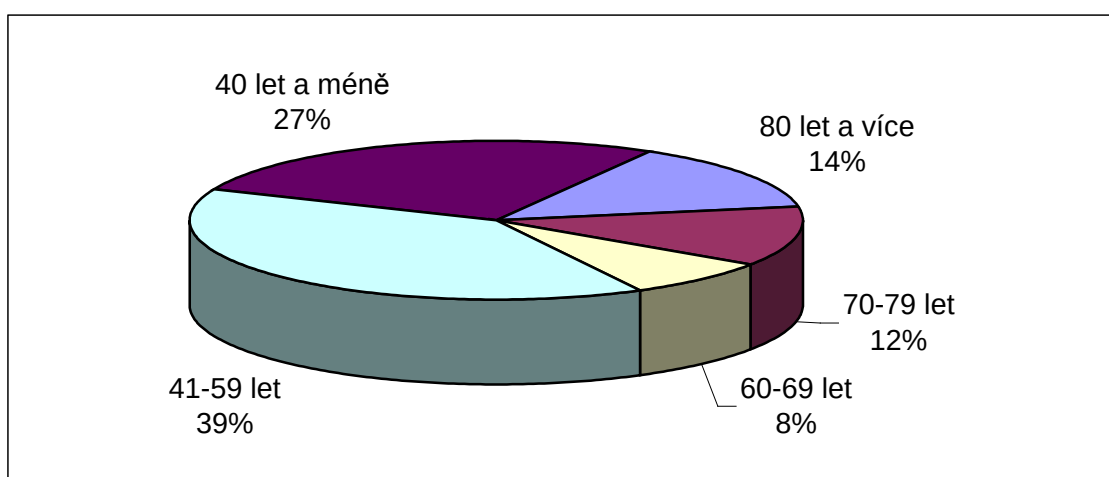
Graf 18: Až z 50% dochází k týrání mezi partnery, dále je nezanedbatelnou skupinou s 39% mezigenerační týrání, tzn. týrání seniorů jejich dětmi či vnoučaty. Tyto údaje lze porovnat se statistikou z USA z r. 1997, kde k týrání ze strany manželů dochází v 19% a ze strany dětí v 47%. Statistika USA však podrobněji označuje pachatele násilí na seniorech. Jsou zde zahrnuti i sourozenci – 6%, dále přátelé/sousedé – 6%, vnoučata – 9%, profesionální pečovatelé v domácnosti – 3% a profesionální pečovatelé z agentur, kteří za seniory docházejí domů – 1%. Rodiče seniorů zde z pochopitelných důvodů tvoří 0% (viz. graf 19).

Graf 19 (v %): Pachatelé týrání dle vztahu k seniorovi (USA):



Zdroj: Elder Abuse, National centre on Elder Abuse, USA 1997

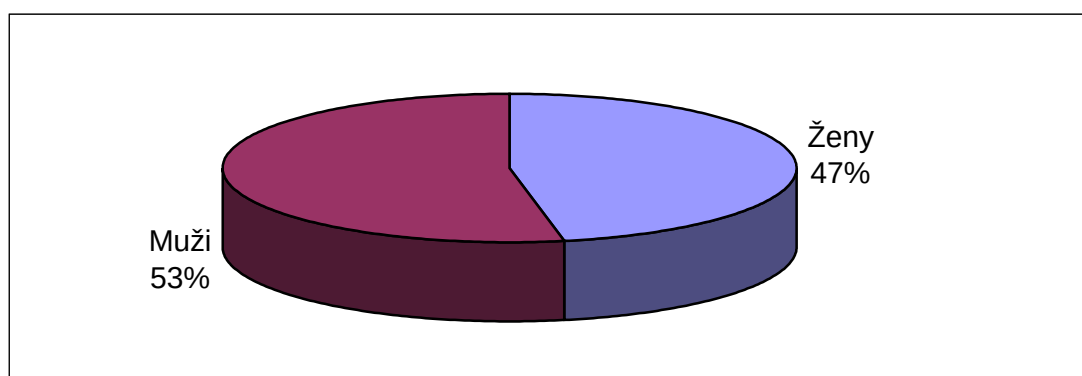
Graf 20 (v%): Pachatelé týrání seniorů dle věku (USA):



Zdroj: Elder Abuse, National centre on Elder Abuse, USA 1997

Graf 20: nejčastějšími pachateli násilí na seniorech jsou osoby ve věku 41-59 let, tvoří 39% z celkového počtu, druhou nejpočetnější skupinou jsou pachatelé ve věku 40 let a méně. Ti tvoří 27 %..

Graf 21 (v %): Pachatelé násilí na seniorech dle pohlaví (USA):

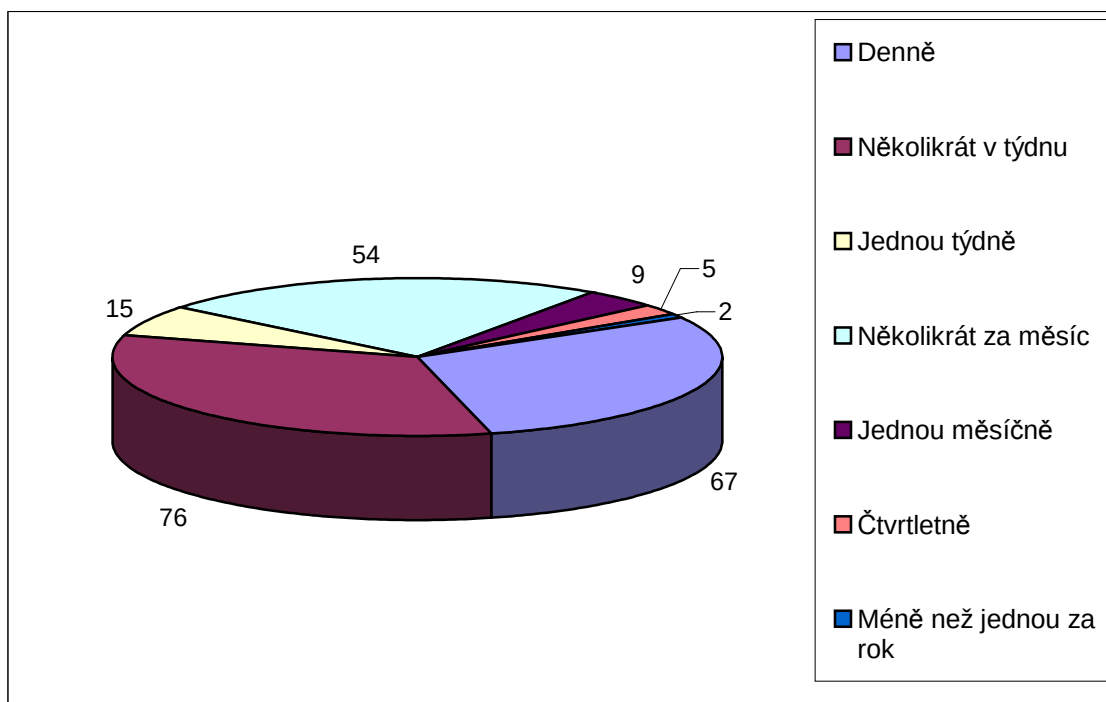


Zdroj: Elder Abuse, National centre on Elder Abuse, USA 1997

Graf 21: násilí na seniorech se v USA dopustilo v r. 1997 47% žen a 53 % mužů.

Podle informací Bílého kruhu bezpečí u nás v České Republice za rok 2005 je ohlášeno pouze 16% případů týrání seniorů. Dalších 84% zůstává skryto veřejnosti. Podle výroční zprávy Bílého kruhu bezpečí za rok 2005 je typickým klientem obětí násilí v graduující fázi, kdy pravděpodobné řešení je možné jen v trestně právní rovině. Linku Dona kontaktovalo v r. 2005 2278 osob z důvodu domácího násilí. 55% těchto osob ji kontaktovalo v případech, kdy násilí netrvalo déle než 3 roky. Podle odborníků jsou neohroženější skupinou ženy ve věku 25-40 let, dále ženy na mateřské dovolené, osoby zdravotně postižené a osoby, které ukončily pracovní činnost. Přesná statistika násilí, které by se týkalo pouze seniorů, není k dispozici.

Graf 22 (v absolutních číslech): Četnost domácího násilí v ČR v r. 2005:



Zdroj: Statistika Bílého kruhu bezpečí - Výroční zpráva za rok 2005 (31)

Graf 22: nejvíce lidí, tedy 76, je obětí domácího násilí několikrát v týdnu. Druhou nejpočetnější skupinou – 67, jsou oběti domácího násilí s denní pravidelností.

5. Diskuze

Téma EAN – Špatné zacházení se seniory je v současné době stále opomíjeným problémem. Neexistuje tak přená evidence kauz jako evidence případů syndromu CAN. Veřejnost ještě stále není dostatečně informována a bohužel senioři jsou často veřejností opomíjeni a ocitají se na okraji společnosti jakožto skupina lidí, která je již nepotřebná a jak se říká „za zenitem“.

Jak píše Tošnerová, přestože věk obyvatel České Republiky stále stoupá, dosud neexistuje model stárí, jak jej známe např. z USA, kde bývá senior člověkem finančně zajištěným natolik, aby mohl cestovat, věnovat se svým koníčkům a zálibám a hlavně se svobodně rozhodovat o svých záležitostech. Stále u nás převládá z minulosti typický obraz důchodce, který se odchodem do penze víceméně stáhl z aktivního společenského života a smyslem jeho života i nadále zůstává podpora rodiny a péče o vnoučata. Také proto čas od času můžeme v tisku nebo v televizi narazit na reportáže, které vystavují na odiv seniory, kteří plavou, cvičí, cestují či mají jiné zájmy, což podporuje stereotypní myšlení mladé populace (30).

Z dotazníkového šetření jsem získala poměrně ucelený obraz o názorech a zkušenostech profesionálních pečovateli i seniorů, ale také na povrch vyvstaly některé skutečnosti, které by bylo třeba řešit. V první řadě jsem vybrala tyto aktivity, které mohou do budoucna pomoci řešit otázku špatného zacházení se seniory:

1. Vzdělávání a zvyšování kvalifikačních předpokladů zdravotníků a sociálních pracovníků, zejm. v otázkách etiky v práci se seniory a v prevenci syndromu vyhoření.
2. Zlepšení informovanosti odborného personálu v otázce řešení Syndromu EAN.
3. Odborná pomoc psychologa ve zdravotnických a sociálních zařízeních.
4. Podpora dobrovolnické práce se seniory a její lepší propagace na veřejnosti. Vzdělávací a informační semináře na školách o vzájemném soužití mladé a staré generace.
5. Větší nabídka služeb pro pečující rodiny a poradenství pro neprofesionální pečovatele.

6. Vytvoření interdisciplinárních týmů (viz. kapitola 1.9.1.) a další možnosti vzdělávání mezi jednotlivými členy týmů za finanční podpory jednotlivých krajů.

První hypotéza, že s problematikou zanedbávání, opuštění, zneužívání a týrání seniorů ze strany rodiny se nejčastěji setkáváme při příjmu nemocného k první hospitalizaci z domácího prostředí, byla potvrzena. 68% respondentů z řad profesionálů odpovědělo, že se při první hospitalizaci setkali se seniorem, na němž byly patrné známky špatného zacházení (viz. graf 1). Více o tomto problému vypovídá druhý dotazník, který byl sestaven pouze pro seniory ve věku 60 a více let. Je však nutné podotknout, že ne všechny výsledky tohoto dotazníku mohou být objektivní, neboť o tak citlivé problematice se seniorům těžko svěřuje. Většina starých lidí, které jsem se svým dotazníkem oslovila, se velmi styděla o jakýchkoliv problémech hovořit. To je pochopitelné. Převládá stud, strach z potrestání, pocity bezradnosti, ale i zdánlivě neuvěřitelný fakt, kdy u oběti převažuje obava ze ztráty byť agresivně se chovající, ale blízké osoby. Jsou známy i případy, kdy oběť dokonce zapírá a snaží se zakrývat skutečnost, která není příznivá. Pocit zahanbení je projevem naprostého životního debaklu. Přítomen je kromě pocitu emocionálního také pocit ekonomické závislosti na druhých. To vše jsou důvody k mlčenlivosti a zatajování příznaků **(16)**. Co se týče špatného zacházení, 24% seniorů odpovědělo, že se k nim příbuzní chovali tak, že se jich báli. Pouhých 6% seniorů na tuto otázku neodpovědělo (viz. graf 11). Po sesbírání dotazníků jsem zjistila, že se dosud neobjevila osoba, která by se jich na tuto problematiku ptala a že jsem byla první, kdo se o to zajímal. Taková informace už je varující. Mezi personálem a seniory bohužel dosud existuje komunikační bariéra.

V současné době probíhá v našem městě příprava komunitního plánování. Občané mají možnost vyjádřit se v dotazníku, jaké služby jim chybí, jaké služby dosud využívají a co by navrhovali ke zlepšení situace. Předpokládám, že výsledky dotazníku odhalí skutečnou situaci v našem městě a dojde ke vzniku když ne seniorského centra tak alespoň jiných služeb pro seniory v rozsahu, který umožní jim či jejich rodinným příslušníkům zlepšit kvalitu života. Kalvach uvádí, že politici by měli více vycházet z demografických závěrů o stárnutí populace a tomu i přizpůsobit t

své reformy s výhledem na několik desetiletí dopředu **(18)**.

Vrátím-li se ke komunikační bariéře, 50% seniorů má možnost svěřit se se svými problémy, oproti tomu 35% seniorů nechce tímto nikoho zatěžovat anebo 9% se o nich stydí mluvit (viz. graf 15). Většinou senioři uváděli různé možnosti, na koho by se obrátili. Velkou měrou by to byl někdo z rodiny, nejvíce syn anebo dcera jakožto jejich nejbližší příbuzní. Na sociálního pracovníka by se obrátilo jen minimum seniorů (viz. graf 17 a tab. 5). Svědčí to o tom, že služby sociálního pracovníka ve výše jmenovaných zařízeních rozhodně nejsou na takové úrovni, na jaké by být měly. Chybí tady vytvoření vzájemných vazeb, zmapování situace sociálním pracovníkem a poskytnutí své pomoci. Bohužel funkce sociálního pracovníka v současné době spočívá hlavně v „papírování“, ale lidská stránka věci a podstata celé sociální práce se jaksí v reále vytrácí. Šolcová, Kebza uvádí, že sociální pracovník musí být ten, který předně vytváří příznivé prostředí pro komunikaci s klientem anebo jeho rodinou, který buduje pevné vazby a prostředí důvěry, který aktivně vyhledává a oslovuje potřebné, podílí se na procesu znovuoobnovování kvality života, připravuje a realizuje plán práce s klientem či jeho rodinou, vyhodnocuje, ale hlavně musí být rovnocenným partnerem na této strastiplné cestě **(20)**.

Otázky finanční podpory rodiny ze strany seniora se jevily jako velmi citlivé téma. Stále v naší společnosti převládá názor, že senior je povinen se finančně postarat i o své dospělé, produktivní potomky a nebude-li tomu tak, doplatí na to. Bohužel někteří potomci si dosud nejsou vědomi povinnosti postarat se o své rodiče, protože je k tomu nikdo nevychoval a tak stále dokola se děti starých rodičů diví, že péče a povinnosti teď leží na jejich bedrech a mnohdy s tím nechtějí mít nic společného. Tvrdí, že o takové lidi se musí nutně starat profesionálové, kteří jsou k tomu odborně vzdělávání, ale jde jen o demagogický názor. 54% seniorů odpovědělo, že finančně podporuje svoji rodinu a že v 30% je tato podpora rodinou vyžadována (viz. graf 13). V případě odmítnutí finanční pomoci by toto mělo v 27% negativní důsledky (viz. graf 14). Zimmerlová uvádí, že pokud se tedy senior rozhodne podporovat finančně svoji rodinu, pomoc by měla být pouze dobrovolná **(38)**. V rámci výzkumu nebyli senioři dotazováni na výši částky, protože vztah senior-rodina není výši této částky

podmíněn. I přesto, že výzkum byl zcela anonymní, na některé z otázek nechtěli senioři odpovídat, jakoby by měli odhalit ještě něco navíc, co by se nemělo dostat na veřejnost.

Druhou – dílčí hypotézu můj výzkum též potvrdil. Špatné zacházení se seniory skutečně zanechává psychické následky. V případě dotazování profesionálních pečovatelů o špatném zacházení se seniory, nejvíce je pácháno dle respondentů násilí v kombinaci psychické, fyzické a ekonomické (viz. graf 3). Bohužel se i profesionálové ve svých řadách setkávají s kolegy, kteří špatně zacházejí s klienty v institucionální péči. Nejčastěji je zmiňována slovní hrubost (viz. graf 4).

Celé úskalí pramení dle respondentů z toho, že ošetrovatelský personál není schopen uspokojit všechny potřeby seniorů a své problémy nemá na pracovišti s kým konzultovat. Částečně to může být způsobeno tím, že v zařízeních pro seniory a v nemocnicích chybí psychologové, je zde malý zájem rodiny o spolupráci a na jednotlivých pracovištích chybí supervize. Ani na jednom z pracovišť, kde byly rozdány dotazníky, neprobíhá supervize a profesionální pečovatelé dle dotazníku ze 76% nemají s kým konzultovat své problémy. To také potvrdily výsledky prvního dotazníku, které se týkají syndromu vyhoření. Více jak polovina respondentů z řad profesionálů nezná prevenci proti tomuto jevu. Jak uvádí Bajer, řešením by mohly být pravidelně konané supervize pod vedením psychologa či erudovaného supervizora s hledáním řešení a prevence, kde by se mohli zaměstnanci svěřit se svými starostmi a problémy, aniž by je čekalo potrestání či pokárání ze strany vedoucího pracovníka **(20)**. Syndrom vyhoření je totiž jednou z nejčastějších příčin uvažování o změně profese. Můj výzkum toto tvrzení potvrdil. Zjistila jsem, že o otázce změny profese přemýšlí více jak polovina zaměstnanců, tj. 54% (viz. graf 7).

Jak dále uvádí Bajer, další prevencí jsou vzdělávací programy pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty a výcviky, které umožní lidem v pomáhajících profesích rozpoznat na sobě samých nejružnější situace, prožitky a reakce, které jsou situacemi, prožitky a reakcemi jejich klientů.. Pracovníci by pak mohli lépe pochopit potřeby a pocity klientů seniorů, lépe orientovat svoji pomoc a pracovat s hranicí ve vztazích **(20)**.

Dále je velmi důležité vzdělávání vedoucích pracovníků. Cílem manažerského vzdělávání by měla být podpora týmu, posilování soudržnosti organizace, vzájemného poznávání, výměna zkušeností, vědomí vzájemné potřeby a společný prožitek. Cílem by měl být rozvoj interní supervize zaměřené na rozvoj pracovníka, nikoliv na řešení toho, co je všechno ještě třeba stihnout **(20)**.

Sekundární analýza dat pak potvrdila, že nejčastějším pachatelem násilí na seniorech jsou vlastní děti (viz. graf 17). Ač je toto výsledek výzkumu USA, dá se předpokládat, že u nás jsou výsledky obdobné vzhledem k tomu, že dotazovaný personál potvrdil velkou většinou v dotazníku možnost, že se již setkal se seniorem či jeho příbuznými, kteří s ním špatně zacházeli. Jak uvádí Zimmerlová, v rámci psychického násilí se nejčastěji senioři setkávají s nadávkami, urážkami a celkově ponižujícím chováním **(38)**. Můj výzkum toto tvrzení potvrdil.

V rámci dotazníků jsem zjistila, že nejvíce seniorům vadí nadávky a posměšky a to zejména od mladší generace. Bohužel jsem došla ještě k dalšímu nepříliš pěknému závěru. 41% seniorů se v minulosti setkala s tím, že s nimi ošetrovatelský personál špatně zacházel a 19% seniorů potvrdilo, že s nimi zachází špatně i v současnosti (viz. graf 16). Souvislost můžeme hledat s již výše zmíněným problémem prevence Syndromu vyhoření a s problematikou supervizí na pracovišti. Řešením problému Syndromu EAN je hlavně prevence zavedení systematického monitoringu případů týrání seniorů, kterému se dosud nevěnuje pozornost. Dále je nutné v rámci celé společnosti neodsouvat seniorskou problematiku do ústraní, neboť počet seniorů v populaci stoupá. Ruku v ruce s tím jde i plánování komunitních služeb s výhledem do budoucna, zaměřených na seniory a budování bezbariérových služeb a poradenství se seniorskou problematikou. Je nutné též se zabývat vzděláváním pracovníků pomáhajících profesí nejen v legislativním rámci, ale také v rámci osobnostních vlastností, psychologie a znalostí z geriatric a gerontologie. Napomoci v této situaci mohou karty pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi či v primární péči zaměřené na problematiku špatného zacházení se seniory a karty pro lékaře, vydané Bílým kruhem bezpečí (viz. příl. 3). Odborní pracovníci se totiž jen neradi ptají na věci zcela soukromého až intimního rázu. Zde převládá názor, že dospělý člověk zná

mechanismy, které umí použít tak, aby k nežádoucím jevům nedocházelo. Zejména v případě ekonomického násilí nebo podezření na tento typ násilí je dotazování velmi obtížné, protože společenská norma hodnotí tyto dotazy jako neetické a nepatřičné(29).

Každé setkání s problematikou týrání nás hluboce zasáhne a obvykle v nás vyvolá ambivalentní pocity. Na jedné straně bychom pomohli, na straně druhé se obáváme odmítavého postoje postiženého. Odkrývání složitých mezilidských vztahů a osobních tragédií je traumatizující záležitostí pro všechny zúčastněné strany – pro oběť, pachatele i pro pomáhajícího. Od pomáhajícího vyžaduje navíc obrovskou dávku empatie, schopnosti navázat vztah, ale i prostou lidskou účast a nepochybně osobní odvahu problém řešit.

6. Závěr

Provedený kvantitativní výzkum potvrdil hypotézu, že senioři jsou nejčastěji týráni a zneužíváni ze strany rodiny. Nejvíce je pácháno dle respondentů násilí v kombinaci psychické, fyzické a ekonomické. 79% respondentů z řad profesionálních pečovatелů odpovědělo, že se již setkali ve své profesi s příbuznými seniora, kteří s ním špatně zacházeli. Dílčí hypotéza, že špatné zacházení zanechá následky na psychickém stavu seniora se též potvrdila. Psychické násilí se vyskytuje u seniorů nejčastěji v kombinaci s fyzickým a ekonomickým. Nemalou měrou, a to 41% v období předešlé hospitalizace nebo pobytu v zařízení a 19% v současné době při pobytu v zařízení, se senioři setkali se špatným zacházením ze strany personálu.

Česká Republika nevede přesnou statistiku různých způsobů Syndromu EAN. Sekundární analýzou dat jsem mohla zjistit nanejvýš konkrétní čísla špatného zacházení v USA. Lze předpokládat, že prevalence zkoumaného jevu je u nás velmi podobná situaci v USA.

Prostřednictvím jednotlivých kapitol nahlížím na problém špatného zacházení se seniory a na seniorskou problematiku z různých úhlů. Je nasnadě, že prvotní řešení problému spočívá v komplexním pohledu na danou věc. Je zcela zřejmé, že v péči o seniory nelze již dále oddělovat zdravotnickou a sociální část, je třeba, aby tyto navzájem na sebe navazovaly a prolínaly se. Velký podíl, jak v práci ukazuji, by měl být na straně personálu, ať se to již týká zvyšování kvalifikace v seniorské problematice, tak i na straně rodiny, která by měla být maximálně podporována v domácí péči o seniora. Další velkou roli hraje osvěta a seznamování veřejnosti s problematikou špatného zacházení, která je dosud jen minimální.

V ČR je seniorská problematika stále na okraji zájmu, ale problém EAN je širší než se může zdát. Jelikož populace stárne a senioři v budoucnu budou tvořit významnou část naší společnosti, je nutné se začít problémem urychleně a systematicky zabývat.

7. Seznam použité literatury:

1. **Ageismus.** *Encyklopedie Diderot 2002: Všechno, co potřebujete vědět.* Verze 2002. [CD-ROM]. Praha. Diderot. 2001.
2. **BAJER, P.:** *Zavedení manažerské supervize přispělo k efektivnějšímu řízení. Sociální práce.* 2006. č. 3. str. 11-13. ISSN 1213-6204
3. **Bílý kruh bezpečí** [online]. Dostupné z:
URL:<http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNode=341>[cit. 2006-25-12]
4. **BOLDIŠ, P.:** *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690-1 a ČSN ISO 690-2 (01 0197). Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla.* Verze 3.2. Praha. 2002
5. **BOLDIŠ, P.:** *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197). Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů.* Verze 2.5. Praha. 2002
6. **BRETSCHNEIDER, J.C. - McCOY, N.L.:** *Sexual interest and behavior in healthy 80-102 years old*, str. 109-129, Arch. Sex. Behav. 17, 1988
7. **ČERVENÝ, Z. – ŠLAUF, V.:** *Přestupkové právo. Komentář k zákonu o přestupcích včetně textu souvisejících předpisů.* 12. vyd.. Linde. Praha 2004. ISBN 80-7201-508-7
8. **Český helsinský výbor** [online]. Dostupné z:
URL:< <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2004110301/>> [cit. 2006-28-12]
9. **DE BENEDICTIS, T. - JAFFE, J.:** *Elder Abuse: Types, Signs, Symptoms, Causes and Help* [online]. Dostupné z:
URL:<http://www.helpguide.org/mental/elder_abuse_physical_emotional_sexual_neglect.htm/> [cit. 2007-23-03]
10. **Demografické stárnutí.** [online]. Dostupné z:
URL: <http://www.demografie.info/?cz_demstarnutivyvoj> [cit. 2006-11-16].
11. **DONA linka** [online]. Dostupné z:
URL:< http://www.donalinka.cz/news.php?action=showNews&id_categoryNode=465> [cit. 2006-28-12]

12. **DONA linka. Zákon na ochranu před domácím násilím** [online]. Dostupné z: URL:<http://www.donalinka.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNod e=386> [cit. 2006-28-12]
13. **ELPIS** [online]. Dostupné z: URL:< <http://www.ovajih.cz/jiznilisty/2002/jl8/jl04.html/>> [cit. 2006-28-12]
14. **EU & já jako senior** [online]. Dostupné z: URL: <<http://www.euroskop.cz/43452/113656/clanek/eu-ja-jako-senior/duchodovy-vek-v-cr/>> [cit. 2006-11-18]
15. **GRUBEROVÁ, B.:** *Gerontologie*. 1. vyd. Č. Budějovice. ZSF JCU.1998. s. 25-44. ISBN 80-7040-286-5
16. **HOLMEROVÁ, I.:** *Evropská charta pacientů seniorů* [online]. Dostupné z: URL: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=215>> [cit. 2006-11-17].
17. **JELÍNEK, J. a kol.:** *Trestní zákon a trestní řád*. 24. vyd.. Linde Praha 2006. ISBN 80-7201-618-0
18. **KALVACH, Z.:** *Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém, Časopis lékařů českých*, 136, str. 170-173, 1997
19. **KALVACH, Z.:** *Zanedbávání a týrání seniorů. Sestra .Roč. 8. Č. 5. s. 10-11. 1998*
20. **KEBZA,V. – ŠOLCOVÁ, I.:** *Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2. vyd. Státní zdravotní ústav. s. 6-7. Praha 2003. ISBN 80-7071-231-7
21. **LANGMAIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D.:** *Vývojová psychologie. Stáří*. str. 184-197. 3. vyd. Grada Publishing, Praha 1998. ISBN: 80-7169-195-X
22. **Mýty o umírání** [online]. Dostupné z: URL: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=173>> [cit. 2006-12-01]
23. **Nadační fond Elpida** [online]. Dostupné z: URL:< <http://www.zlatypodzim.cz/>> [cit. 2006-28-12]
24. **Občanské sdružení ROSA** [online]. Dostupné z: URL:< <http://www.rosaos.cz/index.php?id=12/>> [cit. 2006-30-12]

- 25. PICHAUD, C.- THAREAUOVÁ, I.:** *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha. Portál. str. 39.1998. ISBN: 80-7178-184-3
- 26. PODLAUF I. – CAHA, J. a kol:** *Anglicko český, Česko anglický slovník*. 9. vyd. Praha. SPN. 1994.
- 27. Poslední chvíle** [online]. Dostupné z:
URL: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=227&lang=cs>> [cit. 2006-11-26]
- 28. Syndrom vyhoření** [online]. Dostupné z:
URL:< http://cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyho%C5%99en%C3%AD > [cit. 2006-12-16]
- 29. TOŠNEROVÁ, T.:** *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha. s. 14-32. Ambulance pro poruchy paměti, 3.LF UK.2002. ISBN 80-238-9506-0
- 30. TOŠNEROVÁ, T.:** *Špatné zacházení se seniory*. 1. vyd. Praha. s. 8-14. Ambulance pro poruchy paměti, 3.LF UK .2002. ISBN 80-238-9505-2
- 31. Výroční zpráva BKB** [online]. Dostupné z:
URL:< http://www.bkb.cz/files/uploaded/UserFiles/File/VZP_05_BKB.pdf /> [cit. 2007-23-03]
- 32. WOBR, R.:** *Ontogeneze* [online]. Dostupné z:
URL: <http://www.eamos.cz/amos/kat_text/zakony_ontogeneze/stari> [cit. 2006-11-28]
- 33. Zákon na ochranu před domácím násilím** [online]. Dostupné z:
URL:< http://www.donalinka.cz/files/uploaded/UserFiles/File/zakon_sbirka.doc> [cit. 2006-28-12]
- 34. Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů** [online]. Dostupné z:
URL:< <http://www.kurzy.cz/zakony/94-1963-zakon-o-rodine/cast-3/>> [cit. 2006-25-12]
- 35. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů** [online]. Dostupné z:
URL:< <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>> [cit. 2006-12-26]

36. *Zásady OSN pro seniory* [online]. Dostupné z:

URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>[cit. 2006-11-16].

37. *Zdraví seniorů- Rady a doporučení* [online]. Dostupné z:

URL: < http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radydoporuceni_detail.php? > [cit. 2006-12-03]

38. ZIMMELOVÁ, P.: *Ekonomické násilí na seniorech*. Sociální práce. 2006. č. 2. str.83. ISSN 1213-6204

8. Klíčová slova

Stáří

Ageismus

Syndrom EAN - Elder Abuse and Neglect

Rezoluce OSN č. 46/91

Evropská charta pacientů seniorů

Syndrom vyhoření (Burnout syndrom)

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník určený odbornému personálu pečujícímu o seniory

Příloha 2 Dotazník určený seniorům využívajících služeb zdravotnického nebo sociálního zařízení

Příloha 3 Karty pro sestry a lékaře

Příloha 1

Dotazník určený profesionálům pracujícím se seniory

Jmenuji se Jiřina Hanzelová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích. V rámci bakalářské práce na téma Špatné zacházení se seniory se v současné době zabývám monitorováním situace seniorů a jejich pečujících v Karlovarském kraji. Získané údaje budou zpracovány výhradně za účelem této práce a jsou zcela **anonymní**. Tato data mohou v budoucnu napomoci řešit otázku špatného zacházení se seniory. Děkuji Vám, že jste se ujal(a) vyplnění dotazníku.

1. Shledali jste již na seniorovi, který byl u Vás poprvé hospitalizován, známky špatného zacházení?

Ano

Ne

2. Setkal(a) jste se už s příbuznými seniora, kteří s ním podle vás špatně zacházeli?

Ano

Ne

3. Jaké násilí na seniorech je, podle vašeho názoru, pácháno nejčastěji? Vyberte, prosím, pouze jednu možnost:

Fyzické

Psychické

Kombinace fyzického a psychického násilí

Ekonomické

Kombinace fyzického, psychického a ekonomického násilí

Sociální

Sexuální

4. Setkal(a) jste se už s tím, že některý z vašich kolegů špatně se seniorem zacházel?

Ano

Ne

Jestliže ano, prosím, vyberte jednu z následujících možností, která tuto situaci bude vystihovat nejlépe:

Slovní hrubost

Psychický nátlak

Fyzické násilí

Omezování a výhrůžky

Neprofesionální přístup (nepřímé vyžadování malých odměn)

5. Domníváte se, že na vašem pracovišti chybí potřebné vybavení pro práci s nemocnými seniory?

Ano

Ne

6. Máte možnost ve svém zařízení konzultovat své problémy s nějakým odborníkem?

Ano

Ne

7. Cítíte se často vyčerpaný/á

Ano

Ne

8. Uvažujete v poslední době o změně profese?

Ano

Ne

9. Znáte prevenci proti jevu syndromu vyhoření?

Ano

Ne

Napište, jaká preventivní opatření podnikáte, abyste se od syndromu vyhoření uchránil(a):

.....

.....

10. Nabízel vám už některý ze seniorů za vaše služby nějakou malou odměnu?

Ano

Ne

Jestliže ano, kterou? Vyberte, prosím, jednu z následujících možností:

Finanční

V podobě bonboniéry, čokolády apod.

Láhev alkoholu

Jinou

11. Dovedl(a) byste poradit seniorovi, o němž víte, že je obětí špatného zacházení, na koho se obrátit?

Ano

Ne

Jestliže jste odpověděl(a) Ano, uveďte, prosím, příklad:

.....

12. Uveďte, v jakém zařízení pracujete. Vyberte, prosím, jednu z následujících možností:

Nemocnice

Domov důchodců s pečovatelskou službou

Penzion pro důchodce

Agentura domácí péče

Stacionář pro seniory

Léčebna dlouhodobě nemocných

Jiné zařízení

Děkuji za Vaši ochotu dotazník vyplnit.

Příloha 2

Dotazník určený seniorům

Jmenuji se Jiřina Hanzelová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích. V rámci bakalářské práce na téma Špatné zacházení se seniory se v současné době zabývám monitorováním situace seniorů a jejich pečujících v Karlovarském kraji. Získané údaje budou zpracovány výhradně za účelem této práce a jsou zcela **anonymní**. Tato data mohou v budoucnu napomoci řešit otázku špatného zacházení se seniory. Děkuji Vám, že jste se ujal(a) vyplnění dotazníku.

1. Jste:
Muž
Žena
2. Kolik je vám let?
60-64
65-69
70-74
75-79
80 let a více
3. Navštěvují vás vaši příbuzní?
Ano
Ne
Nemám žádné příbuzné
4. Chovali se k vám někdy příbuzní tak, že jste se jich bál(a)?
Ano
Ne
Nechci odpovídat
5. Podporujete finančně svoji rodinu?
Ano
Ne
Jen když o finanční pomoc požádají
Nechci odpovídat
6. Je od vás finanční pomoc vyžadována?
Ano
Ne
Nechci odpovídat
7. Pokud je tato pomoc vyžadována bude mít negativní důsledky její odmítnutí?
Ano (budou omezeny návštěvy apod.)
Ne
Nechci odpovídat

8. Máte možnost svěřit se někomu se svými problémy?

Ano

Ne

Stydím se o nich s někým mluvit

Nechci se svými problémy nikoho zatěžovat

9. Zacházel s vámi někdy ošetrovatelský personál špatně?

Ano, v minulosti se mi to už stalo

Ano, nyní při mém pobytu zde

Ne, nikdy

Nechci odpovídat

10. Domníváte se, že zejména mladší generace se k vám neumí dobře chovat?

Ano

Ne

Jestliže jste vybral(a) odpověď Ano, vyberte, prosím, jednu položku, která vám nejvíce vadí:

Nadávký

Fyzické útoky

Slovní výhrůžky

Posměšky

11. Víte, na koho byste se mohl(a) obrátit v případě, že se stanete obětí špatného zacházení?

Ano

Ne

Na nikoho bych se neobrátil(a), svůj problém bych si nechal(a) jen pro sebe

Napište na koho byste se obrátil(a) v případě že byste se stal(a) obětí takového zacházení

Sociální pracovník

Policie

Známý

Linka pomoci seniorům

Někdo další, napište, prosím, kdo:

.....
.....

Děkuji za Vaši ochotu dotazník vyplnit.

Příloha 3

Tuto přílohu tvoří karty pro profesionály, vydané Bílým kruhem bezpečí. Tyto karty mohou profesionálům napomoci odhalit, zda se jedná o známky špatného zacházení. Karty jsou samostatnými soubory ve formátu pdf a jsou uloženy na elektronickém nosiči CD určeném k archivaci fakultou:

1. *Karta pro sestry v klinické praxi – intervence v případech násilí na seniorech*
2. *Karta pro sestry v primární péči*
3. *Karta pro sestry v klinické praxi*
4. *Karta pro lékaře*