

**Univerzita Karlova v Praze**

**Fakulta humanitních studií**

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

**Násilí na seniorech v ústavní péči a jeho prevence z pohledu vedoucího pracovníka**

Autor práce: Markéta Bowe

Vedoucí magisterské práce: MUDr. Iva Holmerová, Ph D

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem tuto magisterskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedené literatury.

V Praze, 30.8.2006

Děkuji vedoucí této práce, MUDr. Ivě Holmerové, Ph D za odborné vedení, cenné podněty, nadhled a povzbuzení. Děkuji také všem účastníkům výzkumu za jejich otevřené odpovědi.

Markéta Bowe

## **Obsah :**

<b>Abstrakt</b>	7
<b>Úvod</b>	8
<b>I. Teoretická část</b>	
1. Vymezení pojmu senior a demografický trend	10
2. Definice násilí na seniorech	12
3. Výskyt násilí na seniorech	13
4. Historie výzkumu násilí na seniorech	14
5. Formy a projevy násilí na seniorech	15
5.1 Fyzické násilí	15
5.2 Psychické násilí	15
5.3 Finanční zneužívání	15
5.4 Sexuální násilí	16
5.5 Zanedbávání	16
5.6 Další formy	16
6. Faktory zvyšující riziko násilí	18
7. Kde k násilí dochází	20
8. Identifikace násilí a pomoc oběti	20
9. Ústavní péče	23
9.1 Ústavní sociální péče	23
9.1.1 Zákon o sociálních službách a změna v terminologii a pojetí	24
9.2 Odborné léčebné ústavy a léčebny dlouhodobě nemocných	25
10. Četnost výskytu a formy násilí na seniorech v ústavní péči	25
11. Faktory přispívající k násilí v ústavní péči	28
11.1 Syndrom vyhoření	30
12. Pracovníci pomáhajících profesí jako pachatelé násilí	30
13. Charakteristika oběti	32
14. Zanedbání a poškozující péče	33
14.1 Malnutrice a dehydratace	33
14.2 Imobilizace a omezující prostředky	34
14.3 Umírání v instituci	34

15.	Role a nástroje vedoucího pracovníka při prevenci násilí v ústavní péči	36
15.1	Poslání a hodnoty organizace	36
15.1.1	Poslání organizace	36
15.1.2	Hodnoty organizace	37
15.2	Řízení lidských zdrojů	39
15.2.1	Výběr pracovníka	39
15.2.2	Uvedení do organizace	40
15.2.3	Psychologická smlouva	40
15.2.4	Hodnocení pracovního výkonu	41
15.2.5	Vzdělávání	41
15.2.6	Supervize	41
15.2.7	Otevřená komunikace	43
15.2.8	Disciplinární řízení	43
15.3	Řízení a monitorování kvality	44
15.3.1	Systemy řízení kvality	44
15.3.2	Principy rozvoje kvality v rezidenčních službách pro seniory	46
15.3.3	Standardy kvality v sociálních službách a Zákon č. 108/2006 o sociálních službách	47

## **II. Praktická část**

1.	Úvod	49
1.1	Zdůvodnění výzkumu	49
1.2	Struktura výzkumné zprávy	49
2.	Metoda	50
2.1	Etické aspekty	51
2.2	Technika analýzy	51
3.	Výsledky	52
3.1	Faktory	52
3.1.1	Osoba pomáhajícího pracovníka	52
3.1.2	Kvalita vedoucích pracovníků	56
3.1.3	System	57
3.1.4	Společnost	58

3.2	Formy	59
3.2.1	Poškozující chování a postoje	59
3.2.2	Zanedbávající a nedostatečná péče	60
3.2.3	Psychické násilí	62
3.2.4	Fyzické násilí	62
3.2.5	Zneužívání majetku seniora	63
3.2.6	Systémové týrání	63
3.3	Výskyt	63
3.4	Oběť	64
3.5	Nástroje prevence	65
3.5.1	Organizace se zájmem o klienty i zaměstnance	65
3.5.2	Kvalitní a osvědčený vedoucí pracovník	66
3.5.3	Pomáhající pracovník, který se dále rozvíjí a vzdělává	68
3.5.4	Podpora seniorů k prosazování vlastních práv a zájmů	69
3.5.5	Spolupráce s rodinou	69
3.5.6	Informovaná a k seniorům přátelská společnost	69
4.	Shrnutí a závěry	70
	<b>Závěr</b>	76
	Seznam použité literatury	77
	<b>Přílohy</b>	
	Projekt diplomové práce	81
	Tresty za jednotlivé formy násilí dle Trestního řádu ČR	88
	Soubor otázek k polostrukturovaným rozhovorům s účastníky výzkumu	90

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá problematikou násilí na seniorech v ústavní péči páchaného pracovníky pomáhajících profesí. Teoretická část se nejprve zaměřuje na popis fenoménu násilí na seniorech obecně. Následně se soustředí na násilí, ke kterému dochází ve zdravotnických a sociálních ústavech. Závěr teoretické části tvoří návrh nad manažerských nástrojů, které může vedoucí pracovník při prevenci násilí použít.

Praktická část je tvořena popisem realizovaného kvalitativního výzkumu, v rámci kterého deset respondentů odpovídalo na otázky zaměřené na jejich názory a zkušenosti s výskytem násilí na seniorech ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**Klíčová slova:** senior, násilí, týrání, špatné zacházení, pomáhající pracovník, vedoucí pracovník, manažerské nástroje.

## **Abstract**

This thesis focuses on abuse of elderly people in institutional care by the staff. The theoretical part first starts with description of elder abuse in general and then moves onto issue of abuse of elderly people in health and social care institutions. The last part suggests instruments which can be used by manager to prevent abuse.

The practical part contains description of a qualitative research conducted with ten participants and their responses to questions about their opinions and experience with abuse of elderly people in health and social care settings.

**Key words:** elderly people, abuse, violence, maltreatment, professional carer, manager, managerial tools.

## Úvod

„Respekt je lepší než jídlo a pití“. (37, str. 13) Tímto příslovím popsal expertům Světové zdravotnické organizace svou zkušenost senior v Libanonu. Stalo se tak v rámci výzkumu násilí na starých lidech provedeném mezi seniory osmi zemí světa. V Libanonu a v dalších sedmi zúčastněných zemích byl nedostatek respektu uváděn jako nejbolestivější forma špatného zacházení se seniory.

Posledních deset let pracuji jako vedoucí zdravotních a sociálních služeb v organizaci poskytující komplex různých služeb zejména dlouhodobě nemocným a postiženým seniorům. Jedním z prvních klientů na přechodný pobyt byl pan profesor, kterému bylo přes devadesát let. Byl to skvělý člověk s fascinujícími životními příběhy a velkými zásluhami o rozvoj českého plynárenství. Tento pán od nás po měsíci odešel do jednoho domova důchodců. Po pár týdnech jsme se od rodiny dozvěděli, že v jeho novém „domově“ se musí jedenkrát týdně vysvléknout do naha, zařadit se do fronty ostatním mužů a čekat na to, až na něj přijde řada a on bude vysprchován. Pan profesor to nesl velice špatně a ani intervence rodiny nepomohli zaběhnutý postup měnit. Pana profesora jsme byli schopni přijmout zpět a nabídnout mu trvalý pobyt. Trvalo však chvíli, než se podařilo zlepšit jeho psychický a zdravotní stav, ztratil totiž vůli žít. Tenkrát bych nevěřila, že se dočkám oslavy jeho 100. i 101. narozenin.



Po postupném odhalování domácího násilí se začíná mluvit i o násilím páchaném na seniorech.

Ke špatnému zacházení, násilí či týrání může docházet kdekoliv - jak v prostředí vlastního domova, tak i na veřejnosti, na úřadech i v ústavech poskytujících dlouhodobou péči.

Specifickým rysem násilí na seniorech ve zdravotnickém či sociálním zařízení je skutečnost, že pachatelem je právě osoba odpovědná za poskytování péče v souladu s platnou legislativou, morálním kodexem své profese a posláním zařízení. (45)

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Část teoretická popisuje nejdříve problematiku násilí na seniorech obecně. Následně se zaměřuje na násilí a špatné zacházení, ke kterému dochází v ústavní péči a které páchají pracovníci pomáhajících profesí. Závěr teoretické části tvoří popis role vedoucího pracovníka ústavu při prevenci násilí na seniorech a identifikace manažerských nástrojů, které je možné při prevenci násilí využít.

Praktická část obsahuje popis metodologie a výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na problematiku násilí v ústavní péči.

## 1. Vymezení pojmu senior a demografický trend

Za seniora je obvykle považován ten, kdo dosáhl vyššího věku. Sama definice vyššího věku však může být velmi individuální a závislá na mentálních schopnostech a výkonnosti i soběstačnosti konkrétního člověka. Definic stáří existuje více než 300. (60) Odborná veřejnost užívá zejména chronologické dělení stáří podle Světové zdravotnické organizace (SZO). Za starší věk či rané stáří se podle tohoto členění považuje 60–74 let, za pokročilý stařecký věk či vlastní stáří 75–89 let a jako dlouhověkost je označováno 90 a více let věku. Setkáváme se ale i s jinými definicemi. Podle C. Pichauda a I. Thareauové je zase „starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní“ nebo ten „který žil déle než většina v té době žijících lidí“. (46, str. 25)

G. Bártíková v Informačním servisu k domácímu násilí upozorňuje, že Český právní řád pojem senior nezná. Právní předpisy z oblasti sociálního zabezpečení běžně užívají termín „starý občan“, nikde jej však nevysvětlují a tedy ani nedefinují. Výjimku tvoří vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 181/1991 Sb., která v § 72 vymezuje domovy důchodců jako zařízení především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči. (5) Termín senior se však již objevuje v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který vstupuje v platnost 1.1.2007.

Konec druhého a začátek třetího tisíciletí je spojen se společenským jevem, který předchází generace nezažily. Současný demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Počet lidí nad 65 let věku se v evropských zemích pohybuje mezi 15 - 20%. Během následujících 50 let se tento poměr zvýší na 25 - 30%. (57) Stárnutí populace se ovšem netýká jen vyspělých zemí, je to problém celosvětový. Podle SZO bude mezi roky 1990 až 2020 nárůst osob starších 60 let v rozvojových zemích jako jsou Thajsko, Keňa a Kolumbie o 300 % a v Indonésii o 400%. Za dvacet let se poměr seniorů v rozvojových zemích více než zdvojnásobí a dosáhne podílu 12% jejich celkové populace. V roce 2020 budou mít např. země jako Kuba, Argentina, Sri Lanka a Thajsko více seniorů než Spojené státy. (37)

Tento trend má značný význam pro lékařství, zdravotně sociální péči i systém důchodového zabezpečení. Zdeněk Kalvach v článku Demografický vývoj z pohledu geriatrické přičítá populační stárnutí v naší republice dvěma faktorům. Za první považuje závažný posun dvou populačních vln – nejprve tzv. poválečných dětí, narozených ve druhé polovině 40. a počátkem 50. let a poté jejich dětí, narozených v 70. letech. Poválečné ročníky překročí hranici počínajícího stáří po roce 2010 a medicínsky významného stáří dosáhnou po roce 2020. Za druhý faktor pak považuje pokles úmrtnosti v mladším věku a zvýšení pravděpodobnosti dožití se stáří. Tento posun považuje za důsledek komplexu civilizačních faktorů, mezi které řadí také vyšší životní úroveň a úroveň a účinnost zdravotnických služeb. (23) Kritická situace se dotýká především velkých měst. Podle Českého statistického úřadu v období 1997 až 2020 dojde v Praze k zvýšení počtu seniorů o 196 až 277 tisíc, v Brně o 59 až 85 tisíc a v Ostravě o 40 až 62 tisíc. (65)

Z hlediska kapacity a kvality zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v institucích i terénu je významný nárůst seniorů nad 80 let. J. Stojanová a Z. Kalvach ve zprávě Českého helsinského výboru k ochraně lidských práv seniorů z roku 2001 uvádějí, že v roce 2030 bude v České republice kolem 2,5 mil. občanů starších 65 let a téměř 800 tis. občanů ve věku nad 80 let. (26)

Česká republika je tedy jedním z nejlepších příkladů demografických změn. Stárnutí populace spolu s úspěchy medicíny schopné léčit stále více chorob a tak prodlužovat lidský život, spolu s dalšími hlubokými demografickými a sociálními změnami postupně mění tvář celé české společnosti. L. Vidovičová se zamýšlí nad hodnocením těchto změn a konstatuje, že toto hodnocení variuje mezi různými sociálními aktéry od téměř absolutní glorifikace nevídaných výtobytků humanity po eufemistické výroky o zhojném působení stárnutí populace na blahobyt celé společnosti (60)

Problematika ochrany lidských práv seniorů se tak stává stále naléhavější nejen z hlediska aktuálního stavu, ale také vzhledem k nezvratným demografickým trendům

## 2. Definice násilí na seniorech

V anglosaské literatuře je pro násilí páchané na seniorech vžitý termín abuse, který vyjadřuje širší škálu činů – zneužívání, týrání, hanění, nadávání, špatné zacházení, zanedbávání. V České republice zatím není terminologie ustálená a je zřejmá snaha o nalezení pojmu, který co nejvíce postihuje obsah. Nejčastěji se užívá termínů násilí, týrání a špatné zacházení.

Britská charitativní organizace Action on Elder Abuse definuje násilí páchané na seniorech takto: „Ojedinelý, nebo opakovaný čin, či nedostatek vhodné aktivity, vyskytující se v rámci vztahu, ve kterém je očekávána důvěra a které způsobují staršímu člověku poškození, či znepokojení.“ (1, str. 1)

H. Haškovcová v Manuálku o násilí cituje Koukolíka, který popisuje násilí jako: „takový druh lidského chování, které jiné lidi záměrně ohrožuje fyzickou újmou, pokouší se ji přivodit, nebo ji přivodí“. (17, str. 13) Zároveň upozorňuje na potřebu rozšíření obsahu pojmu tak, aby bylo vždy zřejmé, kterou z forem násilí máme na mysli. Navrhuje použití širšího pojmu týrání. Týrání definuje jako „zlé nakládání s druhou osobou, které se vyznačuje značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, a které u oběti vyvolává pocity příkoří.“ (17, str.13) T. Tošnerová se přiklání k termínu „špatné zacházení“ a při jeho definici vyjmenovává všechny formy tělesného, materiálního a emocionálního týrání a zneužívání. (57) K obdobné definici přistupuje i L. Morávková, která ve svém článku užívá termín násilí a definuje jej jako násilí fyzické i psychické, jako je šikanování, ponižování, omezování osobní svobody nebo vulgární chování a násilí sexuální. (42) Š. Gjuričová definuje domácí násilí jako: „používání nepřiměřeného tělesného nebo psychického nátlaku nebo poškozování vůči členům rodiny a domácnosti, ubližování domácím zvířatům a poškozování domácích objektů.“ (15, str. 10)

Mezinárodní rada sester ve své příručce zaměřené na problematiku násilí používá definici pracovní skupiny SZO zabývající se násilím a zdravím: „záměrné použití fyzické síly nebo moci, hrozící nebo aktuální proti sobě samému, jiné osobě, nebo proti skupině nebo komunitě, které vede nebo velice pravděpodobně povede k poranění, smrti, psychickému poškození, porušenému vývoji nebo deprivaci.“ (19, str.7)

Ve zprávě Ekonomického a sociálního výboru Spojených národů zkoumající tento problém z globální perspektivy se uvádí, že neexistuje obecně přijatá definice násilí na seniorech. Současné definice odrážejí rozdíly ve vnímání akceptovatelného interpersonálního a společenského chování v různých společnostech. Kromě toho se vnímání a definice násilí na seniorech podle této zprávy liší i v rámci různých skupin konkrétní společnosti.(59) Za nejvýstižnější definici považuje výbor zde již uvedenou definici britské Action on Elder Abuse: „Ojedinelý, nebo opakovaný čin, či nedostatek vhodné aktivity, vyskytující se v rámci vztahu, ve kterém je očekávána důvěra a které způsobují staršímu člověku poškození, či znepokojení.“ (1, str.1)

Ze zmíněných definic vyplývá, že samotný termín „násilí“ není dostatečný. Pro jeho pochopení je potřeba znát i jeho formy.

### **3. Výskyt násilí na seniorech**

Experti Světové zdravotnické organizace provedli zajímavý výzkum týkající se pohledů seniorů na problematiku násilí v jejich věkové skupině. Závěry výzkumu byly publikovány pod názvem Missing voices (Chybějící hlasy, či Hlasy, které není slyšet). V kapitole zabývající se výskytem násilí autoři uvádí, že 4 – 6% seniorů se setká s projevy násilí vůči své osobě. K této akceptované prevalenci násilí se dospělo na základě pěti výzkumů provedených v rozvinutých zemích. Dva výzkumy měly celonárodní charakter (Kanada a Velká Británie), zbývající výzkumy byly provedeny na reprezentativních vzorcích populace seniorů v malém finském městě, v Bostonu a Amsterdamu. Ačkoli byly použity odlišné metodologie, ve výsledcích bylo rozpětí výskytu násilí mezi čtyřmi až šesti procenty. Experti zároveň poukazují na to, že doposud neexistují systematické statistické údaje nebo výzkumy prevalence násilí na seniorech v rozvojových zemích. Na základě kriminálních zpráv, zpráv v médiích, záznamů sociálních služeb a malých studií však usuzují, že násilí, zanedbávání a finanční zneužívání seniorů je mnohem častější, než jsou si tyto rozvojové společnosti ochotny připustit. (37)

E. Topinková odhaduje, že s některou formou špatného zacházení má zkušenost 3 – 5 % českých seniorů – což představuje 60 000 konkrétních týraných starších lidí.(70)

Patrně průlomová data o výskytu tohoto problému i podílu jednotlivých forem násilí na seniorech v Čechách přinesl výzkum J. Dunovského a J. Kovaříka z Jihočeské univerzity. Výzkum byl proveden v roce 2004 a byl zaměřený na jednotlivé formy domácího násilí, analýzu jeho příčin a prevenci. Součástí byl i výzkum násilí páchaného na seniorech. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření na území jihočeského kraje a celkový počet dotazovaných seniorů byl 1 300.(30)

13% dotazovaných uvedlo, že se sami stali obětí fyzického násilí, 22 % znalo případ týraného seniora ze svého okolí. (30, str. 67) 21 % dotazovaných z celkového počtu 750 seniorů žijících v domácím prostředí uvedlo, že byli slovně uráženi či slovně napadáni někým blízkým. 6 % tázaných z celkového počtu 250 respondentů čerpajících terénní služby uvedlo, že je slovně urážel či napadal někdo z profesionálních pečujících. 300 respondentů bylo obyvateli ústavních zařízení. Na otázku, zda byli někdy v ústavu zesměšněni, nebo s nimi bylo jednáno hrubě a neuctivě odpovědělo kladně 9 % dotázaných. (30, str.70)

#### **4. Historie výzkumu násilí na seniorech**

Násilí jedné osoby vůči druhé je fenomén provázející společnost od nepaměti. Násilí v rodině bylo dlouho tabuizované. Ačkoliv se o něm nepsalo v rámci odborných pojednání, postupně se v literatuře začalo psát o týraných dětech a ženách. Dvacáté století s sebou přineslo pozvolné zaměření na lidská práva a rovnost pohlaví. Pozornost byla nejdříve zaměřena na výskyt domácího násilí, až následně se rozšířila i na problematiku týraných starých lidí. Experti SZO shrnují historii počátků výzkumu násilí na seniorech takto: v roce 1975 bylo v britském odborném časopise poprvé popsáno násilí na seniorech A. Bakerem. Zpráva se jmenovala Granny Battering – což lze přeložit jako tlučení nebo ostré kritizování babičky. Následně se problémem starých týraných lidí z pohledu geriatricie začal zabývat i G. Burston. Ve Spojených státech vyvolaly jejich zprávy sociálně politické obavy, které vyústily v legislativní opatření proti násilí na seniorech. Ve Velké Británii trvalo dalších 15 let, než problém násilí na seniorech získal politickou a výzkumnou věrohodnost. (37)

## **5. Formy a projevy násilí na seniorech**

Násilí páchané na seniorech má mnoho forem. Nejčastěji citované je dělení zavedené organizací Action on Elder Abuse rozeznávající pět hlavních kategorií – fyzické násilí, psychické násilí, finanční zneužívání, sexuální násilí a zanedbání. (1)

### **5.1 Fyzické násilí**

Na možné fyzické týrání upozorňují nevysvětlitelné pády a úrazy, rány na kůži, modřiny a popáleniny, staré a nové modřiny vyskytující se současně. Způsobeny mohou být bitím, strkáním, zadržováním a fyzickými restrikcemi, pálením (nejčastěji cigaretou). Za fyzické zneužití je považováno také podání zbytečné či vysoké dávky zklidňující medikace.

Při zjišťování fyzického násilí je nejlogičtější pátrat po jeho známkách na těle postiženého. Ve skutečnosti to není jednoduchý úkol a fyzické zneužívání se proto také těžko dokazuje. Jednak jsou poranění obvykle na skrytých místech, a mnoho lidí obvykle nevidí postiženého člověka svlečeného. Proto podezření, že se jedná o dlouhodobé fyzické trápení může vyvstat až při úrazu, který vyžaduje lékařské ošetření. Druhým problémem je fakt, že staří lidé si mohou úraz přivodit velice snadno sami a je obtížné dokázat, že zranění bylo způsobeno úmyslně. (1)

### **5.2 Psychické násilí**

Psychické násilí se nejčastěji manifestuje jako opakované urážení, proklínání, ponižování, ignorování, odmítání nebo zastrasování. Dále je to držení v izolaci či pokusy o zabránění vstupu a volnému pohybu. To vše působí oběti psychickou trýzeň. Jedním z indikátorů, který nás může upozornit na možné psychické násilí je dramatická změna v chování či osobnosti. Nastává náhle a neočekávaně. Člověk, který byl vcelku společensky založený se najednou začne stahovat a uzavírat do sebe; nechce se zapojit do konverzace, odmítá se zúčastňovat dříve obvyklých aktivit. Nebo opačně - osoba obvykle velmi tichá a klidná se najednou začne projevovat fyzickými a verbálními výbuchy citů; nebo úplně změní charakter a začne se projevovat nečekaně agresivně. Deprese či zmatenost mohou být dalším indikátorem psychického násilí. Deprese může mít postupný i velmi náhlý nástup. (1)

### **5.3 Finanční zneužívání**

Forem finančního zneužívání je opět řada. Senioři se dostávají do situací, kdy někdo z blízkých užívá bez jejich souhlasu i vědomí jejich peníze, úspory, cennosti a další majetek.

Neobvyklé není ani neoprávněné používání bytu či přímo vytěšňování u něj a umístění do ústavního zařízení, aniž by to stav seniora vyžadoval. Bez upozornění oběti je prokázání finančního zneužívání obtížné. Obvykle si jej povšimnou jen lidé, kteří přijdou do kontaktu s finančními záležitostmi seniora, zejména však až v situacích kdy prokazatelně trpí nedostatkem základních potřeb. Některých příznaků si mohou všimnout pracovníci terénních služeb - chybí prostředky na základní služby a potřeby, ztrácí se mu peníze, začne mít dluhy. Dalším příznakem je situace, kdy je starému člověku odepírán nákup služeb, nebo je nucen k prodeji některého majetku. Finanční zneužívání obvykle probíhá nenápadně a dlouhodobě. Pachatelé mohou být v tomto ohledu velice neúnavní a během času dokáží přesvědčit seniora, aby jim převedl majetek i úspory. (1)

#### **5.4 Sexuální násilí**

Stará osoba je nucena být účastna jakékoliv sexuální aktivity bez vlastního souhlasu a přání. Oběti sexuálního zneužívání často prokazují známky zmatenosti. Zmatenost se projeví velmi náhle, nebo se dramaticky zhorší zmatenost již dříve přítomná. Sexuální zneužívání je opět obtížné dokázat bez řádného lékařského vyšetření. Jen málo seniorů je ochotno přiznat, že jsou nebo byli zneužívání sexuálně. Pokud o tom začne mluvit člověk, který je zmatený, nebo mentálně postižený, je to často přičítáno jeho duševnímu stavu a není pravděpodobné, že mu někdo uvěří. (1)

#### **5.5 Zanedbání**

Při zanedbávání jsou starému člověku, jehož stav vyžaduje péči, odepírány základní potřeby pro běžnou existenci jako je např. strava, přístup k potřebným službám, léky či hygiena. (1) Zanedbávání péče se projevuje příznaky jako trvalý nedostatek potravin a tekutin, nápadné hubnutí, suché sliznice dutiny ústní a oschlé rty, zápach moči a stolice, dekubity, omezení mobility seniora např. nedostupností kompenzační pomůcky. Dále může být projevem i izolace, kdy je starý člověk nucen žít v malé či jinak nevyhovující místnosti, není mu dovolen přístup do ostatních částí bytu, nebo kdy jsou s ním přerušeny všechny sociální kontakty v rámci rodiny a je bráněno kontaktům z venku. (1)

#### **5.6 Další formy násilí**

H. Haškovcová vedle výše zmíněných forem řadí k základním druhům násilí další čtyři - sebepoškození, institucionální týrání, mediální násilí a rasové násilí.



**Sebepoškozování** je agrese zaměřená proti sobě samému. Patří sem poruchy příjmu potravy a také sebepoškozující jednání, jehož extrémním typem je sebedestrukce, tedy sebevražda.

**Institucionální týrání** je utrpení způsobené institucemi, popř. nevhodnými normami. Někdy se hovoří o systémovém týrání, které je způsobeno systémem (institucemi, jejich normami a postupy). Příkladem jsou nemocnice a ústavy sociální péče, v nichž může docházet např. k podcenění či nedodržování pitného režimu, nevhodné a nadměrné indikaci uklidňujících léků, odloučení od rodiny, nekvalitní péči.

**Mediální násilí** se vyskytuje ve dvou formách. Jednou je prezentované násilí v hraných filmech a druhou jsou dehonestující informace o některé skupině obyvatel ve zpravodajských relacích.

**Rasové násilí** je výrazná forma týrání, realizovaná na úrovni jednotlivců i celé společnosti. Člověk, který se odlišuje barvou pleti a některými způsoby svého života zneklidňuje majoritní společnost. Toto zneklidnění vede k pocitům strachu a ohrožení a následně k různým formám odsouzení a agrese. (17)

Z. Kalvach výčet forem násilí ještě doplňuje o nežádoucí formy ošetřování. Nevhodné ošetřování zahrnuje např. nadměrné či nevhodné podání psychofarmak a závažnou, mnohdy nevědomou formu týrání způsobenou špatnou výživou. (22)

Ve výzkumu SZO provedeném mezi seniory v 8 zemích světa (Argentina, Brazílie, Indie, Keňa, Libanon, Kanada, Rakousko a Švédsko), byl ve všech zemích na prvním místě uváděn jako nejbolestivější forma špatného zacházení nedostatek respektu. (37)

Zpráva z Libanonu obsahovala citát, který shrnoval zkušenosti zúčastněných seniorů ze všech zemí: „Jedno hrubé slovo řečené starému člověku je silnější, než bodnutí kudlou.“ Ve stejné zprávě byl citován další senior: „Respekt je lepší než jídlo a pití.“(37, str. 13)

Výzkum expertů SZO poukazuje také na kulturní specifika forem násilí na seniorech. Například v Libanonu, Indii a Rakousku byly jako časté pachatelky násilí označovány snachy.

Obvinění starých žen z čarodějnictví je zase kulturně specifická forma násilí týkající se Mozambiku a dalších zemí Subsaharské Afriky. (37)

Action on Elder Abuse dělí násilí dále na aktivní a pasivní. Aktivní násilí zahrnuje fyzický útok, podávání nevhodné medikace, verbální a emocionální útoky, sexuální napadení, izolace a omezování starého člověka proti jeho vůli a zneužívání jeho financí a majetku. Pasivní násilí zahrnuje selhání při podávání předepsané medikace nebo při pomoci v běžných denních aktivitách. (1) Na rozlišování mezi aktivním týráním a pasivním zanedbáváním upozorňuje také Z. Kalvach (22)

## **6. Faktory zvyšující riziko násilí**

Některé okolnosti a faktory pravděpodobnost vzniku násilí zvyšují. Příčinou násilí obvykle není jen jeden faktor. Stejně tak přítomnost jednoho i více faktorů nemusí znamenat, že se jedná o případ násilí. Může nám ale pomoci identifikovat rizikovou osobu. Mezi faktory, které ke zneužívání přispívají se řadí:

- Zvýšená závislost – čím více se starší člověk stává závislým, tím více se zvyšuje stres pečujícího partnera či neformálního pečovatele z řad rodiny.
- Vícečetná závislost – v některých rodinách se neformální pečovatel stará o více než jednu závislou osobu. Klasickým případem je matka malých dětí, která se stará o rodiče, nebo manžel, který se stará o fyzicky postiženou manželku a závislou matku, či svobodná/rozvedená pracující matka, starající se o své děti a žijící ve společné domácnosti se svými starými rodiči.
- Psychické problémy, nebo psychiatrická diagnóza v rodinné anamnéze.
- Anamnéza zneužívání v rodině – např. fyzické násilí či sexuální zneužívání dítěte, fyzické násilí v manželství.
- Špatné rodinné vztahy - někteří členové rodiny obtížně komunikují s ostatními z důvodu něčeho, co se stalo v minulosti, konfliktu, nebo rozdílů, nebo prostě proto, že se nemají rádi.
- Bytové problémy – rodiny žijící ve velice malých a nevyhovujících bytových podmínkách, které způsobují napětí a frustraci.

- Finanční problémy – rodina má velmi malý příjem, což vede ke dluhům apod. Starý člověk může finanční situaci zhoršovat svým postižením, např. náklady na inkontinentní pomůcky a léky.
- Starý člověk má závažné poruchy chování a osobnosti; to zvyšuje stres, který pečovatel prožívá.
- Pečovatel sám má specifické problémy, např. poruchy chování, interpersonální problémy, finanční problémy. (48)

J. Kovařík a J. Dunovský ještě doplňují tyto faktory:

- Materiální a bytová závislost na agresorovi
- Syndrom vyhoření u ošetrovatelského personálu
- Nízká úroveň zájmu a ochrany společnosti před nežádoucím jednáním včetně:
  - ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče
  - diskriminačních postojů ve společnosti (30)

Oba autoři také poukazují na jakousi živnou půdu pro vznik situací vedoucích ke vzniku domácího násilí na seniorech – zejména se jedná o anonymitu velkých měst, kdy si sousedé z okolí sotva uvědomí, že senior po delší dobu nevychází z bytu. (30)

J. Pritchardová upozorňuje, že pokud se týče původu agresora, neexistují zde společenské, etnické nebo třídní hranice. Shodné je to i s dosaženým vzděláním a inteligencí - agresory jsou lidé se vzděláním základním i vysokoškolským. (48) Pachatelé jsou rodinní příslušníci, osoby seniorovi neznámé i profesionálové pečující o seniora.

K získání vyváženého pohledu na pachatele z okruhu osob seniorovi blízkých si je potřeba uvědomit, že někdy sami pachatelé jsou „oběťmi“ nedostatečného systému. Jak upozornila předsedkyně České Alzheimerovské společnosti I. Holmerová v pořadu věnovaném násilí na seniorech, není fenomén špatného zacházení jen důsledkem kriminálního chování rodinných příslušníků, ale mnohdy i důsledek nesmírného vyčerpání pečujících a situací, kdy si rodina naprosto neví s péčí rady. K tomu je potřeba vytvoření systému zdravotně sociální péče, který by podporoval rodinné příslušníky a umožňoval péči v rodinném prostředí. (11)

## **Ageismus**

Faktorem, který obecně k násilí na seniorech přispívá je také postoj jedinců i společnosti ke starým občanům. V moderní společnosti došlo ke snížení sociálního statusu stáří, mnohdy až na tak nízkou úroveň, že se začíná hovořit o diskriminaci seniorů z důvodů věku – ageismu. Zaujetí proti vyššímu věku je fetiš, který infikoval vše, od politiky přes kulturu a marketing. (20) Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“. Termín zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. (60) J. Šiklová upozorňuje, že ageismus ovlivňuje i samotné seniory – někdy sami sebe mezi staré nezařazují, jiné seniory podceňují a pomlouvají, aby dokázali, že mezi ně nepatří. (53)

## **7. Kde k násilí dochází**

Je tedy důležité vědět, že k násilí na seniorech může docházet kdekoliv. S násilím se senioři mohou setkat ve vlastním domově, v komunitě, v nemocnicích i zdravotnických či sociálních ústavech. (11, 15, 26, 34, 44).

Ve výzkumu provedeném studenty Jihočeské univerzity se téměř polovina respondentů (43 %) domnívala, že nejčastějším místem, kde k násilí dochází je domácí prostředí. Čtvrtina respondentů (25 %) považovala za nejrizikovější z hlediska násilí zařízení sociální péče, např. domovinky a domovy důchodců. 19 % dotázaných odpovědělo, že nejčastěji k násilí na seniorech dochází ve zdravotnických zařízeních – hlavně v nemocnicích, psychiatrických léčebnách a léčebnách dlouhodobě nemocných. Zbývajících 13 % uvedlo veřejná prostranství a zařízení, např. úřady, parky, restaurace, hromadnou dopravu apod. (30)

## **8. Identifikace násilí a pomoc oběti**

Rozpoznání násilí na seniorech jako reálného problému a povědomí o tom, že násilí mohou páchat nejenom rodinní příslušníci, ale i profesionální pracovníci je důležité pro laickou i odbornou veřejnost.

Zásadní, ale také nesmírně obtížná podmínka pro pomoc týranému seniorovi je, aby si sám uvědomil, že je obětí násilí a dokázal si to přiznat. Konzultantka pražské krizové linky pomoci Dona a psycholožka P. Vyhlídalová s tím má profesionální zkušenosti: „Na domácím násilí je zákeřné zejména to, že si ten počáteční útlak vůbec neuvědomíte. Zpočátku se vám sice něco nelíbí, ale myslíte si, že je to jenom jednou a že to přejde, že on nemá dobrou náladu a to se spraví. Ale když se neohradíte v této době, tak se to pomalu stupňuje. Všechny oběti domácího násilí se nesmírně stydí za to, co se s nimi děje. Hlavně proto, že agresor je pořád ujišťuje, že špatní jsou vlastně oni a on by se takhle vůbec nemusel chovat, pokud by oni byli jiní. Z jedné strany je to ujištění, že oni jsou ti špatní, z druhé strany izolace, která způsobuje, že nemají možnost porovnání s tím, jak to chodí jinde, jestli to opravdu je normální, nebo už ne. Ten člověk si to uvědomí až v bodě, kdy už to pro něho začíná být nesnesitelné.“ (11, str. 3)

Řada autorů poukazuje na fakt, že někteří týraní senioři tuto skutečnost popírají z důvodů studu a také proto, že mají obavu z případné odvety agresora a zhoršení jejich situace, pokud vyhledají pomoc. (9,34, 42, 48,51,57)

Převládá strach z potrestání, stud, pocit bezradnosti a izolace. Je popisován i zdánlivě neuvěřitelný fakt, kdy u oběti převažuje obava ze ztráty bytí agresivně se chovající, ale blízké osoby, ke které mají citový vztah navzdory tomu, že je týrá. „Pocity zahanbení jak jsem si vlastně své děti vychoval, když se mohou chovat agresivně vůči vlastnímu rodiči, jsou projevem naprostého životního debaklu.“ (51, str. 11)

Další podmínkou pomoci oběti je důvěra v toho, na koho se s prosbou o pomoc obrátí. Tím může být sociální pracovnice, zdravotní sestra, pečovatelka ale i někdo z rodiny či sousedství. J. Dunovský a J. Kovařík konstatují, že v době, kdy společnost bojuje s nevěřivostí lidí i u veřejných projevu násilí, budou se lidé ochotní na konkrétní případ upozornit hledat obtížně. Velice důležitou a mnohdy jedinou osobou „zvenku“, která má ještě přístup k týranému seniorovi je lékař. (30)

Může se ovšem stát, že se týraný senior obrátí na někoho, kdo v existenci problému nevěří, nebo jej nechce řešit. Jak konstatuje P. Vyhlídalová, někteří profesionálové násilí bagatelizují. (11) Na to upozorňuje i J. Pritchardová, když říká: „Často je jednodušší věřit, že něco neexistuje, než čelit pravdě, která může být extrémně šokující.“ (48, str. 19) Toto tvrzení se nemusí týkat jen jednotlivců, ale i celých systémů, jak potvrzuje O. Juklestad, jeden

z pracovníků norského Centra pro výzkum a informovanost o násilí. V Norsku se na problematiku násilí na seniorech začalo ojediněle poukazovat v osmdesátých letech minulého století, po sérii článků v amerických odborných časopisech. Norští výzkumníci, řídící pracovníci ve zdravotnictví a úředníci odpovědní za tvorbu sociální politiky byli natolik přesvědčeni o dokonalosti norského sociálního státu, že tyto hlasy naprosto ignorovali a odmítali připustit, že by se problém mohl týkat i Norska. Připouštěli ovšem, že něco takového je naprosto možné ve Spojených státech. S pomocí sester domácí péče byl však uskutečněn výzkum mezi seniory v Oslu, při kterém se zjistilo, že 1% z nich má osobní zkušenost s násilím ze strany člena rodiny. Výsledky byly prezentovány v médiích a to vedlo norské ministerstvo zdravotnictví a sociálních záležitostí k systematickému shromažďování dat a implementaci preventivních opatření. (21)

H. Haškovcová v Manuálku o násilí uvádí základní pravidla pro jednání s obětí týraní:

- oběť nelitovat, ale soucítit s ní;
- účastně naslouchat;
- nic nevyčítat;
- vzniklou situaci nehodnotit, ale snažit se jí pochopit;
- je-li to možné, nabídnout nějakou přiměřenou aktivitu;
- rozhodně poskytnout kvalifikovanou radu o tom, kde může oběť v případě potřeby získat další pomoc. (17, str. 63)

Pomoc může týraný senior získat v rámci neziskového sektoru např. v Bílém kruhu bezpečí – občanském sdružení pro pomoc obětem násilí a lince Dona, kterou toto sdružení provozuje a v síti občanských poraden. Další institucí, na kterou se může obrátit jsou sociální odbory městského nebo krajského úřadu, státní zastupitelství a policie. Host pořadu Českého rozhlasu věnovanému násilí na seniorech J. Pravda, zástupce ředitele městského ředitelství Ostrava však upozorňuje na skutečnost, že policisté nejsou na situace domácího násilí a násilí na seniorech v rámci odborného vzdělávání zatím vůbec připravováni. (11) J. Pitchardová poukazuje na to, že pro řešení případů násilí je důležitý multidisciplinární přístup. Pracovníci různých profesí a institucí, kteří se budou případem násilí zabývat, pracují často od sebe izolováni. Multidisciplinární přístup umožňuje pravidelnou a efektivní výměnu informací a koordinaci zúčastněných. (48)

## 9. Ústavní péče

Jako specifická oblast problematiky násilí na seniorech se jeví násilí páchané v zařízeních, které mají seniorovi poskytovat zdravotní či sociální služby. I když výzkumů na toto téma není mnoho, dostupné výsledky ukazují, že při ústavní péči se mohou vyskytnout všechny formy násilí popsané v dřívější kapitole. Zařízení, kde senioři odkázaní na dlouhodobou pomoc další osoby pobývají nejčastěji, jsou ústavy sociální péče a odborné léčebné ústavy, resp. léčebny dlouhodobě nemocných.

### 9.1 Ústavní sociální péče

Podle doposud platné legislativy, tj. dle vyhlášky MPSV č. 182/1991, kterou se provádí zákon č. 100/1988 Sb, poskytuje ústav sociální péče bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči a v případě potřeby osobní vybavení. Pro seniory jsou určeny domovy důchodců, domovy – penziony pro důchodce a domovy s pečovatelskou službou. Pro plnost výčtu je potřeba dodat, že dle druhu postižení jsou senioři umístěni také v ústavech sociální péče pro dospělé – ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro smyslově postižené dospělé občany, ústavy pro mentálně postižené dospělé občany, ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany a ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty.

Kolik je v České republice ústavů sociální péče pro seniory a kolik nabízejí míst? Podle informací Českého statistického úřadu bylo v roce 2005 v České republice celkem 373 domovů důchodců, s celkovou kapacitou 37 366 míst. Přibližně polovina těchto domovů je krajských (188) a třetina obecních (131). Menší množství je církevních (43) nebo má jiného zřizovatele (11). Domovů – penzionů pro důchodce bylo k uvedenému datu 149, jejich celková kapacita je 11 865 míst. Většina domovů – penzionů je zřízeno obcí (100). Statistika ČSU ještě uvádí počet domovů důchodců spojených s penzionem pro seniory. Celkem jich je 13, jsou vlastněny krajem či obcí a mají 1 509 míst. (65)

Od roku 1989 postupně vznikají sociálně ošetrovatelská centra, vesměs zřizovaná městskými úřady. Tato centra poskytují respitní a rekonvalescentní péči na přechodnou dobu, obvykle omezenou 3 měsíci pobytu.

### **9.1.1 Zákon o sociálních službách a změna v terminologii a pojetí služeb**

Je ovšem nutné zmínit, že takto jsou zařízení označována jen do konce roku 2006. Změnu v terminologii i pojetí přináší Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který vstupuje v platnost od 1.1.2007. Pobytové služby budou poskytovány v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, v chráněném bydlení a v rámci odlehčovací služby.

Domovy pro seniory jsou určeny k poskytování pobytových služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Zákon č. 108/2006 také upravuje sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče: ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou



nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízení sociální péče.

## **9.2 Odborné léčebné ústavy a léčebny dlouhodobě nemocných.**

Podle Zákona o zdraví lidu č.20/1966 ve znění pozdějších předpisů je v odborných léčebných ústavech poskytována léčebná preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péče s výrazným rehabilitačním zaměřením. Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo k 1.4.2006 v České republice celkem 73 léčeben dlouhodobě nemocných s celkovou kapacitou 6 413 lůžek. Z hlediska zřizovatele je téměř polovina těchto léčeben soukromých (33), přibližně třetina je vlastněna krajem (23). V menším počtu jsou tyto léčebny zřízeny obcí či městem (10), ministerstvem zdravotnictví (8) a církví (1). (73)

## **10. Četnost výskytu a formy násilí na seniorech v ústavní péči**

Výzkum provedený K. Pillemerem a D. Moorem mezi zdravotnickým s pomocným personálem z 32 ošetrovatelských domovů ve Spojených státech přinesl nepříjemné zjištění. 36 % dotázaných uvedlo, že v předcházejícím roce byli alespoň jedenkrát svědky fyzického násilí páchaného na klientech domova někým z kolegů. 10% přiznalo, že se sami na fyzickém násilí podíleli. 81% dotázaných bylo ve stejném období přítomno psychickému násilí ze strany jiného zaměstnance a 40% připustilo, že psychické násilí sami užili.(47) Zde je dobré podotknout, že většina zařízení pro dlouhodobou péči o seniory je ve Spojených Státech provozována na komerční bázi a jejich četnost je podstatně vyšší než je tomu např. v České republice.

Webové stránky britské charitativní organizace POPAN (Prevention Of Professional Abuse Network) pracující s lidmi, kteří byli zneužiti zdravotníky či sociálními pracovníky, uvádějí data ze zprávy britské Královské koleje psychiatrů z roku 2000. Podle této zprávy je na zdravotní sestry ve Velké Británii podáno ročně v průměru 1000 obvinění z důvodů násilí či zneužití pacienta/klienta. Polovinu tvoří fyzické, verbální nebo sexuální zneužití. (49)

Jak již bylo zmíněno dříve, v Norsku si řada profesionálů nechtěla existenci násilí na seniorech vůbec připustit. Iniciátor povznesení povědomí o této problematice, O. Juklestad, si při uvedení

výsledků nepublikovaného výzkumu provedeného v roce 1998 musel povzdechnout: „S naší kulturou je něco v nepořádku, nejen v organizačně, ale vůbec v celé společnosti.“ (21, str. 4)

Výzkum se zabýval násilím páchaném na seniorech v ošetrovatelských zařízeních. Použitou metodou byla hloubková interview se zdravotními sestrami a pomocným ošetrovatelským personálem. Autorka výzkumu, psychiatrická sestra, předpokládala, že první odpovědí na dotaz proč v institucích dochází k násilí bude nedostatek peněz a personálu. Byla překvapena, když všichni dotázaní odpověděli, že to jsou to především postoje zaměstnanců, jejich morálka a pracovní kultura. Respondenti poukazovali na to, že mnoho postojů se vžilo do organizační kultury, kterou dědí i noví pracovníci. I když na začátku své práce v konkrétním zařízení by nový pracovník jednal jinak, po určité době si osvojí tuto nepsanou část organizační kultury, podle které se začne chovat.

Ačkoliv na začátku rozhovoru všichni dotazovaní popřeli, že by v jejich zařízení k špatnému se seniory docházelo, začaly se v odpovědích postupně objevovat strašidelné příznaky: několik respondentů uvedlo, že rezidenti nejsou považováni za lidi, ale za objekty, kterým se musí měnit pleny a které musí být krmeny. Jednotlivci jsou ze strany personálu vystaveni fyzickému i psychickému násilí a zneužívání. Obyvatelé jsou zbaveni práva rozhodovat sami za sebe. Mnoho neklidných obyvatel je předávkováno sedativy, která jsou mnohdy ukrývána do jídla. Respondenti výzkumu zároveň uváděli, že jsou sami často předmětem násilí ze strany rezidentů, nejčastěji se jednalo o tahání za vlasy, škrábání, údery, plivání a nadávání. (21)

Alespoň zeměpisně blíže má k České republice německý výzkum provedený v roce 2000 Thomasem Goergenem z Výzkumného kriminologického ústavu Dolního Saska v Hanoveru. Výzkum byl proveden kombinací kvalitativní a kvantitativní metody. Dotazníkové šetření bylo provedeno mezi 361 zaměstnanci z 27 ošetrovatelských domovů. 71% respondentů uvedlo, že za uplynulý rok byli svědky alespoň 1 případu násilí, zneužití či zanedbání péče o klienta ze strany kolegů. 35 % dotázaných uvedlo, že bylo přítomno incidentu fyzického násilí na klientech ze strany kolegů. Nejčastěji se fyzické násilí událo v rámci poskytování péče, např. úmyslně hrubý úchop klienta, stisknutí nosu klienta za účelem otevření úst. Jen velmi málo dotázaných uvedlo závažné formy násilí jako je bití. 2 – 4 % dotázaných uvedlo, že obyvatele úmyslně štíplo, strkalo do něj, nebo s ním třáslo. (16)

Při hloubkových rozhovorech s náhodně vybranými zaměstnanci z 8 ošetrovatelských domovů byly za pachatelky závažnějších forem násilí na klientech označovány sestry na noční směně. Tyto směny byly charakteristické nedostatkem personálu, který může ústít ve velký pracovní stres a dále malou pravděpodobností, že si špatného zacházení někdo povšimne, zejména pokud bylo směřováno vůči obyvatelům trpícím demencí nebo omezením komunikačních schopností. T. Goergen také konstatuje, že v řadě případů bylo špatné zacházení se strany personálu spuštěno epizodou inkontinence stolice obyvatele. Rozhovory se zaměstnanci ukázaly na skutečnost, že v některých ošetrovatelských domovech a odděleních část sester a ošetřujícího personálu postrádá profesionální schopnosti a znalosti o inkontinenci stolice a někdy reagují způsobem jakoby epizoda znečištění byla výsledkem chování úmyslně namířeného proti nim. (16)

A jaká je situace v českých zařízeních? Podložených informací, které by pomohli odpovědět na tuto otázku zatím není dostatek. Alespoň dílčí data pocházejí z výzkumu J. Dunovského a J. Kovaříka, kteří položili 300 seniorům v ústavní péči otázku: „Byli jste někdy zesměšnění či s Vámi dle Vašeho názoru bylo jednáno neuctivě až hrubě?“ Celkem 27 dotázaných, tj. 9 %, odpovědělo kladně. (30)

H. Kunstová v pojednání Českého helsinského výboru k právům seniorů uvádí výstupy z pilotních inspekcí kvality v zařízení sociálních služeb, které přinášejí závažná zjištění z hlediska dodržování lidských práv seniorů:

- Velkým problémem se ukazuje být vytváření podmínek pro dodržování lidských práv.
- Ze zařízení, která byla testována, vycházejí jako nejméně kvalitní pobytové sociální služby pro seniory.
- Ve srovnání s jinými zařízeními byla v zařízeních pro seniory zjištěna nápadně nízká úroveň dodržování těch standardů, které mají zajišťovat dodržování lidských práv.
- Některá testovaná zařízení pro seniory nesplnila ani základní požadavky na kvalitu sociálních služeb. (32, str. 4)

## 11. Faktory přispívající k násilí v ústavní péči

Roger Clough působil jako vrchní inspektor sociálních služeb a později profesor sociální práce na lancasterské univerzitě ve Velké Británii. Když byla koncem osmdesátých let minulého století ve Velké Británii publikována zpráva o skandální péči v jednom z ošetrovatelských domovů (1988, Nye Bevan Lodge), prováděl v rámci veřejného vyšetřování analýzu příčin špatného zacházení s obyvateli. Na základě této a dalších zkušeností z inspekci ošetrovatelských domovů uvádí jako nejčastější formy násilí, zanedbávání a špatného zacházení s rezidenty:

- Institucionalizované postupy - s obyvateli se zacházelo jako s masou; např. všichni byli buzeni příliš brzo, poslední jídlo bylo podáváno v půl šesté či dříve, měli minimum osobního vlastnictví. Měli též minimum možností obstarat si vlastní jídlo a nápoje a minimální možnost výběru stravy. Nebyl dostatek personálu na provádění hygienické péče. Někde čekali na osprchování až tři seřazení vysvěčení klienti. Oblečení rezidentů bylo často špinavé a neudržované, často neměli oblečené spodní prádlo.
- Nezájem a zanedbávání – zdálo se, že nejdůležitějším cílem ošetrovatelů bylo najít dostatek času pro socializaci s kolegy a to na sesterně nebo v denní místnosti, vždy však daleko od klientů. Zejména v době vysílání odpoledních televizních seriálů byli obyvatelé na obtíž a byli co nejrychleji „odklizení“.
- Fyzické násilí – tato kategorie se prolínala s již zmíněnými, které ve svém důsledku vedly k fyzickému strádání klienta. Někteří obyvatelé byli trestáni otevřením okna a odejmutím příkrývky. Jiní klienti byli zastrašováni fyzickým trestem, nebo se přímo stali předmětem útoku ze strany personálu.
- Ponižování – zejména při epizodách inkontinence. Moc personálu v přímé péči nad každodenním životem obyvatel je zřejmá. Pečující personál má největší vliv na život rezidentů.
- Neadekvátní a sešlé prostředí – některá zařízení byla naprosto nevyhovující; zejména ve starších domovech nebyly bezbariérové toalety, na některé nebylo možné vstoupit ani s chodítkem. Příliš malé jídelny a společenské místnosti, do kterých se obyvatelé nemohli vejít.
- Nesoulad mezi členy pečujícího týmu – někteří pracovníci vyjadřovali svou frustraci nad tím, že nejsou schopni poskytovat takovou péči, jaká je potřeba, protože někteří

z kolegů odmítali vykonávat své povinnosti, odmítali příkazy a dokonce byli vůči spolupracovníkům agresivní. Někteří ošetřovatelé odmítali příkazy nadřízených pracovníků a někdy je zastrašovali, že proti nim využijí svou pozici v odborech nebo v místní správě.

- Zneužívání peněz a majetku obyvatel – požadavky na platbu za určité služby, nevracení drobných z nákupu, ztráty peněz i různých věcí z majetku obyvatel. (10)

R. Clough dochází k závěru, že násilí, zanedbávání a zneužívání seniorů v instituci je výslednicí vzájemné interakce více faktorů. Tyto faktory přispívající k násilí v instituci popisuje ve čtyřech kategoriích:

**Strukturální** – kvalita života seniorů obecně nezpůsobuje příliš velké znepokojení či zájem. Staří lidé mají ve společnosti nízké uznání a dostává se jim služeb na nízké úrovni. Seniori závislí na pomoci druhé osoby mají společenské uznání ještě nižší.

**Enviromentální** – prostředí, ve kterém závislí staří lidé žijí a kde je o ně pečováno přináší často velké množství stresu, který je obtížné tolerovat. Tento stres ovlivňuje jak chování klienta, tak i pečující osoby a může vést k násilí.

**Individuální charakteristika** – lidé s určitými osobnostními rysy nebo s určitou anamnézou (např. kteří se těžko ovládají, nebo sami mají osobní zkušenost se zneužíváním a násilím) se s vyšší pravděpodobností dopouští násilí na ostatních.

**Pracovní styl** – týká práce jednotlivců i týmů a schopnosti personálního i obecného řízení manažerů. U nich jde konkrétně o selhání řídit odpovídajícím způsobem, nejistotu a nedostatek vědomostí a o chování vlastních zaměstnanců.(10)

Je zajímavé, že na nedostatečnou práci manažerů ústavní péče ukazují i jiní autoři, např. již citovaný O. Juklestad. (21)

R. Clough se shoduje s K. Pillemerem a D. Moorem, že pravděpodobnost nevhodného zacházení se zvyšuje v případě verbálně či fyzicky agresivního klienta a syndromem vyhoření pečujících pracovníků. (47)

### **11.1 Syndrom vyhoření**

Na vztah mezi syndromem vyhoření pomáhajícího personálu a problematikou špatné a poškozující péče vycházející z dlouhodobé psychické a fyzické únavy, pocitu závislosti a přítomnost konfliktních situací poukazuje řada autorů. (6,28,31,58)

Péče o seniory je náročná psychicky i fyzicky. I když určitě přináší radost a hezké prožitky, může s sebou přinášet i řadu frustrujících situací, extrémní stres, obavy z vlastního stáří a konce života. Tato oblast péče je oceňována zejména těmi, kdo sami potřebují péči o sebe, nebo o blízkou osobu. Nejde hovořit o celospolečenském uznání pracovníků v seniorské péči. Nízké společenské uznání a legislativní i politické podmínky mají vliv i na nižší ekonomický status pracovníků. Všechny tyto faktory mohou vést ve vyhoření pracovníka. Syndrom vyhoření je nejčastěji definován jako ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí. Je spojován s ztrátou činnosti a smyslu práce, která se stává stereotypem a rutinou.. Projevuje se hořkostí při hodnocení minulosti, nezájmem o práci, pocity zklamání. Klienti a pacienti jsou na obtíž, pracovník k nim necítí úctu ani lítost. Je smutné, že často postihuje i pracovníky, kteří svou pracovní kariéru v pomáhající profesi zahájili s nadšením a řadou ideálů.(31, 33, 58)

## **12. Pracovníci pomáhajících profesí jako pachatelé násilí**

Termín pomáhající profese označuje povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Mezi pomáhající profese se řadí např. povolání sociální pracovník, psychoterapeut, psycholog, lékař, zdravotní sestra, učitel, pečovatel, vychovatel. Shodně s ostatními profesemi mají svou odbornost, tedy množství formálních znalostí potřebných pro výkon profese. Toto vzdělávání je poskytováno příslušnými školami. Psychoterapeut Karel Kopřiva ještě doplňuje další potřebný prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem, který u těchto profesí hraje velmi podstatnou roli. Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem a pochopení ošetrovatelského personálu, klient potřebuje důvěřovat své sociální pracovníci, žák si chce vážit svého učitele. Vztah ke klientovi je u pomáhajících profesí podstatnou složkou povolání. Příslušné dovednosti se však obvykle na školách neučí. (28)

Pracovníci v pomáhajících profesích nejsou jediní, kdo jsou v neustálém kontaktu s lidmi. Podobně je tomu i u povolání jako je např. prodavačka, advokát, úředník v bance. Zde je však dostatečné, když se pracovník chová v souladu s dobrými mravy – tedy slušně, neočekává se od něj osobní vztah. Pomáhající pracovník se však velmi často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří obvykle potřebují více než pouhou slušnost: přijetí, spoluúčast a porozumění. S lidmi, kteří si přejí nebýt pomáhajícímu na obtíž a nebýt jím odsuzováni. Svými verbálními i neverbálními projevy, které mohou být úmyslné i neúmyslné, vytváří pracovník určitou atmosféru, která může klienta povzbuzovat a přinášet mu pocit bezpečí, či jej naopak sráží a ohrožuje. (28)

Přímá péče o postiženého seniora zahrnuje komponenty, které mohou být obtížně pochopitelné - na příklad intimita, hranice vztahu a autorita. Kromě toho je jejich nastavení obvykle individuální. Není ale vůbec neobvyklé, že pracovníci pomáhající profese vykonávají svou práci rutinně, bez osobního zájmu o klienta či pacienta . Vztah ke klientovi ale může být mnohem horší než jen neutrální. Jak upozorňuje K. Kopřiva, u pomáhajících profesí se může velmi často stát, že po slušném chování, které předpokládáme a vyžadujeme v bance nebo v obchodě, není u pomáhajícího profesionála ani stopy. (28)

Specifickým rysem násilí na seniorech ve zdravotnickém či sociálním zařízení je skutečnost, že pachatelem je právě osoba odpovědná za poskytování péče v souladu s platnou legislativou, morálním kodexem své profese a posláním zařízení. (45)

J. Mareš vidí těchto pět příčin vedoucích k poškozování seniorů ošetřovatelským personálem: nekompetentnost, nedbalost, nevhodnou orientaci, opotřebovanost a záměrnost.

Nekompetentnost - pramení z nedostatku zkušenosti teoretické i praktické, nebo z přesvědčení, že nejlépe pomůže „po svém“.

Nedbalost - ošetřovatelský personál má dostatek vědomostí, ale pracuje bez ohledu na seniora, s cílem mít práci co nejdříve hotovou.

Nevhodná orientace – dobro klienta přestalo být pro zaměstnance prioritou, tou se stal vlastní prospěch, např. při lobování farmaceutických firem.

Opotřebovanost – zaměstnanec je orientován na potřeby klienta, ví jak a co by pro něj mohl udělat. Nechce, nebo se z nedostatku síly už nemůže cele věnovat své práci, je vyhořelý.

Záměrnost – pečující je negativně zaměřen vůči některým klientům. V jeho chování dominuje pohrdání jinými, nekritičnost vůči vlastní osobě, neadekvátní jednání v běžných a zejména

zátěžových situacích. Projevuje se nepřátelsky a agresivně. Má potěšení z ponižování druhých, z devalvování bezmocných a opájí se mocí související se sociální rolí pečovatele, zdravotní sestry, lékaře, nadřízeného. (35, str. 16)

Negativní postoje vůči seniorům jsou významnou charakteristikou pachatele násilí, kterou uvádí více autorů. (10, 43, 47) Někteří pracovníci vnímají seniory „jako děti, které někdy potřebují disciplínu“, nebo „jako čekající na smrt“. (47, str. 15)

Podle výzkumu provedeného K. Pillemerem a D. Moorem je další signifikantní skutečností fakt, že pachatelé jsou mladší než oběti, a to zejména v případě psychického násilí. Podle výsledku tohoto výzkumu nebyl prokázán vztah mezi poškozující péčí a výší vzdělání, délkou pracovního poměru nebo vlastnickým statutem zařízení. (47)

Vzhledem k nízkému finančnímu i společenskému ocenění péče o seniory tuto práci častěji vykonávají ženy; lze tedy odvodit, že nejčastěji jsou pachatelkami násilí v instituci ženy - zdravotní sestry, ošetřovatelky, pečovatelky a sanitárky.

Zajímavý je údaj Ústřední rady zdravotních sester a porodních asistentek ve Velké Británii, podle kterého většina pracovníků, které byly obviněny ze zanedbání a poškozující péče si není vědoma, že svým konáním splňovaly charakteristiku násilí. (14)

### **13. Charakteristika obětí**

Lze říci, kdo ze seniorů v ústavní péči se s větší pravděpodobností stane obětí násilí ze strany zaměstnanců? Někteří autoři se domnívají, že jsou to klienti s kognitivním a fyzickým postižením a ti, kteří mají málo či žádné návštěvy. (21,43) K prokázání pravdivosti těchto úsudků však není dostatek „tvrdých“ dat. Větší podloženost má názor, že to jsou klienti, kteří jsou sami verbálně či fyzicky agresivní vůči zaměstnancům, nebo jsou s nimi v konfliktu. (47) Nejenom že zpětná reakce personálu může být také agresivní; agresivním klientům a také silně dezorientovaným klientům jsou s větší pravděpodobností odepřeny možnosti činit vlastní rozhodnutí. (21)



## **14. Zanedbání a poškozující péče**

Nejčastější formou násilí na seniorech v ústavní péči je zanedbávání a poškozující péče.

Škála zanedbávání a poškozující péče je široká. Autoritativní styl jednání, který zbavuje obyvatele nezávislosti a práva na vlastní volbu rozhodnutí a kontrolu nad vlastním životem, nerespektování lidské důstojnosti a lidských práv jedince. To vše se přenáší do roviny přímé péče. Nezájem a lhostejnost se může manifestovat chybami v podávání medikace, násilným podáváním léků, které nemocný odmítá, katetrizací inkontinentních klientů či nucením obyvatel užívat plenkových kalhotek, ač s trochou pomoci by zvládli dojít na toaletu. Jako jedny z nejzávažnějších forem lze uvést zanedbávání v oblasti výživy a hydratace a nedobrovolnou imobilizaci.

### **14.1 Malnutrice a dehydratace**

Nepřiměřená výživa, neboli malnutrice, má pro seniora řadu nepříznivých důsledků. E. Topinková uvádí snižování obranyschopnosti a zvyšování náklonnosti k infekci, úbytek svalové hmoty ovlivňující mobilitu, soběstačnost i plicní ventilaci, zhoršené hojení ran, tvorbu dekubitů, zhoršení probíhajících chronických nemocí, rozvoj edémů, anémie a poruch vnitřního prostředí. (55) Příčin malnutrice u seniorů je řada – problémy se žvýkáním, chybějící zubní protézy, poruchy polykání, třes ruky, pohybová postižení, nechutenství způsobené farmakoterapií, z psychických příčin i v důsledku zácpy. (62) Stejně jako malnutrice ohrožuje seniory i dehydratace. I ta má ve stáří své specifické příčiny jako je snížený pocit žízně, snížená mobilita, volba léků.

V neposlední řadě je příčinou malnutrice a dehydratace starého člověka pobývajícího v instituci i zanedbání ze strany ošetrovatelského personálu – jejich netrpělivost a nezájem či neochota. Není neobvyklé, že rodinní příslušníci dojíždí do léčeben svého blízkého napojit a nakrmit, protože personál to z nejrůznějších důvodů neudělá. Není neobvyklé, že nemocný s poruchou polykání či žvýkání dostává nemletou stravu, kterou není schopný rozkousat, že nemocnému s poruchou sebeobsluhy je ponecháno pít a talíř s jídlem na nočním stolku na který nedosáhne a po určité době je zase plný odnesen.

Je smutné a zarážející, že na začátku dvacátého prvého století se naši křehcí senioři potýkají s ohrožením, které jsme přičkli rovníkové Africe – s podvýživou a dehydratací. Ke zhodnocení rizika nedostatečné výživy a hydratace přitom stačí skutečně málo – pravidelné vážení, sledování příjmu stravy a u rizikových klientů příjem a výdej tekutin.

## 14.2 Imobilizace a omezující prostředky

M. Zvoníčková uvedla na semináři České asociace sester šokující data, vycházející z údajů z roku 1992. Téměř 59 % klientů v dlouhodobé ústavní péči mělo nějakým způsobem úmyslně omezenou mobilitu ošetřujícím personálem. Omezit pohyb klienta jde řadou způsobů a dochází k němu z různých příčin. Pro některé pracovníky je imobilizace způsobem, jak zabránit úrazu, pro jiné to může být morální dilema a pro další řešením náročnosti péče o bloudícího zmateného pacienta. M. Zvoníčková definuje pohybové omezení jako nedobrovolnou imobilizaci, nebo také nedobrovolné připoutání nemocného, které znemožňuje volný pohyb a to prostřednictvím mechanických nebo chemických prostředků. Autorka uvádí, že nejčastěji je připoutaný člověk starší 70 let, trpící kognitivní poruchou, vyžadující asistenci a u kterého je potencionální riziko pádu. (62, str. 34)

Úmyslně znehybněný starý člověk prožívá strach, hněv, ponížení. Cítí se potrestaný a demoralizovaný.(61)V mnoha případech se jedná o silně zmateného jedince, který vůbec nechápe co se děje a přirozeně snaží se bránit. Neprobádaná, ale výzkum si zasluhující, je oblast omezení pohybu prostřednictvím sedativ. Dlouhodobé omezení hybnosti ústí v poškození psychického stavu a závažné změny popsané jako imobilizační syndrom se vznikem svalové atrofie, kontraktur, ztuhlosti kloubů, dechovými obtížemi přispívajícími k rozvoji zánětu plic, nechutenstvím, infekcemi močových cest, a proleženinami. (62)

## 14.3 Umírání v instituci

Ke stáří se neodmyslitelně váže i závěr života, umírání a smrt. Občanské sdružení Cesta domů uvádí vlastní výzkum realizovaný v roce 2003 - 2004, podle kterého v České republice 75 % všech úmrtí nastává ve zdravotnické či sociální instituci - nemocnici, léčebně dlouhodobě nemocných, domovech důchodců. 80 % respondentů výzkumu veřejného mínění uvedlo, že si v instituci zemřít nepřejí. Podle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky umírá v léčebnách dlouhodobě nemocných přes 10 000 pacientů.(63) E. Topinková upozorňuje, že zvláště geriatričtí pacienti mohou v ústavní péči trpět osamělostí, citovou a podmětovou deprivací a ztrátou soukromí. Strádají omezenou schopností komunikovat, jsou vzhledově neatraktivní a ztrácejí úctu k sobě samým. Faktory přispívající k utrpení dlouhodobě nemocných umírajících seniorů lze sumarizovat takto:

Vlastní onemocnění – obtěžující tělesné pocity a tělesné příznaky.

Prožívání – úzkost, konfliktnost, somatizace, rezignace, apatie, deprese, ztráta sebeúcty, pohrdání sebou samým, ztráta sebeidentity, ztráta vlastní tělesnosti.

Prostředí – osamělost, izolace personálem, rodinou, spolupacienty, podnětová a citová deprivace, zanedbávání, cynismus. (54)

V případě, že je ošetřující personál neidentifikuje a nepřizpůsobí těmto projevům svou péči, se prožívaná úzkost starého člověka prohlubuje. Přístup ošetřujícího personálu však může být ještě horší, může dojít k dehumanizaci přístupu a odlidštění seniora, kdy ztrácí svůj lidský rozměr a redukuje se pouze na věc, s níž je pouze manipulováno. (54)

O. Sláma v článku Péče o umírajícího starého pacienta v podmínkách LDN vyjadřuje názor, že zlepšení péče o umírající v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) je jedním z velkých dluhů českého zdravotnictví. Upozorňuje, že v LDN může být zvláštní absence kvalifikovaných lékařských rozhodnutí, pramenící z přesvědčení, že u umírajícího není již „lékařsky co řešit“. Vizita u lůžka umírajícího probíhá rychle, bez pokusu navázat s umírajícím kontakt a : „...jeho stav je zdravotníky diskutován, jako by byl pacient již mrtvý.“ Doprovázení umírajícího a včasné informování rodiny je spíše výjimkou a není součástí standardní péče. (50, str. 3)

## 15. Role a nástroje vedoucího pracovníka při prevenci násilí v ústavní péči

Na úrovni poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb hraje při odhalování a prevenci násilí vedle osobní odpovědnosti a profesní morálky jednotlivých pracovníků důležitou roli i osobnost řídicích pracovníků a jejich znalost problematiky násilí. Součástí práce vedoucích pracovníků je také naplňování poslání a hodnot společnosti, monitorování kvality péče, výběr a rozvoj personálu. V těchto oblastech mohou násilí předcházet, nebo jej odhalovat. (45)

### 15.1 Poslání a hodnoty organizace

V rámci organizace musí mít každý pracovník jasno o poslání a cílech organizace, a hodnotách péče. To předpokládá, že s nimi budou seznámeni všichni pracovníci či dobrovolníci již při prvním pohovoru a dostanou je v písemné formě zároveň s podepsáním smlouvy. Svou roli tu hraje i silná osobnost vedoucího pracovníka, který je osobně s cíly, filozofií a hodnotami organizace ztotožněn a je nekompromisní k odchýlkám negativně ovlivňující kvalitu péče.

#### 15.1.1 Poslání organizace

Každá organizace vzniká jako reakce na lidskou nebo společenskou potřebu. Poslání jednoduchými slovy říká *proč* organizace existuje a co dělá. Nastihuje zásadní, jedinečný účel organizace, a to stručným popsáním *co* organizace dělá a *pro koho* to dělá. Někdy také zahrnuje popis *jak* bude organizace dosahovat svého účelu existence, aby její poslání bylo unikátní a odlišovalo je od konkurentů a podobných organizací. (13)

Poslání odráží důležité klíčové hodnoty dané společností. I organizace poskytující zdravotní a sociální péči musí mít jasno v tom, jaké je její poslání a musí jej umět výstižně vyjádřit. Centrem poslání organizací poskytující službu seniorům tedy musí být senior. On je příčinou, proč organizace vznikla, proč funguje a proč má zaměstnance. Jeho blaho a lidská práva jsou cílem péče, nikoliv neodbytnou přítěží. Aby bylo poslání účinné, musí být jeho vydefinování:

- unikátní a důvěryhodné,
- dynamické a inspirující,
- stručné a zapamatovatelné.

(13)

Poslání samo o sobě samozřejmě nezmění jednání zaměstnanců. Je to pouze jeden z manažerských nástrojů, který verbalizuje rámec činnosti a střednědobý směr organizace. Pro zaměstnance se stává důvěryhodným pouze činí-li management rozhodnutí a zaměřuje-li své jednání zásadově v souladu s tím, co je v poslání napsáno.

Zde je několik příkladů poslání organizací činných v péči o seniory:

Domov odpočinku v Myslibořicích Diakonie Českobratrské církve evangelické :

V Diakonii Českobratrské církve evangelické – středisku Myslibořicích poskytujeme sociální, zdravotní a pastorační služby formou ústavní i domácí péče s cílem umožnit potřebným , zejména seniorům, prožít důstojného života. (68)

Domov důchodců Lukov:

Posláním Domova důchodců Lukov, příspěvkové organizace, je poskytování sociálních a zdravotních služeb, podporování soběstačnosti uživatelů a umožnění prožití plnohodnotného podzimu života. Plnění tohoto poslání je závazkem všech zaměstnanců Domova důchodců Lukov vůči veřejnosti. (66)

Domov důchodců Praha 6:

Posláním a cílem Domova důchodců Praha 6 je poskytnout seniorům důstojný, příjemný a podle jejich přání a možností i aktivní život, který již nemohou nebo nechtějí trávit ve svém domácím prostředí. Kromě zajištění základních potřeb - jako je jídlo, ubytování, čisté prostředí, lékařské a ošetrovatelské služby – se snažíme, aby místo, kde naši obyvatelé žijí bylo vlídné, příjemné a co nejvíce se podobalo opravdovému domovu.(67)

### **15.1.2 Hodnoty organizace**

Organizační hodnoty určují akceptované standardy chování jednotlivců v rámci organizace. Bez těchto hodnot hrozí, že někteří zaměstnanci budou jednat podle vlastních hodnot, které nemusí být v souladu s přáním organizace. Organizační hodnoty se odrážejí v základních dokumentech jako jsou poslání, cíle, strategický plán apod., ale i v směrnících, harmonogramech a standardech.

V dobře řízených ziskových společnostech jsou organizační hodnoty, jejich naplňování a ztotožnění zaměstnanců s nimi velmi důležité. Takto například definovala své hodnoty společnost Microsoft :

- Čestnost a upřímnost
- Nadšení pro zákazníky, partnery a technologii
- Otevřenost, respekt k ostatním
- Ochota přijmout velké výzvy a zvládnout je
- Sebekritičnost, zvědavost a chuť k osobnímu růstu

(69)

Tyto hodnoty nejsou příliš vzdálené od těch, které bychom si přáli mít v organizacích pečujících o seniory. Nabízí se provokativní otázka, zda by přenesením těchto hodnot do takové instituce bylo možné problematiku násilí eliminovat.

Poslání a hodnoty ale zůstanou jen papírem na stěně, nebo položkou v pořadači, pokud nebude systematicky usilováno o jejich přenesení do denní praxe a poskytované péče či služby. Jak na to? Komunikováním vně i do organizace – při poradách, v propagačním materiálu, v tiskových zprávách. S posláním a hodnotami je potřeba seznámit všechny zaměstnance i dobrovolníky při prvním pohovoru i při zácviku. Neopominutelnou roli v tom hraje i příklad a osobnost vedoucího pracovníka, který je s posláním, cíly, hodnotami organizace ztotožněn a je nekompromisní k odchýlkám negativně ovlivňující kvalitu péče.

Při definování poslání a hodnot nám mohou být vodítkem obecné principy poskytování sociálních služeb seniorům:

Důstojnost - uznání přirozené hodnoty člověka bez ohledu na podmínky, ve kterých se nachází, respektování jeho jedinečnosti a zvláštních osobních potřeb.  
Soukromí - právo člověka být ušetřen nežádoucího zájmu o jeho soukromí či jeho narušování .

Nezávislost - podporování a respektování nezávislosti člověka v maximální možné míře, respektování jeho práva na informovaný výběr a odpovědnosti za možné důsledky jeho vlastního rozhodnutí .

Volba - člověk by měl mít možnost vybrat si z řady nabídek a na tuto volbu by měl být brán zřetel .

Práva - práva člověka musí být chráněna a podporována tak, aby každému byla zajištěna rovnost a kvalita života bez ohledu na věk, pohlaví, fyzické a duševní schopnosti, rasu či vyznání.

Naplnění - realizace osobních přání a uplatnění schopností ve všech aspektech denního života.  
Zplnomocnění - právo člověka na rozhodování o svém životě a kontrolu nad tím, co se s ním bude dít. (7)

## **15.2 Řízení lidských zdrojů**

Jak již bylo řečeno, osobnost pomáhajícího pracovníka má při naplňování péče o postiženého seniora jedinečnou úlohu. Lidé však nejsou stroje, i když se stejně jako ony mohou opotřebovat. Nábořem, výběřem, hodnocením, rozvojem a péčící o personál se zabývá disciplína řízení lidských zdrojů, nebo také personální management. Je založena na tom, že zaměstnanci jsou především lidé a nemělo by se s nimi tedy zacházet jako se zbožím. Každá organizace je totiž závislá na lidech, protože právě prostřednictvím nich dosahují společnosti svých cílů. Klíčové funkce manažera při řízení lidských zdrojů je:

- Přispívat k zajištění potřebného personálu.
- Vytvářet podmínky pro rozvoj svých zaměstnanců a svůj vlastní rozvoj.
- Plánovat, organizovat a hodnotit práci svých podřízených.
- Vytvářet tým, rozvíjet produktivní a tvůrčí vztahy.

(36)

### **15.2.1 Výběř pracovníka**

Výběř pracovníka je oboustranný proces. Obě strany mají očekávání i představy o vlastních cílech a potřebách. Hodnoty a poslání organizace je potřeba komunikovat již v procesu získávání nového pracovníka. Specifikace požadavků na pracovníka kromě odborné přípravy, vzdělání a praxe musí zahrnovat i požadavky na jeho schopnosti a vlastnosti – např. trpělivost, pozitivní vztah k seniorům, ochotu učit se novým věcem, schopnost překonávat stres a schopnost vycházet s lidmi, schopnost týmové práce. V současné době je samozřejmostí požadavek na výpis z rejstříku trestů.

### **15.2.2 Uvedení do organizace**

Cílem organizace je získat schopného pracovníka, který je loajální, identifikuje se s organizací, chce v ní zůstat a je připraven usilovně pracovat. Prvním krokem k získání takového pracovníka je představit organizaci, jako organizaci pro kterou stojí za to pracovat, a tento dojem po jeho nástupu soustavně upevňovat. (3)

Nový pracovník o sobě organizaci poskytuje množství informací. Je potřeba, aby i organizace poskytla dostatečné množství informací. Noví pracovníci se rychleji zařadí a zorientují, pokud proběhne proces jejich adaptace na pracoviště, tedy nové sociální prostředí, hladce. Zejména ziskové organizace mají tzv. informační balíček, neboli příručku pro nového pracovníka, která obsahuje jasně a stručně vše, co by nový pracovník měl znát. Uvedení nového pracovníka by se ale nemělo odehrávat pouze na úrovni předání svazku tištěných směrnic a předpisů k prostudování. Vedoucí nebo jiný pověřený pracovník by měl probrat s novým pracovníkem hlavní body a dát mu prostor k dotazům. Jako prospěšné se ukazují formální informační semináře pro nové pracovníky – opět jsou obvyklé zejména v ziskových společnostech, jsou však inspirující i pro zdravotní a sociální organizace. Obsahem informačního semináře může např. být:

Informace o společnosti – její služby, struktura, poslání a hlavní hodnoty.

Příležitosti k rozvoji pracovníků – formální a samostatné vzdělávání, supervize, plány osobního rozvoje.

Proces řízení pracovního výkonu – co je hodnoceno, kdo hodnotí a s jakou frekvencí

Pracovní podmínky – např. dovolená, dodatková dovolená, systém odměňování, penzijní připojištění a jiné zaměstnanecké výhody.

Politika, postupy a další opatření – politika stejné příležitosti, pravidla týkající se šikanování, mobbingu, disciplinární řízení, vyřizování stížností, pravidla týkající se kouření.

(3)

### **15.2.3 Psychologická smlouva**

Při uzavření písemné pracovní smlouvy vzniká i jakási nepsaná smlouva, která vyjadřuje kombinaci spojení víry jedince a jeho zaměstnavatele o tom, co jeden od druhého očekává. Tato nepsaná smlouva bývá označována jako psychologická. (3) Psychologická smlouva je implicitní, nepsané přesvědčení a předpoklady, týkající se chování, které se očekává od pracovníků i toho, co pracovníci očekávají od zaměstnavatele. Týká se postojů, norem a hodnot; je to vlastně soubor přesvědčení, která ani nemusejí být výslovně vyjádřena. Systém



uvedení pracovníka do organizace může ukázat, co je od něj očekáváno, pokud jde o normy, chování a hodnoty. Uvedení pracovníka do organizace je příležitostí pro informování zaměstnanců o tom „jak to u nás chodí“, tak aby se zamezilo vzniku nedorozumění, která ovšem nelze úplně vyloučit. (3)

Už od prvního dne musí i v praxi pomáhající pracovník vidět řadu věcí – např. že s klienty se jedná slušně, jsou respektováni, oslovují se podle pravidel slušného chování, i při hovoru mimo pokoje se o nich mluví jako o pánovi a paní, že při vstupu do pokoje se klepe, že většina pracovní doby se tráví s klienty.

#### **15.2.4 Hodnocení pracovního výkonu**

Hodnocení pracovního výkonu je formální proces, který pracovníkovi poskytuje zpětnou vazbu na jeho práci a poskytuje hlubší náhled na názory a pocity zaměstnanců o jejich práci, vývoji profesní kariéry a organizace jako celku. Existuje řada teorií podle kterých se hodnocení provádí. Bez ohledu na to, jaký standardizovaný postup hodnocení bude použit je vhodné, aby pracovník předem obdržel soubor hodnotících otázek. Pravidelná formální hodnocení by se měla konat v půli zkušební doby, aby se ujasnily jakékoliv potíže, problémy a nedorozumění. Další hodnocení by mělo proběhnout těsně před uplynutím zkušební doby a dále 6 měsíců po uplynutí zkušební doby. Poté se hodnocení pracovního výkonu u všech zaměstnanců provádí jedenkrát za rok. (2)

#### **15.2.5 Vzdělávání**

Obor sociální práce i ošetrovatelství se přirozeně neustále vyvíjejí. V praxi pak dochází k rozporu mezi schopnostmi a znalostmi pracovníka a potřebou znalostí a schopností, které potřebuje organizace pro zabezpečení kvalitní péče. Vzdělávání sleduje dva cíle – rozvoj organizace jako celku a rozvoj pracovníků; naplňování jejich osobních i profesních aspirací, posílení vazeb na organizaci a v neposlední řadě i zvyšování pracovní motivace a prevence syndromu vyhoření. ( 36)

#### **15.2.6 Supervize**

Evropská asociace pro supervizi definuje supervizi jako:

- metodu poradenství, s jejíž pomocí osoby, týmy, skupiny a organizace hodnotí svoji profesionální aktivitu
- postup, jímž s pomocí supervizora osoby, týmy, skupiny a organizace pracují na řešení problémů, přítomných v profesionálních situacích
- model pro výukové procesy
- teoretické pojetí, které umožňuje zhodnocení faktorů, souvisejících s profesionální komunikací a jejich definování (71)

Supervize může být poskytována jednotlivci nebo skupině a je dělena na dva základní typy – supervizi rozvojovou a odbornou. Rozvojová supervize je definována jako organizovaná příležitost, která má za cíl zvyšovat profesionální kompetenci pracovníka. Tato způsobilost je dána postoji, hodnotami, dovednostmi a vědomostmi (18)

Odborná supervize se zaměřuje na daný problém klienta nebo s klientem, na „případ“, na „problém“. Každá odbornost má svoje specifické postupy, které prověřuje svou odbornou supervizí. Supervize tvoří „podmnožinu“ supervize rozvojové.

Supervize je jedním z nástrojů pro prevenci syndromu vyhoření. Supervize se vztahuje k cíli naší práce. Všimá si přitom procesu, jakým daného cíle dosahujeme a vztahů, které přitom vytváříme. K lepší praxi a tedy i k zlepšení péče o seniory přispívá třemi základními funkcemi:

- Funkce řídicí – sleduje a zajišťuje chápání a dodržování cílů organizace a služby, pomáhá v procesu stanovování priorit, kompetencí, pracovních rolí, napomáhá sledovat efektivitu práce, práce s časem atd.
- Funkce vzdělávací - podporuje učení a odborný růst pracovníků; supervizor může informovat a vzdělávat v nových přístupech, metodách práce, možnostech prevence syndromu vyhoření a práce se stresem atd.
- Funkce podpůrná - podporuje odborný i osobní růst a rozvoj jednotlivců i programů. Supervizor zaštiťuje svou odbornou prestiží pracoviště, vytváří bezpečný prostor pro nastolení problémů, potřebných změn, týmovou interakci

(52)

### **15.2.7 Otevřená komunikace**

Pro prevenci špatného zacházení je důležité vytvoření pracovního týmu, kde panuje atmosféra důvěry umožňující diskutování případů kdy si pracovník není jistý, i otevřené vyjádření nesouhlasu, názorů a nápadů. Navzdory profesním ideálům i pracovníci v pomáhající profesi jsou lidé. Sdílení skutečnosti s kolegou, že pan X. ve mně vyvolává pocit frustrace a hněvu neznamena, že s panem X. hněvivě jednám. Konzultantka v oboru gerontopsychiatrie J. Garnerová ve svém článku cituje P. Terryho, který vyzývá k vytvoření fóra na pracovišti, kde by bylo možná diskuse a pochopení problémů a pocitů spojených s prací, protože takové fórum může sloužit jako prevence výbuchů, citového oploštění a profesionálního odtažení. Pracovníci potřebují svobodu pro rozpoznání nejen pozitivních, ale i negativních pocitů, které jim práce přináší, zvláště pokud je klient o kterého pečují nevděčný, náročný, rezistentní péči, agresivní nebo fyzicky odtažitý. J Garnerová upozorňuje, že pokud se tyto charakteristiky, se kterými se pomáhající pracovníci běžně setkávají, budou vědomě ignorovat, vzrůstá pravděpodobnost špatné péče. Svoboda k rozpoznání a diskuzi rozporuplných pocitů ale také vyžaduje pochopení, že nejde o zanevření na klienta. (14)

### **15.2.8 Disciplinární řízení**

Odhalení špatného zacházení ze strany personálu je obzvláště obtížné u seniorů trpících demencí a dalšími poruchami kognitivních funkcí. Nejde jen o to, že pro postiženého může být obtížné či nemožné svou zkušenost komunikovat. Mnohdy takové chování tolerují ostatní pracovníci. Na první pohled se zdá, že nahlášení případu násilí či špatné péče, kterého jsme se na pracovišti stali svědkem je jednoduchá záležitost, která je navíc v zájmu blaha klienta. Etiologie násilí je ovšem komplexní a spojuje různé faktory – osobní, sociální, organizační. Někteří autoři upozorňují na to, že existuje alarmující pravděpodobnost, že se pracovník bude chovat, jako by nic neviděl. Každá organizace si vytváří vlastní organizační kulturu. Skupinová pravidla jsou často velmi silná. Pomáhající pracovník se může ocitnout v konfliktu loajality tím, že je členem týmu a přeje si být ostatními členy oblíben. (14) Proto je potřeba mít již zmiňované organizační hodnoty a pravidla pro poskytování péče, se kterými lze měřit nevhodné chování.

Každá organizace by měla mít jasně stanovený postup pro disciplinární řízení, který by stanovoval, že pokud k řízení musí být přikročeno, bude splňovat určité předpoklady. Organizace musí zajistit, aby tato pravidla byla k dispozici všem pracovníkům.

Podle M. Armstronga by disciplinární řízení mělo:

- být podniknuto pouze v případech, kdy existuje dobrý důvod a jasné důkazy
- být přiměřené povaze přestupku, který byl spáchán
- být zjevně spravedlivé a odpovídat předchozím krokům v podobných případech
- být podniknuto pouze tehdy, jestliže si pracovník byl vědom norem, které se od něj očekávaly nebo pravidel, jejichž dodržování se od něj vyžadovalo
- poskytnout pracovníkovi právo být během jakéhokoliv projednávání zastupován odborovým představitelem nebo kolegou
- poskytnout pracovníkovi právo vyslovit se ke všem obviněním vůči své osobě
- poskytnout pracovníkovi právo se odvolat proti jakýmkoliv disciplinárním krokům.

(3)

Disciplinární řízení má tři stupně: prvním je neformální či ústní varování, které dostane pracovník v případě prvního či menších opakujících se přestupků. Druhý stupeň je formální písemná upomínka, kterou dostane v případě závažnějšího přestupku, nebo po opakovaných menších přestupcích. Upomínka konstatuje přesnou povahu přestupku a uvádí možné budoucí kroky, které nastanou, pokud se přestupek bude opakovat. Posledním stupněm je další disciplinární řízení, které může vést až v propuštění pracovníka podle § 53 Zákoníku práce, pokud se jedná o obzvlášť hrubé porušení pracovní kázně .

### **15.3 Řízení a monitorování kvality**

Řízení kvality nebo také management jakosti je systematické řízení organizace zaměřené na kvalitu. Dobrý systém řízení lze vymyslet vlastní nebo převzít některý z celé řady těch, které již někdo vynalezl a ověřil.

#### **15.3.1 Systémy řízení kvality**

Jedním z nich je využívání filosofie TQM – Total Quality Management. To je spíše způsob myšlení o cílech organizace, procesech a lidech, včetně otázek etiky a podnikové kultury než exaktní návod pro výkon managementu.

Počátkem devadesátých let představila Evropská nadace pro management kvality model excellence – EFQM (European Foundation for Quality Management) který slouží jako doporučující rámec pro řízení organizací v podnikatelské sféře i ve veřejných službách. Model

EFQM lze používat jako metodický nástroj pro zlepšování manažerských praktik a též jako souhrn kritérií pro jejich hodnocení.

Normy ISO 9000 patří k nejvíce známým a úspěšným standardům, které se staly respektovanou mezinárodní referencí pro požadavky trhu na kvalitu. Jádrem souboru norem tvoří čtyři mezinárodní standardy, které poskytují návod k vypracování a uplatnění systému řízení kvality. Ty nejsou specifické pro žádný druh produktů a dají se uplatnit ve všech oborech výroby a služeb. Normy vycházejí z osmi zásad managementu kvality:

- Zaměření na zákazníka
- Vedení
- Zapojení zaměstnanců
- Procesní přístup
- Systémově orientovaný přístup k řízení
- Neustálé zlepšování
- Přístup k rozhodování zakládající se na faktech
- Vzájemně výhodné dodavatelské vztahy (64)

Ačkoliv existují propracované systémy řízení kvality je potřeba zdůraznit, že neexistuje přesná definice kvality. To, co je ve zdravotních a sociálních službách považováno za kvalitní, je závislé na politických, společenských, psychologických a hospodářských vlivech. (40) Na národní úrovni může například míra nákladů investovaných do rozvoje kvality rezidenčních služeb pro seniory odrážet nakolik je tato problematika „žhavým“ politikem.

Z hlediska řízení kvality poskytované zdravotní a sociální služby potřebují vedoucí pracovníci řadu dovedností:

- Schopnost a odhodlání naslouchat uživatelům služby, zaměstnancům i dalším zainteresovaným subjektům.
- Přijmout osobně závazek prosazovat vysokou kvalitu péče a řešit „špatnou praxi“.
- Schopnost delegovat s důvěrou.
- Schopnost motivovat multidisciplinární týmy.
- Soubor organizačních schopností – analyzovat, plánovat, kontrolovat a hodnotit poskytované služby a péči. (41)

### 15.3.2 Principy rozvoje kvality v rezidenčních službách pro seniory

Zásadním principem, na kterém je potřeba budovat rozvoj kvality v zařízeních poskytujících rezidenční či dlouhodobou péči o seniory je partnerství. Uživatelé služby totiž mají často odlišné představy a priority o žádoucí kvalitě než její poskytovatelé. Model partnerství definuje, analyzuje a diskutuje různé představy o kvalitě s ohledem na hledání vzájemně přijatelného řešení, které bere v potaz dostupné a budoucí zdroje. Uživatele služeb je možné zapojit do definování kvality mnoha způsoby, např. účastí při šetření spokojenosti se službou až po zapojení jejich zástupců jako poradce řídicích orgánů. Ch. Payne upozorňuje, že mnohé metody, které zdánlivě získávají pohled klientů služby na její kvalitu, často manažerům říkají spíše to, co chtějí slyšet, než to, co by slyšet měli. Mnohé systémy akreditace potvrzujících kvalitu často nemusí pravdivě reflektovat názory pacientů či klientů. Ch. Payne uvádí tyto zásady pro řízení a hodnocení kvality v pobytové službě:

- Uživatelé musí být zahrnuti do procesu hodnocení a rozvoje služeb
- Hodnocení by se mělo zaměřovat na kvalitu při poskytování služeb a na jejich přínos uživatelům.
- Hodnocení musí zohledňovat subjektivitu ve vnímání kvality života a mělo by být zaměřeno na naplňování individuálních potřeb a přínos pro konkrétního uživatele.
- Prostředky pro hodnocení by v sobě měly zahrnovat uživatelem definované potřeby a měřítko pro výsledky.
- Musí být vytvořeny vhodné nástroje pro hodnocení ze strany uživatelů, které jim umožní definovat jejich vlastní potřeby a naděje.
- Je třeba hodnotit efektivitu služeb podle toho, jak se jim daří uspokojovat potřeby a představy uživatelů tak, jak jsou jimi samotnými identifikovány.
- Uživatel musí být v centru průzkumu činnosti organizace. Cílem průzkumu by mělo být zkvalitňování poskytovaných služeb prostřednictvím změn v dosavadní praxi, jako odpověď na problémy identifikované uživatelem.

(40)

### **15.3.3 Standardy kvality v sociálních službách a Zákon č. 108/2006 o sociálních službách**

Velký význam by řízení kvality služeb, i při potírání násilí a nevhodného zacházení se seniory žijícími v institucích, mohlo přinést uzákonění standardů kvality a Zákon o sociálních službách.

Standardy kvality v sociálních službách vydalo MPSV již v roce 2002. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Nebyly však ukotveny v zákoně, takže jejich naplňování nebylo vymahatelné. Výjimku tvořili poskytovatelé z řad neziskových organizací, kteří v každoroční žádosti o dotaci ze státního rozpočtu byli dotazováni na naplňování některých kritérií – např. supervizi zaměstnanců, rozvoj pracovníků apod. Na existenci standardů však konečně odkazuje nový Zákon o sociálních službách, vstupující v platnost od ledna 2007. Naplňování standardů se stane podmínkou akreditace sociální služby. Celkem se jedná o soubor sedmnácti standardů rozdělených na procedurální, personální a provozní. Pro prevenci špatného zacházení s klienty mají přímý vliv standardy č. 1,2,5,7,11 a 16.

#### **Procedurální standardy:**

1. Cíle a způsoby poskytování služby
2. Ochrana práv uživatelů sociálních služeb
3. Jednání se zájemcem o službu
4. Dohoda o poskytování služby
5. Plánování a průběh poskytování služby
6. Osobní údaje
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb
8. Návaznost na další zdroje

#### **Personální standardy:**

9. Personální zajištění služeb
10. Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb
11. Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů

## **Provozní standardy:**

12. Místní a časová dostupnost služby
13. Informovanost o službě
14. Prostředí a podmínky pro poskytování služby
15. Nouzové a havarijní situace
16. Zajištění kvality služeb
17. Ekonomika

Jednou ze základních zásad poskytování sociálních služeb podle Zákona č. 108/ 2006 o sociálních službách je to, že rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté pomocí služby musí zachovávat lidskou důstojnost osob a dále, že sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Poskytovatelé sociálních služeb budou moci služby poskytovat jen na základě jejich registrace. Podmínkou registrace bude kromě prokázání technických a odborných předpokladů i požadavek naplňování standardů kvality. Na plnění podmínek registrace a kvalitu služby bude dohlížet inspekce poskytování sociálních služeb zřizovaná krajským úřadem či ministerstvem práce a sociálních věcí v případě poskytovatelů zřizovaných krajem.

Další důležitou oblastí, kterou zákon upravuje je používání opatření omezující pohyb osob. Ty bude možné používat pouze se souhlasem přivolaného lékaře a jen v případě přímého ohrožení zdraví a života uživatele či jiných fyzických osob a to na dobu nezbytně nutnou pro odstranění tohoto nebezpečí. Opatření omezující pohyb uživatele je považováno až poslední možnou intervencí. Povinností poskytovatele je nejdříve použít mírnější opatření vedoucí ke zklidnění situace a musí vhodným způsobem informovat dotčenou osobu, že může být vůči ní užito opatření omezující její pohyb. Pokud se takové opatření nakonec použije, je podle zákona poskytovatel povinen informovat zákonného zástupce uživatele a vést evidenci případů použití takových opatření.

V neposlední řadě zákon upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka včetně požadavku na další vzdělávání a dále zavádí pojem pracovník v sociálních službách a definuje požadavky na jeho odbornou způsobilost.



## **II. Praktická část**

### **1. Úvod**

Při realizovaném kvalitativním výzkumu jsem se snažila najít odpověď na tři výzkumné otázky:

- Jaké faktory přispívají k násilí a špatnému zacházení se seniory ze strany personálu?
- K jakým formám násilí a špatného zacházení se seniory při institucionální péči o seniory dochází ?
- V čem vidí pracovníci zapojení do péče o seniory možnou prevenci násilí a špatné péče?

#### **1.1 Zdůvodnění výzkumu**

K zvolení tématu výzkumu mne vedl zájem o problematiku kvality péče o staré lidi v sociálních a zdravotnických zařízeních určených pro dlouhodobé či trvalé pobyty. Protože sama pracuji v zařízení poskytující péči seniorům se sníženou soběstačností, setkávám se často s lidmi, kteří mají s pobytem v některé instituci velice smutnou zkušenost. Jsou to přitom křehcí a zranitelní staří lidé a zároveň úžasné a jedinečné osobnosti, často s pohnutými životními osudy. Nemusí však jít přímo o fyzické násilí a poškozující péči. Někdy je nezájem, přehlížení a ponižování to, co starého člověka bolí nejvíc. Z titulu vedoucího pracovníka mám možnost systémových opatření pro prevenci tohoto jevu a také pro sdílení poznatků s kolegy z jiných zařízení a studenty zdravotních a sociálních oborů. Proto mne zajímaly nejenom faktory vedoucí k projevům násilí, ale i jeho možná prevence.

#### **1.2 Struktura výzkumné zprávy**

V úvodní kapitole jsou uvedeny výzkumné otázky a je zdůvodněn výběr zkoumané oblasti. Následuje metodologická kapitola popisující výzkumnou proceduru, popis zdrojů dat a místa výzkumu. Je diskutován sběr dat, jejich organizace a analýza.

V další kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumu. V závěrečné kapitole jsou výsledky výzkumu sumarizovány a je otevřena nová otázka pro další možné zkoumání .

## 2. Metoda

Jako výzkumnou metodu pro praktickou část práce jsem zvolila sérii polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly realizovány od května do srpna 2006.

### **Respondenti**

Při výběru účastníků výzkumu jsem oslovila celkem 15 osob, 3 odmítly hned po dotázání, 2 nejdříve souhlasily, nakonec si však svou účast rozmyslely. Rozhovory proběhly s 10 respondenty.

Při výběru účastníků jsem se zaměřila na osoby, které mají přímou zkušenost s péčí o seniory v sociálním či zdravotnickém zařízení. Výjimku tvořila jedna respondentka, která pracuje v pozici hlavní sestry; tu jsem oslovila s účelem získat pohled na problematiku i řešení v systémové úrovni.

Výzkumu se účastnily dvě zdravotní sestry – jedna z léčebny dlouhodobě nemocných, jedna z domova důchodců, dále jedna sociální pracovnice z domova pro seniory, koordinátorka dobrovolníků v LDN (původně sociální pracovnice ve dvou domovech důchodců), sanitář z LDN, dvě ošetřovatelky – jedna z domova důchodců, jedna pracuje na oddělení sociálně ošetřovatelských lůžek, staniční sestra z domova pro seniory, hlavní sestra z velké fakultní nemocnice a vrchní sestra z geriatrické kliniky. Dvě respondentky pracují v zařízení na Moravě a jedna ve Středočeském kraji. Ostatní pracují v Praze. Dvě z respondentek pracují v mé organizaci.

### **Rozhovory**

Tři rozhovory proběhly v kanceláři účastnic, čtyři rozhovory se uskutečnily v mé kanceláři. S jednou repondentkou rozhovor proběhl v kavárně a se dvěmi jsem rozhovor uskutečnila v jejich bytě.

Rozhovory trvaly v průměru 40 minut. Nejkratší rozhovor se uskutečnil za 25 a nejdelší za 70 minut.

Rozhovory byly natáčeny na diktafon. Všichni účastníci s nahrávkou souhlasili. Zejména u pracovníků v přímé péči byla na začátku rozhovoru patrná nejistota nebo lehká nervozita, kterou ovšem po chvíli překonali a jejich odpovědi byly velmi otevřené a upřímné. Dvě z respondentek projevíly radost, že mohou své zkušenosti a názory sdílet.

### **2.3 Etické aspekty**

Při prvním kontaktu jsem potenciální účastníky informovala, že se jedná o anonymní výzkum, při kterém nebude jejich identita sdělena nikomu dalšímu.

Před zahájením rozhovorů jsem ještě jednou respondentům vysvětlila, čeho se výzkum týká, a připomněla možnost rozhovor ukončit, pokud si to budou přát. Vysvětlila jsem, že výzkum provádím jako součást diplomové práce a požádala jsem o souhlas získaná data ve výzkumu dále použít. Účastníky jsem požádala o možnost rozhovory zaznamenat na diktafon. Všichni zúčastnění souhlasili s použitím rozhovorů pro potřeby mého výzkumu i další použití a s nahráváním rozhovoru.

### **2.4 Technika analýzy**

Analýzu získaných dat jsem provedla kódováním teoretických pojmů v transkribovaných rozhovorech. Kódy jsem přiřazovala do kategorií, mezi nimiž jsem hledala vztahy, které jsem se v závěru snažila formulovat a zobecnit. K třídění dat jsem použila program Excel. Získaná data byla rozřazena do pěti hlavních kategorií:

- Faktory
- Projevy
- Výskyt
- Oběť
- Nástroje prevence

Data v každé z hlavních kategorií byla následně tříděna do dalších kategorií a subkategorií, které umožňovaly jemnější rozlišení sledovaného jevu.

### 3. Výsledky

#### 3.1 Faktory

Tato kategorie reprezentuje názory respondentů na faktory, které ovlivňují výskyt násilí a špatné péče o seniory v institucích. V odpovědích byly identifikovány čtyři hlavní kategorie:

- Osoba pomáhajícího pracovníka
- Kvalita vedoucích pracovníků
- Systém
- Společnost

##### 3.1.1 Osoba pomáhajícího pracovníka

Osoba pomáhajícího pracovníka byla nejdiskutovanějším faktorem, který je příčinou výskytu násilí a špatné péče.

##### **Přetížení, vyčerpanost, vysoká zátěž a syndrom vyhoření**

Všichni respondenti uváděli na prvním místě přetížení, vyčerpanost, vysokou zátěž a syndrom vyhoření. Tento stav pramení z povahy práce, která je fyzicky i psychicky náročná, a při dlouhodobém přepínání může dojít k profesnímu selhání: „.... vím že lidský faktor může selhat, že dojde k vyčerpání a může dojít i k tomu násilí ....“. Jedna z respondentek ale poukazovala i na frustrující rozpor mezi vědomostmi a ochotou poskytovat co nejlepší péči na straně jedné a nemožností poskytovat péči vysoké kvality z příčin jako je nedostatek personálu ve službě na straně druhé.

##### **Nevědomost a neznalost**

Druhou bohatě připomínanou kategorií byla nevědomost a neznalost. Respondenti poukazovali na to, že mnozí pracovníci si ani nejsou vědomi, že je jejich chování nepatřičné a péče

poškozující: *“Obávám se ale, že v některých případech si personál bohužel ani neuvědomuje, že jejich zritualizované postupy péče o klienty mají prvky násilí nebo i manipulace“.*

Neznalost se vztahovala k odborným znalostem a dovednostem pracovníků, zejména nerozpoznání potřeb klienta a neznalost správných přístupů a metod péče: *„...neposkytnou to co ten člověk potřebuje, neposkytnou protože to neumějí, nebo to není zavedený.... Nebo si neuvědomí, že by to ten člověk potřeboval....“.*

Poukázáno bylo i na specifikum péče o osoby s psychiatrickou chorobou a seniory trpící demencí, která vyžaduje odborné znalosti, jež se běžně neučí: *„...pokud ošetřovatel neví, že klient má demenci, kdy neví, že jedná s nemocným člověkem a že požadavky a jednání klienta je úplně jiného druhu, pak si myslím, že by tam mohlo k tomu zneužívání docházet, protože to je zase o vědomostech, vzdělání a znalostech ...“.* Další respondentka uváděla příklady, kdy si personál není vědom, že nezvyklé a agresivní chování klienta není útokem na jejich osobu, ale klinickým projevem onemocnění.

Dvě zúčastněné také poukazovaly na malou schopnost některých pracovníků v přímé péči kriticky reflektovat svou práci, nebo si připustit že něco nedělají správně.

### **Negativní a poškozující postoje**

Negativní a poškozující postoje byly velmi často zmiňovány všemi respondenty: *„.... situace je taková jako v celý společnosti a odvíjí se od hodnotového systému celý společnosti..“* Nejčastějšími příklady byly: *„nezájem, minimální respekt i nedostatek úcty“.* To bylo často dáváno do souvislosti s nevědomostí, spíše než s úmyslným jednáním. Přitom respondenti poukazovali na to, jak těžký musí pro seniora takový přístup být: *„Často je bolestivější ztráta pocitu vlastní důstojnosti, pošlapání sebeúcty a sebedůvěry klienta, než špatně ošetřená rána“.*

Překvapivě často se zejména v odpovědích respondentů z přímé péče objevovala jako příčina nevhodného chování hněv a zlost pracovníka a jeho pocit moci. Jako příčina hněvu byly uváděny opakované požadavky klienta/pacienta a rušení personálu při odpočinku. Bylo

poukazováno na pocit moci, který může mít pečující nad bezmocným člověkem, který se nemůže adekvátním způsobem bránit .

Respondenti ve vedoucích funkcích zmiňovali problematiku nízké motivace a demotivace. Jedna respondentka smutně konstatovala, že příčinou je i to, že si někdy sestry berou příklad ze špatného chování lékařů .

### **Osobnostní rysy**

Necelá třetina respondentů měla zkušenost s kolegy, kteří měli agresivní sklony nebo kteří nebyli v některých situacích schopni sebekontroly. Pracovníci s agresivními rysy se chovali agresivně vědomě, dokázali to však velmi dobře maskovat.

### **Pracovní návyky**

Mnozí pracovníci v přímé péči mají „zajeté určité stereotypy“ , „určitý činnosti dělají v určitou dobu“ a „už si na to tak nějak zvykli“. Stereotyp a rutina jsou hlavní příčinou, proč se personál jen obtížně přizpůsobuje novým nárokům péče. Jedna z respondentek to ilustrovala tímto příkladem: „...určitý činnosti se dělají v určitou dobu. Jenomže my teď vlastně pečujeme o mladší seniory, lidi kterým je třeba 60 let a ti se chtějí sprchovat i večer, těm už nestačí mytí jen ráno. Prostě se mění požadavky a potřeby našich pacientů a my na to nejsme připravení. Přitom by to neměl být až takovej problém. Ale strašně pomalu se přizpůsobujeme novým požadavkům, přitom se nám mění generace, o kterou pečujeme, a těch požadavků bude určitě přibývat, protože ty už se nespokojí s tím, co ty nejstarší...“.. Respondenti k pracovním návykům radili také naučené nevhodné modely chování a vžitá reakce na situace, které pracovníci nedokáží řešit.

## **Vzdělávání a osobní rozvoj**

Respondenti poukazovali na vztah mezi kvalitní péčí a rozvojem znalostí pracovníka. Za faktory přispívající k špatné péči považovali nedostatečné vzdělávání a profesní rozvoj, nedostatečné průběžné vzdělávání a nedostatek zkušeností s jinými typy lůžkových zařízení s kvalitní péčí.

## **Tým, jeho kultura a pracovní atmosféra**

Více než polovina odpovídajících uváděla jako jednu z příčin konflikty na pracovišti, které se projeví na úrovni poskytované péče. Může přitom jít o : „.....*dvě tři konfliktní kolegyně a i když zbytek týmu je dobrý, tak se to strašně přeneslo na atmosféru celého oddělení.*“ Bylo poukazováno na skutečnost, že pokud na oddělení, kde není péče na dobré úrovni, nastoupí nová kolegyně plná ideálů a odhodlání, nakonec se tato stejně přizpůsobí „*místním zvykům*“, nebo odejde.

## **Předpoklady pracovníka pro práci se seniory**

Vedoucí pracovníci konstatovali, že jsou lidé, kteří se na práci se seniory nehodí a nejsou schopni ji vykonávat dobře. Někdy jsou jejich limitem i mentální schopnosti. Všechny tyto skutečnosti se promítají na poskytovanou péči. Pracovník by měl před nástupem do nového místa kriticky zhodnotit, zda je schopen takovou práci vykonávat dobře a zda mu přináší potřebnou seberealizaci.

### **3.1.2 Kvalita vedoucích pracovníků**

Kvalita vedoucího pracovníka byla udávána jako druhý nejvýznamnější faktor, který výskyt násilí a špatné péče ovlivňuje.

#### **Nedostatečné vedení a kontrola**

Na nedostatečné vedení a kontrolu poukazovaly obecné i specifické odpovědi. Obecné mluvili o *špatném vedení, problému ve vedení, nekvalitním managementu*. Další se týkaly konkrétních nedostatků, jako nedostatek dohledu na práci personálu, absence skutečného vedení ze strany vedoucích, neschopnost nebo neochota postavit se proti špatné praxi, slabší osobnost než problémové kolegyně v týmu, „... *bojí se, že jí holky odejdou...*“.

Obě respondentky se vzděláním sociální pracovnice upozorňovaly na problém, kdy vedení nejasně komunikuje nebo ani nemá jasnou představu o tom, jak má péče vypadat. K tomu se vázaly i připomínky nedostatečného vzdělání vedoucího pracovníka. Jedna z respondentek uvedla situaci, kdy je vedoucí pracovník vyhořelý.

#### **Tolerance k výskytu násilí a špatné péče**

Na nebezpečí tolerance k výskytu násilí a špatné péče ze strany vedoucích pracovníků upozorňovali pracovníci v přímé péči: „... *pokud řídicí pracovník připustí jakékoliv násilí, jakékoliv, ať je to psychické, fyzické, vědomé či nevědomé, tak pak se to stane normou.*“ V tomto ohledu byla zejména diskutována osoba staniční sestry a jakási pomyslná laťka, kterou nastaví versus to, co svému týmu „*trpí*“.

#### **Výběr a nedostatečný zácvik nových pracovníků**

Výběr a zácvik nových pracovníků byl identifikován jako důležitá součást práce vedoucích pracovníků, ve které ovšem mají v praxi značné nedostatky. Někdy jsou přijímáni zaměstnanci, u kterých je na první pohled jasný „*nějaký problém*“. Není věnována dostatečná péče zácviku nového pracovníka ve smyslu předání hodnot organizace a také specifík péče o



jednotlivé klienty. Někdy může nový pracovník poskytovat nekvalitní péči, protože mu nikdo nevysvětlil, „*jak to u nich chodí*“.

### **3.1.3 Systém**

K pojmu systém se vztahoval systém zdravotní a sociální péče a jeho financování. Všechny identifikované kategorie se týkaly finančních prostředků a potažmo toho, jak malou prioritou je péče o nesoběstačné seniory.

#### **Nedostatečné finanční ocenění**

Na nedostatečné finanční ocenění pracovníků v přímé péči poukazovali dva respondenti ve vedoucí pozici. Překvapivě tento problém nezmínili sami pracovníci v přímé péči. Nízké platy se odráží na fluktuaci a obtížích při získávání kvalitních zaměstnanců.

#### **Nevyhovující budovy a prostory**

Panoval shodný názor, že zejména při péči o velmi neklidné a umírající jsou většinou prostory nevyhovující. To staví zaměstnance před dilema respektování práva jednoho klienta či pacienta, ale porušení práva druhého. Jedna z respondentek uváděla situaci, kdy s umírajícím je jeho rodina přes noc na vícelůžkovém pokoji. Některé rodiny nejsou ohleduplné a ostatní pacienti na pokoji se nevyspí. Nedostatečného spánku se týkaly i zkušenosti s velmi zmatenými osobami na vícelůžkových pokojích, které si snaží lehnout do obsazených lůžek, vykřikují apod., čímž ruší a stresují ostatní.

#### **Nedostatek zařízení pro seniory s potřebou trvalé péče**

Téměř polovina respondentů si myslí, že není dostatek zařízení pro seniory s potřebou dlouhodobé péče. Poukazují na smutný závěr života lidí, kteří cestují z jednoho zařízení do druhého. Převedení některých nemocničních oddělení na lůžka následné péče bude řešit situaci jen částečně, vznikne problém demotivovaného personálu, „*.....který si práci se seniory ne zvolil a který poběží dál ve stereotypu nemocniční péče. Je tu samozřejmě nebezpečí, že se bude pečovat jen o fyzické potřeby...*“.

### **3.1.4 Společnost**

Česká společnost jako celek je posledním faktorem, který podle respondentů ovlivňuje výskyt násilí na seniorech v institucionální péči.

#### **Ageismus a hodnoty společnosti**

Mezi respondenty panoval názor, že společnost obecně pohlíží na seniory, zejména ty s potřebou pomoci, negativně. To se odvíjí od hodnotového žebříčku společnosti. Seniorům jsou „*upírána některá práva*“ a nepředpokládá se, že by „*mohli mít stejné potřeby a pocity jako ostatní lidé.*“. Bylo poukazováno na dědictví období před rokem 1989, kdy se staří a postižení lidé „*...uklízeli do zařízení, kde nebyli vidět.*“. Respondenti spojovali hodnotový stav společnosti s problémem pomáhajících pracovníků bez respektu a úcty ke stáří: „*...a v zařízeních je pak situace taková, jako je v celý společnosti.*“.

#### **Nevědomost**

Ageismus a hodnoty společnosti souvisejí i s další identifikovanou kategorií – s nevědomostí a nízkou informovaností většiny veřejnosti o problematice stáří obecně. Bylo poukazováno na fakt, že otázka péče o seniory je „*dost zanedbávaná*“.

#### **Změny požadavků společnosti na standard péče**

Zde nešlo o negativní postoje veřejnosti, ale o neschopnost zařízení a pracovníků pružně reagovat na měnící se potřeby a požadavky postupně stárnoucí společnosti. Zatím to nebylo považováno za závažný jev. Bylo však poukazováno na to, že v budoucnu by nenaplňování některých potřeb – například již dříve uvedený požadavek večerní sprchy – mohlo být hodnoceno jako nedostatečná péče.

## 3.2 Formy

Lze říci, že čím blíže měl respondent k přímé péči, tím více druhů násilí popisoval. Získaná data jsou tedy „bohatá“ a postihují sedm forem násilí a nevhodné péče:

- Poškozující chování a postoje
- Zanedbávající a nedostatečná péče
- Nedostatečná komunikace
- Psychické násilí
- Fyzické násilí
- Zneužívání majetku seniora
- Systémové týrání

Je potřeba podotknout, že některé popisované formy se vzájemně prolínají a ovlivňují, např. kdy poškozující chování může vést k psychickému násilí; na užití restriktivních opatření je možné nahlížet nejenom jako na fyzické, ale i na psychické násilí.

### 3.2.1 Poškozující chování a postoje

Všichni respondenti hovořili o nedostatku respektu vůči seniorům ze strany některých pracovníků. Často bylo zmiňováno nerespektování důstojnosti starého člověka. Nedostatek respektu se projevuje v chování i kvalitě péče. Ilustrující je zkušenost jedné z respondentek: *“... co je taky tristní, je někdy to, jak se s nima mluví a jedná. Někdy je to tak, jako by starý a nemohoucí lidé neměli žádnou hodnotu. A tak se o ně nemusí pečovat až tak dobře ...”*. Některá lehce splnitelná přání a prosby jsou ignorovány, porušuje se právo na soukromí. V mnoha případech je naprostá absence partnerského jednání a vztahů.

Nedostatek respektu se projevuje i na úrovni neverbální komunikace, např. odmítavým postojem, gestikulací, výrazem obličeje *„... dávám najevo že mě nezajímá a že o něj nestojím..“*.

Uváděn byl také příklad, kdy je signalizační zařízení úmyslně dáno z dosahu nehybného nemocného.

## **Nedostatek trpělivosti**

Častým problémem je i nedostek trpělivosti přizpůsobit se tempu starého člověka. Ačkoliv pomáhající pracovníci pracují nezřídka v časové tísní, ne vždy je argument „*ted' nemám čas*“ pravdivý a souvisí právě s nedostatkem trpělivosti. Stejně tak někdy pracovník raději rychle udělá to, co starý člověk potřebuje, než aby mu při činnosti asistoval jen v případě, kdy některý úkon nezvládne sám.

## **Nedodržování společenské konvence**

Nedodržování společenské konvence opět vychází z nedostatku respektu k osobnosti starého člověka. Například v některých zařízeních se před vstupem do pokoje obyvatele neklepe. Není respektován možný stud nemocného a „*dveře pokoje jsou otevřené při ošetřování a kdykoliv jindy*“. Účastníci uváděli i případy tykání a také mluvení o nemocném v jeho přítomnosti jako „*o něm nebo o ně*“.

### **3.2.2 Zanedbávající a nedostatečná péče**

Zanedbávající a nedostatečná péče byla dalším bohatě ilustrovaným tématem. Obecně byla popisována jako nedostatečná péče, kdy „*neposkytnou to, co klient potřebuje*“ , „*lidi nejsou stručně řečeno opečovaní*“ nebo kdy pracovník „*má svůj úkol a ten plní*“. V rámci zanedbávající a nedostatečné péče byly zmiňovány také formy, které jsou více specifické.

## **Nedostatečná výživa a hydratace**

Klasickým příkladem nedostatečné výživy bylo zanechání jídla či pití na stolku pacienta, který na něj nedosáhne, nebo není schopen se sám najíst a napít. Někdy je to nedostatek času, nebo „*...absence trpělivé pomoci ošetřovatele při jídle u nesoběstačných klientů...*“ a nebo „*...nedůslednost personálu v péči o pitný režim klientů...*“, které vedou k poškození starého člověka. Nedostatečná výživa je také způsobena tím, že je strava chudá na vitamíny, nevhodně upravená nebo není namixovaná pro nemocné s poruchou polykání či s problémovým chrupem.

## **Nedostatečná komunikace**

Nedostatek laskavé a trpělivé komunikace a nedostatek informování o tom, co se děje či bude dít, má na starého člověka nepříznivý vliv. Pracovníci někdy mluví podrážděně nebo nevhodně a bezohledně k poruchám sluchu nebo pomalejšímu chápání. Podle názoru respondentů je zejména ve zdravotnických zařízeních nedostatečná informovanost pacientů v seniorském věku: „jde na výkon a ani se mu to neřekne“, nebo „neví, že bude překládán, a ani neví kam“ a podle zkušenosti jedné z respondentek se „zdekompenzuje už jen tím stresem“.

## **Hygiena a péče o vyprazdňování**

Další oblastí, kde se projevuje zanedbávání, je také nedostačující hygienická péče o osobu seniora. Zde se jedná zejména o četnost a kvalitu koupání, výměnu lůžkovin a čistého oblečení. Dotazovaní dále poukazovali na zbytečné zacévkování a výměnu plenkových kalhotek podle časového plánu, nikoliv podle potřeby.

## **Rehabilitace a prevence komplikací**

Respondenti považovali rehabilitaci za potřebnou součást základní péče o seniory. V některých zařízeních je však v nedostatečném rozsahu, v jiných není vůbec. U lidí s omezenou hybností bez rehabilitace velice rychle vznikají kontraktury. Někteří pracovníci ignorují polohování a prevenci proleženin.

## **Převozy**

Jako zcela specifická kategorie a také oblast, ve které dochází k poškozování nemocných, byly zmiňovány převozy sanitkou, kdy je převážený senior v chladném počasí nedostatečně oblečený, bez deky a případně mu ještě nikdo nesdělil, kam a proč odjíždí.

### 3.2.3 Psychické násilí

Podle zkušenosti více než poloviny respondentů dochází i k násilí psychickému, které se projevuje „křičením“, „urážením nebo přezíráním“, „zneužíváním pozice moci“ , „ironií a slovní agresí“.

### 3.2.4 Fyzické násilí

Někteří respondenti byli názoru, že při péči může docházet „*k necitlivé, nešetrné a často i bolestivé manipulaci*“. K tomu nastává zejména při přesunech z lůžka na vozík a obráceně a při polohování. Vedle násilí, ke kterému dochází během ošetřování, dále uváděli „*třesení*“ a „*cloumání*“ s klientem . Dvě respondentky uváděly úmyslný a cílený fyzický útok maskovaný v péči – „*úmyslně stiskne člověka hruběji*“. Shodovaly se v tom, že takové jednání může být velice rafinované a obtížně prokazatelné, jelikož je de facto skryté. Pracovník se vymlouvá např. slovy: „*vždyť jsem vás jen chytil*“.

Pokud se týká omezovacích prostředků, pak bylo konstatováno, že „*.....teď už se kurtuje méně, než bylo zvykem...*“, přesto se s nimi mohou neklidní senioři v některých zařízeních setkat. Na podávání sedativ za účelem omezení pohybu bylo nahlíženo jako na násilí na nemohoucím člověku i jako na potřebnou intervenci v případech, kdy velmi neklidný nemocný ruší ostatní pacienty. Jak smutně konstatovala jedna z respondentek „*... a tak si vyrobíme klienta, který potřebuje úplně všechno.*“.

Na výskyt a četnost fyzického násilí nepanovala názorová shoda. Jde však konstatovat, že pokud k fyzickému násilí dochází, jedná se o méně rozšířenou formu.

### 3.2.5 Zneužívání majetku seniora

Z odpovědí také vyplynulo, že někdy se starým lidem v instituci ztrácejí např. peníze, jídlo a kosmetika. Ojediněle dochází i k zneužívání důvěry seniora a manipulaci s jeho finančními prostředky.

### 3.2.6 Systémové týrání

Starý člověk s potřebou dlouhodobé péče je týrán i nedostatečným systémem, kdy „zbytek života cestuje ze zařízení do zařízení“. Někdy podstupuje drahá vyšetření a dostává drahé léky, na to ovšem „nenavazuje potřebná péče“.

## 3.3 Výskyt

Respondenti se neshodovali v názoru na četnost výskytu násilí. Názorová škála je protikladná a rozporuplná. Jsou v ní zastoupeny například tyto názory:

*„to se nevyskytuje a pokud, tak jen neúmyslně“*

*„je potřeba brát případ od případu a nebrat jako globální jev“*

*„v některých zařízeních se vyskytovat může“*

*„problém to je, akorát se o tom nemluví“*

*„určitě se vyskytuje, s nedostatečnou péčí je to dnes a denně“*

*„na seniorech v lůžkových zařízeních je bohužel časté“*

Opět je možné konstatovat, že čím blíže měli respondenti k přímé péči, tím více byli přesvědčeni, že násilí páchané na seniorech v institucích je skutečná realita.

### 3.4 Oběť

Respondenti se shodovali v tom, že není možné jednoznačně říci, jaký pacient či klient má větší „šanci“ se stát obětí násilí a poškozující péče. Přesto však identifikovali několik charakteristik, které by mohly hrát svou roli.

#### Zdravotní a mentální stav

Respondenti se domnívali, že riziko by mohlo být vyšší u nemocných s vysokým stupněm závislosti na pomoci druhé osoby, u seniorů s poruchou komunikačních schopností a zejména u trpících demencí a i z jiných příčin dezorientovaných a zmatených lidí.

#### Osobnost seniora

Někteří klienti jsou „vyvolavači konfliktů“ a „kverulanti“ a péče o ně vyžaduje hodně sebeovládání. Stejně tak jsou podle respondentů ohroženi i lidé se submisivními rysy.

#### Vyšší požadavky

Další možnou charakteristikou jsou klienti, kteří „*chtějí více péče, než kolik podle názoru ošetřujících potřebuje ..... mají pocit, že je zneužívá..*“. Personál také není zvyklý na konzultování péče s klientem a může nepřiměřeně reagovat na dotazy, které považuje za kritiku své práce. Kromě toho jsou někteří senioři „*...šťouravější a troufnou se zeptat na to, na co se lidi dříve zeptat netroufali.*“. Vyšší požadavky, oprávněné i neoprávněné, mohou být na pracovníky kladeny také rodinou seniora. Někdy může i toto paradoxně vyústit v situaci, kdy se pracovník klientovi „*skrytě mstí*“.



### 3.5 Nástroje prevence

Všichni z respondentů se shodovali v tom, že k eliminaci násilí a špatné péče je potřeba komplexní přístup v řešení, který se dotkne všech identifikovaných faktorů, jež ke vzniku násilí vedou. Je k tomu zapotřebí „*boj na více frontách*“. Cílem pomyslného boje by mělo být:

- Organizace se zájmem o klienty i zaměstnance
- Kvalitní a osvědčený vedoucí pracovník
- Pomáhající pracovník, který se dále rozvíjí a vzdělává
- Podpora seniorů k prosazování vlastních práv a zájmů
- Informovaná a k seniorům přátelská společnost

Jak bylo řečeno, řešení je komplexní a respondenti vyjadřovali jisté pochybnosti k tomu, do jaké míry je možné jej provést. Padaly však i optimistické názory, že každá změna k lepšímu má potenciál ulehčit strádání alespoň několika potřebných starých lidí.

#### 3.5.1 Organizace se zájmem o klienty i zaměstnance

Nejvíce podnětů k změnám na úrovni organizací přicházelo od respondentů s řídicí funkcí. Návrhy přímo i nepřímo souvisejí s potřebou lepšího financování a progresivnějšího stylu vedení organizace.

#### Prostředí a technické zázemí

Organizace by měly usilovat o vytvoření příjemného prostředí pro své klienty a pacienty. I v této oblasti péče je potřeba technické zázemí a vybavení, které péči zkvalitňuje a usnadňuje – např. to je dostatek vozíčků a toaletních křesel, zvedáky, antidekubitní matrace, polohovací lůžka.

#### Opravdový závazek ke kvalitě

Poskytování kvalitní služby a péče nemůže být „*jen reklamou v propagačních materiálech*“, ale skutečným cílem organizace. Organizace by měly vytvářet a naplňovat standardy kvality

péče a mít „*jasně daná pravidla a předpisy*.“ Respondenti ze sociální sféry v této souvislosti zmiňovali nový zákon o sociálních službách .

### **Péče o personál a jeho rozvoj**

Dále respondenti poukazovali na potřebu péče o personál a jeho rozvoj. Zdůrazňovali potřebu umožňovat zaměstnancům účast na vzdělávání a u klíčových pracovníků jí přímo vyžadovat. V rámci rozvoje uvnitř organizace pak bylo doporučováno „*přenášení postupů a zkušeností s péčí*“, dobře připravený zácvik nových pracovníků a dvě respondentky by také doporučovaly zavádět v organizacích pečujících o seniory supervizi.

### **Finance na nové pracovníky**

V neposlední řadě by nástrojem prevence bylo i vytvoření zdrojů na vyšší počet personálu v přímé péči, fyzioterapeuty a pracovníky na aktivizaci klientů. Respondenti si mysleli, že právě toto je jedno z obtížněji proveditelných opatření.

### **3.5.2 Kvalitní a osvědčený vedoucí pracovník**

Na osobu vedoucího pracovníka byly v rámci možné prevence jevu kladeny největší nároky. Důležitost byla přisuzována „*vedení jako celku*“, všichni respondenti však zmiňovali jako klíčovou roli staničních sester, které mají podle jejich názoru největší možnost ovlivnit kvalitu péče a zamezit násilí.

### **Osobnost vedoucího pracovníka**

Respondenti uváděli, že je potřeba, aby vedoucí pracovník byl do jisté míry odvážný, nebál se kritiky zaměstnanců ani stížností ze strany klientů a rodin a byl jim naopak otevřený. Odvahu potřebuje i k provádění změn a zavádění metod, které „*změní zajetý stereotyp*“. K tomu se vázaly požadavky na odbornou zdatnost pracovníka – potřebu o problému násilí a špatné péče vědět, dále se vzdělávat a odborně rozvíjet a ochotu „*nechat se inspirovat kvalitními*

*organizacemi podobného typu“.* Vedoucí pracovník by také měl být *„nestranný a umět přiznat vlastní pochybení“.*

### **Styl a obsah řízení**

Vedoucí pracovník má podle názoru části respondentů vychovávat a vést své zaměstnance k tomu, aby respektovali osobnost a důstojnost starého člověka a jeho hodnoty. Svým přístupem tak *„bude vzbuzovat a udržovat loajalitu zaměstnanců“.*

Všichni respondenti uváděli potřebu schopnosti motivovat své podřízené a také jim v potřebnou dobu poskytnout i dostatečnou podporu. Jedna z respondentek mluvila přímo o potřebě schopnosti své podřízené *„energetizovat“.*

Respondenti byli přesvědčeni, že vedoucí pracovník musí ve svém stylu řízení komunikovat, co považuje za špatnou péči a násilí a také svou nulovou toleranci k takové práci. Jeho zaměstnanci musí vědět, že *„když někdo ujede, tak to nezapadne, jinak se to za chvíli začne tolerovat“.*

### **Sledování kvality**

Respondenti hovořili o tom, že staniční sestra *„potřebuje vědět jaká ta péče doopravdy je“*, nebo mluvili přímo o potřebě sledovat a monitorovat kvalitu poskytované péče. Část uváděla jako možný nástroj dotazníkové šetření spokojenosti.

### **Výběr a zácvik nových pracovníků**

Za další důležitou oblast prevence ovlivnitelné vedoucím pracovníkem respondenti považovali výběr a zácvik nových pracovníků. Poukazovali na potřebu se novému pracovníkovi cíleně věnovat během zkušební doby a také cíleně hodnotit jeho pracovní výkon, a to i s ohledem na skutečnost, že *„po zkušební době je strašně obtížný se nekvalitního zaměstnance zbavit“.*

### **3.5.3 Pomáhající pracovník , který se dále rozvíjí a vzdělává**

Respondenti by rádi viděli, aby se seniory pracovali lidé, kteří je mají rádi, práci s nimi si zvolili po dobrém uvážení a kteří jsou pro tuto práci vybaveni po stránce odborné i lidské . Vedle toho poukazovali na potřebu dalšího vzdělávání a rozvoje. Považovali za dobré, že zdravotní sestry mají nyní povinnost celoživotního vzdělávání, je však potřeba vzdělávat i ostatní pracovníky. Vzdělávání by zaměstnance mělo zejména učit jak správně komunikovat, jak rozpoznat a naplňovat potřeby a přání starých lidí a dále také určitá specifika péče, jako je např. péče o člověka trpícího demencí nebo práce s agresivním klientem.

Podle respondentů je také potřeba, aby se pomáhající pracovníci naučili pečovat sami o sebe, dopřávali si pravidelný odpočinek, měli pozitivní výhled a dokázali relaxovat.

Dvě respondentky by pomáhajícím pracovníkům doporučovaly supervizi.

### **Odpovědnost a sebereflexe**

Bylo také poukazováno na to, že nejde jen o výběr pracovníka organizací, ale také o volbu profese a pracoviště pracovníkem. V tomto ohledu je potřeba, aby pracovník sám zvážil své schopnosti, předpoklady a motivaci pro práci se seniory.

Většina respondentů doporučuje, aby se pomáhající pracovníci při své práci více zamýšleli nad tím, co a proč dělají . Jedna ze zúčastněných uváděla zkušenost ze svého pracoviště, kde agresivita zmateného klienta je často způsobena nevhodným a nevědomým jednáním ze strany personálu.

## **Hodnoty**

Jako červená nit se rozhovory táhla potřeba respektu důstojnosti a úcty k osobě seniora a jeho hodnotám a právům jako nezbytný předpoklad dobré práce pomáhajícího pracovníka, „*protože vztah k tomu člověku je nejdůležitější*“.

### **3.5.4 Podpora seniorů k prosazování vlastních práv a zájmů**

Někteří respondenti považovali za důležité informovat seniory v instituci o tom, jaká mají práva a jak si mohou stěžovat: „...*je strašně důležité o tom mluvit, aby se nebáli.*“ Shodovali se v názoru, že obvykle se starý člověk stěžovat obává.

### **3.5.5 Spolupráce s rodinou**

Spolupráce s rodinou byla zmiňovaná jako kontrolní mechanismus kvality péče a také jako zdroj pomoci při aktivitách, na které není dostatek personálu - např. jednoduché protahovací cviky, dechová gymnastika, vzít klienta na procházku a pod.

### **3.5.6 Informovaná a k seniorům přátelská společnost**

V neposlední řadě je podle respondentů potřeba změnit nahlížení společnosti na staré lidi. Tato potřeba se váže nejenom k laické, ale také k budoucí odborné veřejnosti. Respondenti by rádi viděli, aby se problematika stáří a péče o starého nemocného člověka vyučovala ve větším rozsahu a s přesvědčivějšími výsledky, než tomu je doposud.

Informovat a vzdělávat je potřeba i veřejnost laickou. Podle části respondentů jsou k tomu vhodné filmové a televizní dokumenty a také kampaně, „...*aby se seniori cítili líp, aby byli uznávaný...*“.

#### 4. Shrnutí a závěry

Výsledky výzkumu poukazují na to, že v českých zdravotnických a sociálních institucích dlouhodobé péče dochází ze strany personálu na pacientech a klientech v seniorském věku k projevům násilí.

Mezi respondenty existují protichůdné názory na četnost výskytu. Za nejčastější formu považují zanedbávající a poškozující péči. Ve většině případů dochází k násilí a poškozující péči neúmyslně, pomáhající pracovník si není vědom toho, že starému člověku svým konáním ubližuje.

Za nejdůležitější faktor při vzniku násilí je považován pomáhající pracovník. V tomto se shodovali všichni zúčastnění respondenti. K nevhodným praktikám pomáhajícího pracovníka napomáhá náročnost jeho práce, dlouhodobé přetížení, vyčerpanost, časté stresové situace a také syndrom vyhoření, jehož vznik je těmito faktory podmíněn. Část pomáhajících pracovníků nemá patřičné vědomosti o specifičnosti péče o seniory a nemá ani potřebné dovednosti.

Všichni respondenti si myslí, že někteří pracovníci postrádají úctu a respekt k důstojnosti a osobnosti starého člověka. Takové jednání je pro seniory bolestivé a ponižující a vede také ke snižování jejich vlastní sebedůvěry a sebeúcty. I když to není příliš časté, mají někteří pomáhající pracovníci sklony k agresivnímu jednání nebo se špatně ovládají v zátěžových situacích. K nevhodné péči dochází také z důvodu vžitých stereotypů při práci a nedostatečnému vzdělávání pracovníka.

Na kvalitě poskytované péče se odráží také atmosféra na pracovišti, napětí a konflikty mezi členy týmu.

K výskytu násilí a špatného zacházení také velmi přispívá vedoucí pracovník, který nechce nebo nedokáže své pracovníky motivovat a vést k lepší péči. Někteří vedoucí pracovníci zanedbávají ve vztahu ke kvalitě péče kontrolní činnost, nebo výskyt násilí a špatné péče z nejrůznějších příčin tolerují. Takové jednání se pak rychle stává normou.

Vedení má často značné rezervy při výběru vhodných uchazečů o práci se seniory, mnohdy se také novým pracovníkům nevěnuje dostatečná pozornost při jejich zácviu.

Týrání starého člověka působí i systém zdravotní a sociální péče, který postrádá dostatek kvalitních lůžkových zařízení pro seniory dlouhodobě odkázané na pomoc druhé osoby, nebo s potřebou odborné ošetrovatelské péče.

Posledním identifikovaným faktorem ovlivňující výskyt násilí je společnost, která je ageisticky laděná, a na jejímž žebříčku hodnot není péče o nemohoucí zastoupena.

Dnešní mladší senioři a další stárnoucí ročníky mají vyšší nároky na péči a vyšší standardy, než je tomu u nejstarší generace. Poskytovatelé péče nejsou v tomto ohledu dostatečně pružní. Je možné, že některé způsoby péče dnes běžné, budou v budoucnu považovány za zanedbávání.

#### **Faktory ovlivňující výskyt násilí a špatné péče o seniory**

<b>Osoba pomáhajícího pracovníka</b>	<p>Přetížení, vyčerpanost, syndrom vyhoření Nevědomost a neznalost</p> <p>Negativní a poškozující postoje Osobnostní rysy Pracovní návyky Vzdělávání a osobní rozvoj Tým, jeho kultura a pracovní atmosféra Předpoklady pro práci se seniory</p>
<b>Kvalita vedoucích pracovníků</b>	<p>Nedostatečné vedení a kontrola Tolerance k výskytu násilí a špatné péče</p> <p>Výběr a nedostatečný zácvik nových pracovníků</p>
<b>Systém</b>	<p>Nedostatečné finanční oceňování Nevyhovující budovy a prostory Nedostatek zařízení pro seniory s potřebou péče</p>
<b>Společnost</b>	<p>Ageismus a hodnoty společnosti Nevědomost Změny požadavků společnosti na standard péče</p>

*Tabulka č. 1 Faktory ovlivňující výskyt násilí a špatné péče o seniory*

V institucích se vyskytuje řada forem násilí a nevhodné péče. Nejčastěji jde o zanedbávající a nedostatečnou péči a poškozující chování a postoje, které seniory devalvují. K zanedbávající péči dochází zejména v oblasti výživy a hydratace, péče o hygienické potřeby a vyprazdňování, rehabilitace a prevence komplikací, jako jsou proleženiny a kontraktury. Se starým člověkem je také mnohdy komunikováno nevhodným způsobem, a to jak po stránce obsahové, tak i po stránce technické.

Zejména ve zdravotnických zařízeních nejsou senioři dostatečně informováni o plánovaných výkonech a překladech. Problémem jsou také převozy sanitkou, kdy je starý člověk nedostatečně oblečen, není přikrytý a mnohdy ani neví, kam jede.

V některých případech se starý člověk v instituci setká s psychickým týráním, které se projevuje ironizací, slovní agresí a zneužíváním pozice moci, kterou pomáhající pracovník nad nemohoucím člověkem má.

Na výskyt a úmyslnost fyzického násilí panují rozdílné názory. Ti, kdo považují fyzické násilí za realitu, hovoří o necitlivé manipulaci při přesunech a polohování. Menšinový byl názor, že k fyzickému násilí dochází úmyslně, byl však podpořen osobními zkušenostmi respondentů. Podle jejich zkušenosti se jedná o skrytou formu, kterou je obtížné prokázat.

Pokud se týče užívání restriktivních opatření, tak panoval názor, že nejsou v současné době příliš užívaná, přesto respondenti připouštěli, že v některých zařízeních používána být mohou. Na užití medikace za účelem zklidnění a omezení mobility klienta bylo nahlíženo jako na profesionální dilema a volbu mezi právem zmateného člověka a právy spolupacientů, kteří se mohou cítit chováním desorientovaného člověka rušeni a ohroženi.

V neposlední řadě může v zařízeních dlouhodobé péče docházet i ke zneužívání majetku a peněz klientů a pacientů.



### **Projevy násilí a nedostatečné péče v zařízeních pro seniory**

<b>Poškozující chování a postoje</b>	Nedostatek respektu a úcty
	Nedostatek trpělivosti
	Nedodržování společenské konvence
<b>Zanedbávající a nedostatečná péče</b>	Nedostatečná výživa a hydratace
	Nedostatečná komunikace
	Hygiena a péče o vyprazdňování
	Rehabilitace a prevence komplikací
	Převozy
<b>Psychické násilí</b>	Ironie a agrese
	Urážení a přezírání
	Zneužívání pozice moci
<b>Fyzické násilí</b>	Necitlivá a bolestivá manipulace
	Třesení a cloumání
	Cílený útok maskovaný v péči
	Omezení mobility pomocí léků
	Fyzické restrikce
<b>Zneužívání majetku seniora</b>	Ztráty peněz, jídla, kosmetiky a pod.
<b>Systémové týrání</b>	Nenavazující následná péče

*Tabulka č. 2 Projevy násilí a nedostatečné péče v zařízeních pro seniory*

Respondenti se shodovali v tom, že je nemožné určit, jaká skupina seniorů je vystavena vyššímu riziku výskytu týrání. Možnými faktory, které riziko násilí zvyšují, může být stav, kdy je nemocný odkázán na pomoc druhé osoby, kdy není schopen komunikovat a také onemocnění demencí. Dalším možnou charakteristikou je konfliktní nebo naopak submisivní osoba seniora, či jeho vyšší požadavky.

Jako neúčinnější prevence proti násilí a špatné péči se respondentům jevil komplexní přístup, změny a intervence na několika úrovních – na úrovni organizace, vedoucího pracovníka, pomáhajícího pracovníka, seniora a jeho rodiny i na úrovni odborné a laické veřejnosti.

Organizace by měly projevovat zájem o blaho klientů i o své zaměstnance. Jsou potřeba investice k zlepšení prostředí i technické vybavenosti, zájem poskytovat skutečně kvalitní péči a služby, vysílání zaměstnanců na vzdělávací akce a také získání prostředků na více pracovníků v přímé péči, fyzioterapeuty a pracovníky pro aktivizaci klientů.

Vedoucí pracovníci, zejména staniční sestry, musí mít nulovou toleranci k projevům násilí a špatné péči na svém oddělení. Je potřeba, aby tuto funkci zastávaly osoby schopné vést, motivovat a realizovat změny. To klade vysoké požadavky na jejich odborné i charakterové předpoklady. Nutné je také zkvalitnit procesy výběru a zaškolování nových pracovníků.

Na úrovni pomáhajícího pracovníka může být prevence i v tom, že se pro práci se seniory nerozhodne. Proto je při zvažování nového zaměstnání potřebné zkoumat vlastní motivaci, schopnosti a dovednosti. Zaměstnanci, kteří se seniory pracují, musí dbát na vlastní odborný rozvoj a také na to, aby dokázali účinně relaxovat.

Při prevenci násilí a špatné péče je také důležitá dobrá spolupráce s rodinou, která má i kontrolní funkci nad kvalitou péče. Zároveň je potřeba posilovat práva seniorů a podporovat seniory k tomu, aby se nebáli na násilné a poškozující zacházení sami upozornit.

Poslední navrhovaná řešení směřují na odbornou i laickou veřejnost. Jednak je potřeba zlepšit odbornou přípravu v oblasti péče o starého člověka u studentů škol se zdravotnickým a sociálním zaměřením. S nevědomostí nebo nezájmem ostatní veřejnosti je možné bojovat pomocí dokumentárních filmů a pozitivně laděných kampaní zvyšující prestiž seniorů.

Výsledky výzkumu přináší názory a určité hypotézy o příčinách násilí na seniorech, o jeho výskytu a možné prevenci. Bylo by nejenom zajímavé, ale z hlediska praxe i potřebné, zkoumat výskyt násilí na seniorech ve zdravotnických a sociálních zařízeních kvantitativní metodou.

Další výzkum by, podle mého názoru, měl hlavně odpovědět na dvě otázky :

Jak často k násilí v institucích dochází?

O jaké formy násilí a špatné péče se nejčastěji jedná ?

Takzvaná „tvrdá“ data a jejich cílená prezentace by nepochybně zvedla zájem odborné i laické veřejnosti tento problém řešit.

## **Závěr**

Násilí na seniorech není jen problémem týraného a toho, kdo násilí páchá. Je to také problém celého zařízení, ve kterém k násilí dochází. Role vedoucího pracovníka je při prevenci násilí a špatného zacházení naprosto zásadní. On sám musí vášnivě věřit v právo na respekt a zachování důstojnosti seniorů. Ze své pozice musí důsledně usilovat o to, aby v organizaci panovala nulová tolerance k těmto fenoménům. K tomu může použít řady manažerských nástrojů. Organizace by měla mít definované poslání a cíle, ze kterých je jasný respekt ke klientovi jako jedinečné lidské bytosti a k jeho právům a zájmům. Orientace na klienta by měla být základní hodnotou pečujících organizací. K prevenci násilí ze strany vedoucího pracovníka patří i výběr vhodných zaměstnanců, jejich odborný rozvoj, vedení, hodnocení a komunikace s nimi. V neposlední řadě je to i řízení a monitorování kvality služeb, za které odpovídá.

Bylo by naivní se domnívat, že vedoucí pracovník může prevenci násilí zvládnout sám. Násilí a špatné zacházení je mimo jiné i odrazem toho, jak si společnost seniorů váží. Staří lidé jsou mnohdy viděni jako přítěž, brzda pro mladou a úspěšnou část populace. Populační stárnutí je často chápáno deformovaně, včetně zjednodušené představy „nerozumného“ iatrogenního prodloužení bolestného života starců. (22) Zaujetí proti vyššímu věku je fetiš, který infikoval vše, od politiky přes kulturu a marketing. (20) Proto je potřeba zvyšovat pozitivní obraz seniorů a jejich přínos pro společnost. Potřeba vzdělávání se přitom netýká jen laické, ale i stávající a budoucí odborné veřejnosti.

## Seznam použité literatury:

1. Action on Elder Abuse: Časté dotazy a odpovědi. 18.12.2004 na [www.elderabuse.org.uk](http://www.elderabuse.org.uk)
2. Adirondack S.: Jde o řízení, z angl. orig. Just about Management? London Voluntary Service Council, Londýn, rok neveden, přel.Z. Menšíková, Praha, Sananim, 1998
3. Armstrong M.: Řízení lidských zdrojů, z angl. orig. A Handbook of Human Resources Management Practice, Kogan Page Limited , Londýn, 2001, přel. J. Koubek, Praha, Grada Publishing a.s., 2002
4. Balogová, B.: Osamělost jako dosledek ageizmu a násila na senioroch, Zborník příspěvků z vědecké konference, nakladatel neveden, Prešov, 2006
5. Bártíková, G.: Senioři a právní normy. Informační servis MV ČR, 20.12.2001 na [www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)
6. Bártlová, S.: Problém násilí na starších lidech, Sestra, roč. IV, 2003, 3, s. 43
7. Bartoušková, křest. jm. nevedeno, Gábel, křest. jm. nevedeno, Vlčková R.: Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Seniorcentrum, Ústí nad Labem, 15.7.2006 na [www.seniorcentrum.cz](http://www.seniorcentrum.cz)
8. Beaulieu, M., Tremblay, M.: Abuse and Neglect of Older Adults in Institutional Settings, Health Canada, Quebec, 1995
9. Bond, C.: Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse, Nursing Times, 20, 2004, 4, 2-6
10. Clough, R.: 1999. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. Journal of Elder Abuse & Neglect, 10(1/2), 1999, s 13-27.
11. Český rozhlas, Domácí násilí na seniorech. Záznam rozhovoru Studia Stop s konzultantkou linky Dona, 10.11.2004 na [www.rozhlas.cz/cro6](http://www.rozhlas.cz/cro6)
12. Dugmore L.: Developing a strategy to tackle elder abuse, Nursing Times, 1998, 2002, 1, s. 1- 4
13. Friedel, L., Juříček, P.: Tvorba a řízení strategie, 14.2.2006 na [www.bestpractice.cz](http://www.bestpractice.cz)
14. Garner J., Evans S.: An ethical perspective on institutional abuse of elderly people. Psychiatric Bulletin, ročník neveden, 2002, 26, 164 - 166

15. Gjuričová, Š., Kocourková, J., Koutek, J.: Podoby násilí v rodině. Praha, Vyšehrad, 2000
16. Goergen, T.: A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. Journal of Adult Protection, 11.11.2004 na [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
17. Haškovcová, H.: Manuálek o násilí. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a zdravotnických nelékařských oborů, 2004
18. Havrdová, Z.: Kompetence v praxi sociální práce, Praha, OSMIUM, 1999
19. International Council of Nurses, Společně proti násilí. ICN, název neuveden, Ženeva, rok neuveden, přel. M. Zvoníčková, Česká společnost sester, místo neuvedeno, 2001
20. Jenkins, S.: Queen at 80: an antidote to our youth obsessed folly, 16.4. 2006 na [www.timesonline.co.uk](http://www.timesonline.co.uk)
21. Juklestad, O.: Institutional Care and Abuse of Older People, 15.4.2006 na [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)
22. Kalvach, Z.: Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém. Čas. Lék. Čes. 136, 1997, 6, s. 170-173.
23. Kalvach, Z.: Demografický vývoj z pohledu geriatric. Otazníky nad zdravím české populace, mimořádná příloha Zdravotnických novin 52, 2003, s. 52 – 54
24. Kalvach, Z.: Geriatrický pacient a jeho ohrožení. Geriatria, 1, 1995, 1, s. 35 - 36
25. Kalvach, Z., Hrabětová, E.: Senior a já ... já a senior? Místo neuvedeno, Společnost přátelská ke všem generacím, 2005
26. Kalvach, Z., Stojanová, J.: Ochrana lidských práv seniorů. Český helsinský výbor, 3.1.2005 na [www.helcom.cz](http://www.helcom.cz)
27. Klán, J.: Poruchy chování ve stáří, ČES GER REV. 3, 2005, 2, 53 - 54
28. Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál, 1997
29. Koval, Š.: Zmeny sociálnej štruktúry v Slovenskej republike alebo zamyslenie sa nad životom seniorov na Slovensku. Gerontologické aktuality, 2005, 2. s. 16 - 19
30. Kovařík, J., Dunovský, J.: Popis jednotlivých forem domácího násilí, analýza jejich příčin, prevence. Závěrečná zpráva výzkumného projektu. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005
31. Krivohlavý, J.: Jak neztratit nadšení. Praha, Grada Publishing, 2004
32. Kunstová H.: Práva seniorů. Český helsinský výbor, 3.1.2005 na [www.helcom.cz](http://www.helcom.cz)
33. LEMON 3, Brno, IDVPZ 1997

34. Málková, J.: Problematika špatného zacházení se starými lidmi. *Sestra* 14, 2004, 7 – 8, s. 55.
35. Mareš J. a kol.: *Iatropatogenie a sororigenie, aneb jak lze poškozovat člověka*. Praha, Vysoká škola J. A. Komenského, 2002
36. Matoušek O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha, Portál, 2003
37. *Missing Voices: views of older person on elder abuse*. Ženeva, World Health Organization, 2002
38. MPSV ČR: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007. 3.6.2002 na [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
39. MPSV ČR, *Kvalita v sociálních službách. Přehled příspěvků odborné konference*. Praha, MPSV ČR, 2002
40. MPSV ČR: *Standardy kvality sociálních služeb*, Praha, MPSV ČR, 2002
41. MPSV ČR: Česko – britský projekt Podpora MPSV při reformě sociálních služeb, Modul Rozvoj kvality sociálních služeb, Praha, MPSV, 2002
42. Morávková, L.: Co s domácím násilím? *Zdravotnické noviny*, 53, 2004, 49, s.10 – 11.
43. Nerenberg, L.: Abuse in Nursing Homes, *National Center on Elder Abuse Newsletter* , 5, 2002, 7.8. 2006 na [www.elderabusecenter.org](http://www.elderabusecenter.org)
44. Nováková, J.: Týrání vlastními. *Generace*, 6, 2004, 1, s. 4 – 7.
45. Nováková, M.: Zneužívání starých lidí z pohledu řídicího pracovníka organizace poskytující služby, závěrečná práce, nepublikováno, 1999
46. Pichaud, C., Thareauová, I.: *Soužití se staršími lidmi. Vivre avec les personnes âgées*, *Chronique Sociale*, Lyon, 1996, přel. A. Kozlíková, Praha, Portál, 1998
47. Pillemer, K., Moore, D.: Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2(1/2), 1990, s 5-29.
48. Pritchard J.: *The Abuse of Elderly People: Handbook for Professionals*. Londýn, Jessica Kingsley Publishers, 1992
49. Royal college of Psychiatrist: Institutional abuse of older adults, 6.2.2005 na [www.popan.org.uk](http://www.popan.org.uk)
50. Sláma, O.: Péče o umírajících starého pacienta v podmínkách LDN, *ČES GER REV*, 1, 2004, s. 38 – 43
51. Stolín, M.: Špatné zacházení se seniory, *Policie České republiky*, rok neuveden
52. Šedivá, D.: Jaká může být supervize, 12.8.2006 na [www.kcentrum.cz](http://www.kcentrum.cz)

53. Šiklová, J.: Stárnutí populace je úspěchem lidstva nebo prokletím? Gerontologické aktuality, 2005, 2. s. 26 – 30
54. Topinková, E.: Geriatrická paliativní péče a péče o umírající, ČES GER REV, 1, 2004, 14-21
55. Topinková, E.: Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných, ČES GER REV, 1, 2003, 6 – 11
56. Topinková, E.: Násilí na seniorech, 14.5.2006 na [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz)
57. Tošnerová, T.: Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky, 3. LF UK, Praha, 2002
58. Tošnerovi Z.,J.: Syndrom vyhoření, pracovní sešit účastníků kurzu. Praha, Hestia, 2002
59. United Nations, Economic and Social Council: Abuse of older person: recognizing and responding to abuse of older person in global context, United Nations, New York, 2002
60. Vidovičová, L.: Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. Brno, VÚPSV, 2005
61. Vidovičová, L. „Je česká společnost ageistická?“ Sborník příspěvků semináře k diskriminaci seniorů jako aktuálnímu tématu pro Evropu i ČR. Praha, Život 90, 2004.
62. Zvoníčková, M.: Připoutávání nemocných. Zpravodaj - Sborník České asociace sester, 12, 1999, s. 34-36.
63. [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)
64. [www.citellus.cz](http://www.citellus.cz)
65. [www.czso.cz](http://www.czso.cz)
66. [www.dd-lukov.cz](http://www.dd-lukov.cz)
67. [www.ddpraha6.cz](http://www.ddpraha6.cz)
68. [www.domovmysliborice.org](http://www.domovmysliborice.org)
69. [www.microsoft.com](http://www.microsoft.com)
70. [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz)
71. [www.supervize.org](http://www.supervize.org)
72. [www.teal.org.uk](http://www.teal.org.uk)
73. [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)



## **Příloha č. 1**

### **Projekt diplomové práce**

**Student:** Markéta Bowe

**Osobní číslo:** 9588

**Imatrikulační ročník:** 2003

#### **Předběžný název:**

Násilí a zneužívání seniorů v instituci dlouhodobé péče a jejich prevence a řešení z pohledu vedoucího pracovníka

## **Formulace a vstupní diskuse problému**

Senioři se v zařízeních dlouhodobé péče mohou stát oběťmi zneužívání a násilí páchaného zaměstnanci. Násilí a zneužívání může mít různé formy – fyzické, psychické, sexuální, ekonomické. Vedle toho je odborníky považována za formu násilí i nevhodná praxe a zanedbávání péče. Pracovníci v přímé péči přitom mají různé vnímání a chápání co násilí je a co násilí není a některou nevhodnou praxi a zanedbávání péče za násilí či zneužívání nepovažují. Mezi odborníky se také již hovoří o tzv. institucionálním týrání. Institucionální týrání je definováno jako utrpení způsobené institucemi nebo nevhodnými normami. Někdy se hovoří o systémovém týrání, které je způsobeno systémem (institucemi, jejich normami a postupy). Příkladem jsou nemocnice a ústavy sociální péče, v nichž může docházet např. k podcenění či nedodržování pitného režimu, nevhodné a nadměrné indikaci uklidňujících léků, odloučení od rodiny, nekvalitní péči.

Násilí na seniorech není jen problémem týraného a toho, kdo násilí páchá. Je to i problém celé instituce, ve kterém k násilí dochází. Každá instituce by ve svých základních dokumentech měla mít nastavená pravidla tak, aby násilí nebylo tolerováno a aby k němu nedocházelo. Organizace by měla mít definované poslání a cíle, ze kterých je jasný respekt ke klientovi jako jedinečné lidské bytosti a k jeho právům a zájmům. Orientace na klienta by měla být základní hodnotou pečujících organizací. Tato hodnota by měla být reflektována v dalších dokumentech, jako jsou směrnice, domácí řád, standardy péče, vnitřní nařízení apod.

Role manažera v řešení násilí a jeho prevenci je naprosto zásadní. Je důležité, aby vůči zaměstnancům jasně komunikoval, co je chápáno pod pojmem násilí a nulovou toleranci vůči němu. Měl by vytvořit pravidla, podle kterých se bude postupovat v případě podezření, že k násilí došlo. Musí nastavit proces řízení kvality, monitorovat jej a vyhodnocovat. K prevenci násilí ze strany manažera patří i výběr vhodných zaměstnanců, jejich odborný rozvoj, vedení a komunikace s nimi. Dalším nástrojem prevence je tvorba standardů a audit jejich dodržování.

K prevenci násilí, podle mého názoru, patří i posílení povědomí klientů. Také oni musí vědět, co je hodnotou organizace, co mají právo očekávat a co mohou dělat v případě, když si chtějí stěžovat, nebo vyjádřit připomínky. Je potřeba klienty ubezpečit, že stížnosti se neobráťí proti nim, nebo že „nezapadnou“ do ztracena. Názory klientů na péči je potřeba sledovat pravidelně

a systematicky, nejenom při řešení už vzniklého problému. K tomu napomáhají šetření spokojenosti s kvalitou péče a rozhovory s klienty i jejich rodinami.

## **1 Cíl práce**

Cílem práce je zaměřit se na práci manažera v zařízení dlouhodobé péče přes optiku problematiky násilí na seniorech a dále identifikovat manažerské nástroje, které násilí předchází a které řeší již vzniklé situace.

## **2 Znalost problematiky**

Problematika násilí na seniorech je podle mého názoru podceňována. Jejich zranitelnost a obecný nedostatek služeb a zařízení pro ně vede k tomu, že se smíří i s nízkou kvalitou a strádáním, protože nemají kam jít, na koho se obrátit. Jsou tu však i další faktory – např. skutečnost, že stále není schválen zákon o sociální péči a standardy kvality v sociálních službách nemají oporu v zákoně a nejsou tedy povinné a vynutitelné.

Ve své práci se setkávám často s lidmi, kteří mají velmi špatné zkušenosti s péčí a chováním personálu v některých institucích. Je překvapivé, co všechno vedení některých zařízení toleruje. V České republice zatím nebyla shromážděna validní data o výskytu násilí, velmi znepokojující však např. byla studie Chloubové o nedostatečném zabezpečení příjmu potravy a tekutin u seniorů ve zdravotnických zařízeních. Na situaci, kdy senioři umístění v zařízení dlouhodobé péče umírají vyhladověním a žízní upozorňovali před časem i některá média.

Při vyhledávání již realizovaných výzkumů věnujících se problematice násilí na seniorech v instituci jsem použila webových stránek britské charitativní organizace POPAN (Prevention Of Professional Abuse Network) pracující s lidmi, kteří byli zneužití zdravotníky či sociálními pracovníky. Zde jsem našla zprávu britské Královské koleje psychiatrů z roku 2000 s názvem Zneužívání starších dospělých v instituci ( Institutional abuse of older adults).Podle této zprávy je na zdravotní sestry ve Velké Británii podáno ročně v průměru 1000 obvinění z důvodů násilí či zneužití pacienta/klienta. Polovinu tvoří fyzické, verbální nebo sexuální zneužití. Ve zprávě jsou zároveň uvedena data výzkumu Pillemera a Moorea, kteří v roce 1989 provedly výzkum mezi 577 zdravotními sestrami a ošetřovateli pracujícími v amerických ošetřovatelských

domovech. 36% z nich bylo svědky fyzického násilí na klientech, 10% připustilo, že jej sami páchali. 81% byli svědky psychického násilí, 40 % připustilo, že tak sami činili.

### **3 Pracovní postupy - metodika**

Základním pracovním postupem bude studium relevantní odborné literatury.

Vedle toho bude provedena *anketa / dotazníkové šetření* s cca 30 pracovníky z různých zařízení pro seniory.

Dále provedu kvalitativní výzkum formou řízeného rozhovoru s pracovníky v přímé péči.

Analýza dat získaných z dotazníkového šetření a řízeného rozhovoru by měla odpovědět na tři základní otázky: mají zúčastnění osobní zkušenost s nevhodným zacházením či týráním? Co považují za nevhodné zacházení a týrání či zneužívání? Co lze podle jejich názoru proti zneužívání/ týrání/ nevhodnému zacházení dělat?

Práce bude konzultována s vedoucí práce, která je v ČR jednou z nejpovolanějších autorit na problematiku péče o seniory. Problematika prevence bude dále konzultována s britskou organizací Action on Elder Abuse.

### **4 Osnova práce**

Úvod

Vymezení pojmu senior a demografický trend

Násilí a jeho definice

Formy násilí na seniorech

Kde k násilí dochází

Násilí a zneužívání seniorů v instituci - výzkum

Výzkum - Metodika a výsledky kvalitativního výzkumu

Metodika a výsledky dotazníkového šetření

Násilí a zneužívání seniorů v instituci

Faktory, které zvyšují riziko násilí

Pacient s charakteristikou oběti  
Pečovatelé a stres  
Rodinná historie  
Popírání obětí  
Psychické změny a změny v chování zneužívaných lidí  
Známky fyzického zneužívání  
Známky finančního zneužívání  
Základní principy práce se zneužívaným starým člověkem

Prevence násilí v instituci z pohledu manažera  
Hodnoty organizace, její poslání a cíle  
Vnitřní kultura a struktura organizace  
Posílení práv klientů  
Řízení kvality a zpětná vazba  
Návrh standardu prevence zneužívání a nevhodného zacházení s klienty  
Práce s personálem  
Pracovní hodnocení  
Supervize  
Vzdělávání personálu  
Patologické a nevhodné charakterové rysy u personálu  
Pracovní stres a syndrom vyhoření

Shrnutí a závěr

Seznam použité literatury

## 5 Předběžná bibliografie k tématu

1. Action on Elder Abuse: Časté dotazy a odpovědi. 18.12.2004 na [www.elderabuse.org.uk](http://www.elderabuse.org.uk)
2. Bártíková, G.: Senioři a právní normy. Informační servis MV ČR, 20.12.2001 na [www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)
3. Český rozhlas, Domácí násilí na seniorech. Záznam rozhovoru Studia Stop s konzultantkou linky Dona, 10.11.2004 na [www.rozhlas.cz/cro6](http://www.rozhlas.cz/cro6)
4. Gjuríčová, Š., Kocourková, J., Koutek, J.: Podoby násilí v rodině. Praha, Vyšehrad, 2000
5. Haškovcová, H.: Manuálek o násilí. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a zdravotnických nelékařských oborů, 2004
6. International Council of Nurses, Společně proti násilí. ICN, název neuveden, Ženeva, rok neuveden, přel. M. Zvoníčková, Česká společnost sester, místo neuvedeno, 2001
7. Kalvach, Z.: Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém. Čas. Lék. Čes. 136, 1997, 6, s. 170-173.
8. Kalvach, Z.: Demografický vývoj z pohledu geriatric. Otazníky nad zdravím české populace, mimořádná příloha Zdravotnických novin 52, 2003, s. 52 - 54
9. Kalvach, Z., Stojanová, J.: Ochrana lidských práv seniorů. Český helsinský výbor, 3.1.2005 na [www.helcom.cz](http://www.helcom.cz)
10. Kunstová H.: Práva seniorů. Český helsinský výbor, 3.1.2005 na [www.helcom.cz](http://www.helcom.cz)
11. Málková, J.: Problematika špatného zacházení se starými lidmi. Sestra 14, 2004, 7 – 8, s. 55.

12. MPSV ČR, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007. 3.6.2002 na [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
13. Morávková, L.: Co s domácím násilím? Zdravotnické noviny 53, 2004, 49, s.10 – 11.
14. Nováková, J.: Týrání vlastními. Generace 6, 2004, 1, s. 4 – 7.
15. Pichaud,C., Thareauová, I.: Soužití se staršími lidmi. Vivre avec les personnes âgées, Chronique Sociale, Lyon, 1996, přel. A. Kozlíková, Praha, Portál, 1998
16. Pritchard J.: The Abuse of Elderly People: Handbook for Professionals. Londýn, Jessica Kingsley Publishers, 1992
17. Tošnerová , T.: Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky, 3. LF UK, Praha , 2002

**Tresty za jednotlivé formy násilí dle Trestního řádu ČR**

**Týrání svěřené osoby** - kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na 6 měsíců až 3 léta. Pokud spáchá čin zvláště surovým způsobem nebo na více osobách, či pokračuje-li v páchání činu bude potrestán odnětím svobody na 2-8 roků.

**Ublížení na zdraví** - kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky. Odnětím svobody na 3 – 8 let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem smrt. Kdo úmyslně způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na 2 roky až 8 let.

Kdo jinému ublíží na zdraví z nedbalosti tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na 1 rok nebo zákazem činnosti. Kdo jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky nebo zákazem činnosti. Odnětím svobody na 6 měsíců až 5 let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin proto, v důsledku porušení důležité povinnosti vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.

Kdo z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt více osob proto, že hrubě porušil předpisy o ochraně životního prostředí nebo předpisy o bezpečnosti práce nebo dopravy anebo hygienické předpisy, bude potrestán odnětím svobody na 3 léta až 10 let.

**Omezování osobních svobod** - kdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody až na 2 léta. Spáchá-li tento čin jako člen organizované skupiny bude pachatel potrestán odnětím svobody na 2-8 let. Způsobí-li svým činem těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvláště závažný následek bude potrestán odnětím svobody na 3 až 10 let.



**Zbavení osobní svobody** - kdo jiného zbaví osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let. Způsobí-li svým činem těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek bude potrestán odnětím svobody na 5-12 let.

**Vydírání** - kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na 3-8 let.

**Útisk** - kdo jiného nutí, zneužívaje jeho tísně nebo závislosti, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na 6 měsíců.

**Soubor otázek k polostrukturovaným rozhovorům s účastníky výzkumu**

1. Máte pocit, že špatné zacházení nebo násilí na seniorech v lůžkových zařízeních dlouhodobé péče (zdravotních i sociálních) je něco, co se skutečně vyskytuje?
2. Pokud je to podle vás reálný problém, co považujete za nejčastější projevy špatného zacházení se seniory v zařízeních dlouhodobé péče - můžete je jmenovat?
3. Myslíte si, že se daná problematika vedle nedostatečné péče týká ještě jiných oblastí?
4. Dotýká se, podle vašeho názoru, tato problematika chování personálu?
5. Myslíte si, že někdy při poskytování péče dochází k hrubému zacházení s pacientem/klientem ? Jak se to projevuje?
6. Myslíte si , že v praxi dochází k používání restriktivních opatření? Lze podle vašeho názoru odhadnout četnost?
7. Jaký máte názor na používání restriktivních opatření a tlumící medikaci?

8. Myslíte, že je možné charakterizovat zaměstnance, kteří poskytují špatnou a nedostatečnou péči?
  
9. Myslíte si, že jsou si tyto pracovníci vědomi toho co dělají, že někomu ubližují?
  
10. Myslíte, že existuje skupina nemocných, kteří mají větší šanci stát se oběťmi špatného zacházení a násilí ze strany personálu?
  
11. Co považujete za příčiny násilí, špatného zacházení a nedostatečné péče v zařízeních pro seniory ?
  
12. Jaká by podle vašeho názoru mohla být účinná preventivní opatření?