

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**Etické problémy v péči o seniory**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:  
PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, PhD.**

**Vypracovala:  
Bc. Veronika Delongová**

**Brno 2012**

# Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Etické problémy při práci se seniory zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Ostravě dne .....

.....

Bc. Veronika Delongová

## Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce, svým blízkým za velkou podporu, kterou mi poskytovali, a děkuji také všem respondentům, kteří mi pomohli při realizaci dotazníkového šetření.

# Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 2  |
| 1 Senior.....  | 4  |
| 1.1 Stáří jako společenský fenomén.....                          | 5  |
| 1.2 Hlavní aspekty stáří.....                                    | 9  |
| 1.3 Senior a domácí péče.....                                    | 12 |
| 1.4 Senior a sociální zařízení poskytující pobytovou službu..... | 17 |
| 2 Etické problémy a jejich příčiny.....                          | 22 |
| 2.1 Ageismus a diskriminace.....                                 | 24 |
| 2.2 Násilí na seniorech.....                                     | 28 |
| 2.3 Umírání a smrt.....  | 34 |
| 2.4 Syndrom vyhoření.....  | 39 |
| 3 Možnosti řešení etických problémů.....                         | 43 |
| 3.1 Volnočasové aktivity pro seniory.....                        | 44 |
| 3.2 Standardy kvality a individuální přístup.....                | 48 |
| 3.3 Vzdělávání pracovníků a supervize jako forma prevence.....   | 53 |
| 3.4 Motivace zaměstnanců.....                                    | 56 |
| 4 Výzkumná část.....   | 60 |
| 4.1 Cíle výzkumné části diplomové práce.....                     | 60 |
| 4.2 Hypotézy výzkumné části diplomové práce.....                 | 60 |
| 4.3 Organizace dotazníkového šetření.....                        | 61 |
| 4.4 Charakteristika respondentů.....                             | 62 |
| 4.5 Interpretace získaných dat.....                              | 62 |
| Závěr.....   | 73 |
| Anotace a klíčová slova.....                                     | 75 |
| Seznam použité literatury a dalších zdrojů.....                  | 76 |
| Přílohy.....   | 79 |

## Úvod

Stáří je odpradáвна ve společnosti jakýmsi synonymem pro moudrost, laskavost, zkušenost a rozvážnost. Ve většině pohádek figuruje starý člověk jako rádce či mudrc a i v reálném životě v nás starší vědci, politici či lékaři vzbuzují větší důvěru v jejich odbornost a znalosti než jejich mladší kolegové. Paradoxně o té samé generaci však veřejnost smýšlí současně jako o lidech naivních, pomalých a pro jejich okolí spíše neužitečných. Jak je možné, že existuje tolik protichůdných představ a přístupů k seniorům, a to nejen ze strany veřejnosti ale také seniorů samotných?

Demografické ukazatele hovoří jasně, západní společnost stárne, seniorů přibývá, předpokládaná délka života se prodlužuje, což je způsobeno i obrovským posunem úrovně medicíny. Také samotná kvalita života se výrazně změnila, spousta seniorů žije po odchodu do penze stále velmi aktivně, cestuje, tráví čas nejen se svými vnoučaty, ale i se svými vrstevníky a věnují se koníčkům, na které během zaměstnání neměli čas. Toto je ovšem závislé na stejných faktorech, které nás ovlivňují během celého našeho života, avšak právě v této fázi získávají markantnější vliv. Bez nejmenších pochyb se v první řadě jedná o zdravotní stav, ovšem nelze opomenout ani důležitost uspokojivého sociálního a finančního zázemí. A právě tyto podstatné prvky určující kvalitu mohou sami senioři mnohdy jen velmi těžce ovlivnit.

Pracuji již několik let v domově pro seniory, kde jsem dříve zajišťovala jednání se zájemci o službu a nyní vedu oddělení s 51 uživateli. Nastoupila jsem zde bez zkušeností v oboru ihned po ukončení bakalářského studia s možná trochu naivními názory a znalostmi, přičemž mnohé z nich postupně praxe změnila.

Domov pro seniory je ve své podstatě velmi uzavřené prostředí, ve kterém se setkávají tři strany: senior, rodinný příslušník a zaměstnanec. Mnohdy má každá z těchto tří stran naprosto rozdílnou představu o tom, co je správné, a dochází k obrovskému množství konfliktních situací či etických dilemat. Důležité není v těchto situacích nalézt viníka, ale spíše pochopit podstatu každého střetu zájmů, vymezit skutečný problém a následně jej opět s pomocí všech zúčastněných stran vyřešit. Etických problémů při péči o seniory je samozřejmě mnoho, ovšem ráda bych se ve své diplomové práci věnovala pro mě nejvýznamnějším, s kterými jsem se za svou krátkou praxi v této oblasti setkala. Tímto směrem bych poté ráda vedla i své dotazníkové šetření. Mým cílem tedy je nejen

zmapovat dle mého názoru nejčastější problémy, ke kterým může při poskytování péče seniorům dojít, ale také následné využití získaných poznatků ve své praxi, případně i v implementaci do standardů kvality v zařízení, ve kterém pracuji. Zároveň bych ráda v budoucnu směřovala tímto směrem i pracovnice v sociálních službách na oddělení v rámci jejich dalšího vzdělávání.

# 1 Senior

Pojem senior pochází z latinského slova senex, senis, což znamená „starý“. Podle Světové zdravotnické organizace je seniorem člověk, který dosáhl minimálního věku 65 let. Dalším pojmem souvisejícím se stářím je označení gerontologický - geron neboli stařec (řecky). (Haškovcová, 2010)

„Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní). I když bývají senioři leckdy vnímáni jako zdánlivě stejnorodá homogenní „šedá vlna“, liší se mezi sebou navzájem velmi výrazně věkem, zdravotním stavem, funkční znalostí, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, hodnotovým systémem, genetickými vlohami pro dlouhověkost i dalšími okolnostmi.“  
1) (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8)

Vidovičová (2008) uvádí, že k věkové segregaci dochází z toho důvodu, že již samotný pojem „věk“ v sobě nese jisté charakteristiky, které společnost očekává od jeho nositele – jedná se tedy o jisté stereotypy, podle kterých se k lidem chováme bez ohledu na realitu. S tím souvisí i tzv. age denial (popírání věku), kdy lidé kvůli obavě z „nálepkování“ kladou důraz na to, aby zůstali mladými bez ohledu na zdraví.

Haškovcová (2010) uvádí, že očekávaná délka života (tedy předpokládaný věk, kterého se dožije právě narozené dítě) je v České republice u žen 74, 2 a u mužů 80, 3 let. V roce 2065 se ovšem předpokládá, že to bude již 91, resp. 86, 5 let. Celé stáří nazývá tzv. problémem starých žen vzhledem k markantnímu rozdílu mezi počtem vdov a vdovců.

Toto potvrzuje i statistika – v roce 2009 připadalo na 100 vdovců ve věku 60 – 64 let 467 vdov, ve věku 70 až 74 to však již bylo 560 vdov. „Současně je však patrné, že se od roku 2000 do roku 2009 hodnoty počtu vdov na 100 vdovců v těchto věkových skupinách každoročně snižují.“<sup>2)</sup> (www.pardubie.czso.cz, s. 3)

## 1.1 Stáří jako společenský fenomén

„Stáří je sociální konstrukcí, ať jde o určení jeho počátku – mezního věku, očekávání vztažených k lidem označeným za staré, či o způsoby zacházení s nimi.“<sup>3)</sup>  
(Sýkorová, 2007, s. 47)

Rheinwaldová (1999) udává, že ve společnosti (včetně odborníků) převládá názor, že starší člověk se musí šetřit a musí zpomalit, což mnohdy vede k postupné pasivitě a člověk přestane trénovat nejen tělo, ale i mysl. Lidé si neuvědomují, že dobrovolná pasivita vede k nedobrovolným omezením.

Toto doplňuje i Matoušek: „Starý člověk bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině definované 60, resp. 65 lety. Je spojován se sociálním statutem důchodce, je považován za neaktivního či neproduktivního a předpokládány jsou i zdravotní charakteristiky spojené s involucí – ztrátou funkčních schopností, multimorbiditou, postupnou ztrátou soběstačnosti.“<sup>4)</sup> (Matoušek, 2005, s. 163)

Venglářová (2007) uvádí, že existují tři hlavní přístupy ke stáří:

- Konstruktivní přístup – člověk se na stáří aktivně připravuje, buduje si vhodné podmínky, klade důraz na zdravý životní styl spojený s pohybem, správnou výživou, aktivním trávením volného času a udržováním sociálních kontaktů.
- Budování závislosti na okolí – vlivem zhoršení zdravotního stavu dochází u seniorů často k semknutí vztahů s okolím (nejčastěji s rodinou, personálem pobytového zařízení apod.). Potřeba kontaktů poté přetrvává, příp. dokonce sílí, i po zlepšení zdravotní stránky, proto mnohdy dochází k citovému vydírání a manipulaci, což ale vyvolává spíše negativní odezvy.
- Nepřátelský postoj – i přes nabízenou pomoc ze strany okolí má senior pocit, že se pro něj nic nedělá a je všem lhostejný, což vyvolává až hostilní reakce.



Život člověka se podle Vágnerové dělí na čtyři části:

- „První věk – dětství a dospívání, tedy období zaměřené na získávání znalostí, dovedností a přípravu na dospělost.
- Druhý věk – dospělost, produktivní etapa života z biologického i pracovního hlediska.
- Třetí věk – období odchodu do důchodu a přeorientování se na volnočasové aktivity.
- Čtvrtý věk – období závislosti. „V době, kdy člověk dosáhne čtvrtého věku, je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných především tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci.“<sup>5)</sup> (Vágnerová, 2007, s. 398)

„Podle závažnosti nastalých změn lze kognitivní změny stárnutí rozdělit do tří stupňů:

- Úspěšné stárnutí
- Normální stárnutí
- Patologické stárnutí.“<sup>6)</sup> (Pokorná, 2010, s. 49)

Malíková (2011) předkládá ve své knize několik teorií, proč vlastně ke stárnutí dochází.

I přes řadu názorů není však tato otázka zcela objasněna:

- Stochastické teorie – se zvyšujícím se věkem souvisí nárůst poruch buněčného řízení, stárnutí je považováno za náhodný děj:
  - Teorie omylů a katastrof – příčinou stárnutí je kumulace chybných procesů syntézy bílkovin při jejich transkripci a translaci.
  - Teorie překřížení – stárnutí je důsledek přehazování bílkovin a jiných buněčných makromolekul, příkladem je vznik katarakty (šedého zákalu).
  - Teorie opotřebení – stárnutí je způsobeno postupným zánikem buněk, což vede poté k poškození tkáně, orgánů a následně celého organismu. Vnímáno ve spojení s průběžným poškozením DNA.
  - Teorie volných radikálů – souvisí s myšlenkou, že superoxidové radikály  $O_2$  poškozují membránové bílkoviny, enzymy a DNA.

- Nestochastické teorie – považují stárnutí za geneticky předurčený děj:
  - Pacemakerová teorie – každý orgán a orgánová soustava má v sobě „zabudovány“ tzv. geneticky naprogramované hodiny, podle kterých se řídí funkčnost organismu.
  - Genetická teorie – každý živočišný druh má svou specifickou délku života.
  
- Sociální teorie:
  - Teorie aktivity – průběh stáří pozitivně ovlivňuje aktivní přístup člověka.
  - Teorie neangažovanosti – úroveň spokojenosti ve stáří souvisí se schopností vyrovnání se s omezením osobních a sociálních vztahů.
  - Teorie kontinuity a diskontinuity – člověk bude tím spokojenější ve stáří, čím více sníží rozdíly mezi jeho aktuálním způsobem života a tím předchozím.

Haškovcová (2010) uvádí mimo jiné také mýty o stáří, kterými se společnost řídí ve svých postojích vůči seniorům. Tyto mýty (či stereotypy) šíří také média a v neposlední řadě mnohdy i sami senioři, což je podstatným faktorem v boji proti těmto mýtům.

- Mýtus schématismu a automatismu – senior nepřemýšlí o tom, co dělá, vykonává pouze zautomatizované činnosti.
- Mýtus o úbytku sexu – senior není sexuálně aktivní, a pokud ano, je to společností spíše odsuzováno.
- Mýtus o chudobě seniorů – na tomto mýtu mají podíl určité psychické bariéry seniorů, ti si nekoupí určitou věc z toho důvodu, že dříve to bylo o mnoho levnější, bez ohledu na to, že si to i tak mohou dovolit.

Malíková Eva (2011) k těmto mýtům přidává i další, které ovšem už směřují velkou měrou k diskriminaci seniorů zbytkem společnosti:

- Mýtus falešných představ – senior potřebuje pouze dostatek hmotného zabezpečení. Neberou se v úvahu jeho další potřeby (rodinné vazby, zdraví či duchovní sféra).
- Mýtus zjednodušené demografie – starý člověk již není pro společnost užitečný, protože přestal pracovat a odešel do penze.

- Mýtus homogenity – předpokládá, že všichni senioři vypadají stejně, ztrácí vlastní identitu, což znamená i to, že mají také stejné potřeby a vlastnosti.
- Mýtus neužitečného času – podobný jako u zjednodušené demografie – společnost nebere v úvahu jiné aktivity seniora a poukazuje pouze na to, že vlivem odchodu z pracovního procesu má senior pouze nevyužitý čas.
- Mýtus ignorace – názory seniorů nemají význam, jelikož důraz se má klást pouze na mladé a produktivní lidi.
- Mýtus o arterioskleróze nebo o senilitě – všichni senioři zapomínají a mají demenci - bez ohledu na individuální přístup.

Haškovcová (2010) popisuje také typologii reakcí na stáří podle Bromleyho, tedy postupy vyrovnávání se s nadcházejícím či právě probíhajícím odchodem ze zaměstnání do penze:

- Strategie konstruktivnosti – člověk se již ve svém produktivním věku připravuje na odchod do penze, vnímá ho pozitivně jako možnost věnovat se dalším aktivitám.
- Strategie závislosti – senior je pasivní, spoléhá na péči ze strany svého okolí, a to jak po fyzické, tak i psychické, sociální a finanční stránce.
- Strategie obranného postoje – senioři nepřijímají negativní pocity ze ztráty svého statusu pracujícího a nezávislosti, z toho důvodu dále pracují.
- Strategie nepřátelství – senioři berou stárnutí jako zlo a mládí vnímají jako hrozbu, což způsobuje nepřátelský postoj vůči okolí.
- Strategie sebenenávisti – senior obviňuje sám sebe, nepřijímá podporu ze svého okolí v domnění, že si ji nezaslouží a je všem jen na „obtíž“.

Jeřábek konstatuje, že přestože se situace se seniory postupně zlepšuje, stále je zde silný nepoměr vůči jiným cílovým skupinám: „problematice postižených a nemocných je přesto věnována stále nepatrná pozornost, a pokud ano, je většinou směřována na děti a mládež, zatímco nemocní staří lidé jsou přehlíženi a opomíjeni, čímž se jejich situace stává ještě obtížnější. To ostatně ilustruje i počet veřejných sbírek určených dětem a mládeži ve srovnání s veřejnými sbírkami a nadacemi, které jsou orientovány na staré a přestárlé, nebo finanční investice do dětských zdravotnických zařízení ve srovnání s gerontologickými centry.“<sup>7)</sup> (Jeřábek, 2005, s. 43)

## 1.2 Hlavní aspekty stáří

Jarošová (2006) vychází při definování charakteristických znaků stárnutí z Pacovského a uvádí, že stárnutí je jev, který probíhá u každého jinak a při kterém stárne každý v jiném tempu, jelikož i vnitřní orgány stárnou různě rychle. Biopsychosociální aspekty stárnutí v zásadě ovlivňují, jaké jsou jeho projevy u konkrétních jedinců a jak se s nimi tyto jedinci individuálně vyrovnávají, přičemž je velmi důležité brát v úvahu provázanost těchto oblastí.

Mezi hlavní biologické aspekty patří např.:

- změna vzhledu i funkčnosti kůže, zvýšení pigmentace,
- snížení funkce endokrinních žláz,
- snížení elasticity vnitřních orgánů a tkání a jejich atrofie,
- atrofie meziobratlových plotének a s tím související zmenšení postavy,
- poruchy spánku,
- poruchy metabolismu (např. termoregulace, zhoršení schopnosti přijímání a vylučování potravy),
- poruchy nervového systému (snižování počtu neuronů apod.),
- pokles vitální kapacity plic a funkce ledvin,
- porucha smyslových orgánů.

Psychické aspekty v sobě obnáší např.:

- biologicky podmíněné změny – např. zpomalení a rigidita myšlení,
- psychosociálně podmíněné změny – např. změna životního stylu,
- změny v osobnosti – různé osobnostní rysy slábnou nebo naopak zintenzivní, zvýraznění povahových znaků a projevů,
- percepční změny – hlavně v důsledku úbytku schopností smyslových orgánů,
- úbytek intelektových schopností – toto se týká převážně krystalické inteligence, tedy té naučené, získané během života,
- psychomotorické zpomalení,
- pokles psychické adaptability,
- změny v hodnotách,
- emoční oploštění, změny v citovém životě,

- snížení motivace a výkonnosti.

Mezi hlavní problémy, které se stárnutím souvisí, udává Jarošová demenci, depresi, zvýšené riziko pádů, poruchy mobility, defekty (až dekubity) kůže, inkontinenci moči i stolice, poruchy spánku, hydratace, výživy a bolestivost.

Malíková (2011) ještě dodává nejvýznamnější sociální aspekty, kdy odchod do důchodu často znamená ztrátu sociálního statusu, omezení sociálního začlenění a účasti na společenských a kulturních aktivitách. Dalším významným prvkem je obava z osamělosti a také možná generační izolovanost, k tomuto často dochází při zhoršení zdravotního stavu a fyzické (ale i ekonomické závislosti) na jiných lidech. Tato odkázanost je dozajisté také významným prvkem pro utváření nového sebepojetí seniora. Tyto negativní znaky stáří lze ovšem oslabit pokračováním v aktivním způsobu života, finanční přípravě na odchod do penze a v neposlední řadě posilováním pozitivních vztahů s rodinou i okolím.

Venglářová (2007) doplňuje k již výše jmenovaným aspektům stáří i vliv duševních poruch:

- Depresivní syndrom – neovlivňuje pouze psychiku člověka, ale prokazatelně zhoršuje i zdravotní stav. Ve výzkumu Holmerové z roku 2006 vyšlo najevo, že více než polovina seniorů v pobytových zařízeních trpí depresemi. Ve spojení s demencí však vyvstává riziko, že může být hůře vysledovatelná. Často totiž dochází k bagatelizaci, jelikož projevy deprese (např. porucha spánku či zhoršení soustředění a pozornosti, neschopnost plánování budoucnosti aj.) jsou často dávány do spojení s běžnými projevy stáří, což vede k absenci léčby deprese. Ke zhoršení již nastalé situace dochází aktuální změnou životní situace či naopak vleklým problémem bez vidiny vyřešení. Oproti tomu ke zlepšení přispívá cílená zdravotní péče a podpora tvůrčího životního stylu. Právě podpora je důležitá, jelikož nucení a zvýšené nároky mohou celou situaci jen zhoršit.
- Organické duševní poruchy se dělí na poruchy kognitivních funkcí a paměti (např. demence či delirium) a poruchy vnímání, myšlení, nálad a emocí. Demence bývá také často bagatelizována, považuje se za běžné zhoršování psychických funkcí, ovšem demence je mnohem vážnější onemocnění, které

končí smrtí. Diagnostika demence je velmi obtížná, nejčastěji se používá Mini-Mental State Examination (viz příloha č. 1). Demence má tato stádia:

- 1. stádium: zapomínání, neschopnost vybavení si informací, což vede k častým chybným úkonům a nedorozuměním.
- 2. stádium: zvýraznění rysů osobnosti, vyskytují se problémy učinit rozhodnutí, ztráta zájmů a zpomalení myšlení, časté jsou v této fázi konflikty či naopak apatie.
- 3. stádium: dezorientace, ztráta soudnosti, poruchy komunikace a neschopnost sebezpečí, což směřuje až ke komplexnímu rozpadu osobnosti.

Mezi další projevy demence patří konfabulace, neustálé opakování dotazů, lpění na banalitách a nezájem o důležité věci v důsledku neschopnosti selektování informací, oploštění emocí, nesrozumitelnost projevů vůči okolí, nejistota a úzkostnost, ztráta zábran, agresivita, neuvědomování si následků svých činů apod.

- Delirium nasedající na demenci má velmi náhlý začátek, přičemž u geriatrických pacientů mívá i přes léčbu vysokou mortalitu. Na rozdíl od amnestického syndromu (zhoršení dlouhodobé paměti) je delirium organickou duševní poruchou, která je nejčastěji spojená s úrazem, nemocí či jiným poškozením mozku. S deliriem souvisí poruchy myšlení, bludy, celková dezorientace, lucidita apod., přičemž na něj bývá buď částečná, nebo celková ztráta paměti. Bývá často neléčené, což může vyvolat i somatické problémy jako např. nauzeu, průjem či tachykardii. Léčba probíhá pomocí medikace, doplněním tekutin či kauzální terapií.

Pokorná (2010) navazuje na výše zmíněné problémy s ohledem na oblast komunikace.

Uvádí některé proměnné, které kvalitu výměny informací výrazně ovlivňují:

- fyzické (např. smyslové poruchy) či psychické (úzkostnost, náladovost,...) změny,
- změny poznávacích a psychosociálních schopností a dovedností,

- schopnost seniorů přijímat a produkovat sdělovaný obsah a porozumět mu (potíže se sluchem, zhoršené vybavování slov, dehydratace, apod.). I při čtení mnohdy dochází k podvědomému přeskokování některých slov, čímž může být obsah pozměněn a zkreslen a navíc musí být text čten i několikrát – jedná se o tzv. riskantní strategii čtení.

### 1.3 Senior a domácí péče

„Pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity nebo jinak řečeno, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje. Sociální situace, do níž se rodina dostává a v níž se rozhoduje pro pomoc starému členu rodiny, který se o sebe nemůže postarat sám, je emocionálně vypjatá a často vyžaduje rozhodování i přizpůsobování situace péči. Sociální soudržnost pečující rodiny je zároveň podmínkou péče o starého člověka v rodině i výsledkem takové rodinné péče.“

<sup>8)</sup> (Jeřábek, 2005, s. 7)

Kasalová (1992) vychází z výzkumu z roku 1988, kdy bylo zjištěno, že domácí péče byla z velké části zajišťována státními organizacemi, ale jejich kapacita je velmi nedostatečná, zvláště o víkendech. Nejfrekventovanější služby (např. pomoc při osobní hygieně, zdravotnické ošetření nebo dokonce odos uhlí domů) byly zajišťovány zdarma a to i lidem s vysokými příjmy. Další služby byly již hrazené, ovšem v tomto případě senioři předpokládali, že se o ně postará rodina, jelikož tomu tak bylo v době jejich dětství. Na to ovšem jejich potomci nebyli připraveni po finanční i bytové stránce, také se nechtěli vzdát své práce.

Toto potvrzuje i Dlabalová: „Durkheim konstatoval, že v průběhu modernizace se základní rodina stala v souvislosti s nuklearizací méně závislou na širší rodině. Zároveň se ale stala více závislou na státu, neboť stát převzal některé z jejich funkcí, např. funkci výchovnou a péči o nemocné.“<sup>9)</sup> (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 75)

Výzkum, ze kterého vychází Kasalová, také poukázal na to, že více ochotny pečovat o své rodiče byly spíše dcery, obzvláště ty, které bydlely na vesnicích či měly nižší vzdělání. Ve většině případů se však jednalo o ženy, které již byly samy v důchodovém věku a mnohdy také nemocné. S tímto se shoduje také Jeřábek: „rodinou péči o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka anebo děti a jejich partneři. Přitom osobní péči v největším počtu případů anebo největším dílem zabezpečují ženy, tj. manželky, dcery, nebo snachy.“<sup>10)</sup> (Kasalová, 1992, s. 13)

Jeřábek popisuje nesourodost ve spolupráci sociálního a zdravotnického systému, který dosud panuje v zařízeních poskytujících pobytové služby, což dle jeho názoru seniora výrazně znevýhodňuje před péčí poskytovanou doma. „Tento typ péče má také pozitivní vliv na psychiku příjemce péče, na kterou u domácí péče bezprostředně a příznivě působí samo domácí prostředí, přítomnost blízkých osob, což buď přímo ovlivňuje stav imunitního systému opečovávaného a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování, nebo zmírňuje negativní vliv doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění.“<sup>11)</sup> (Jeřábek, 2005, s. 33- 34)

Zdůrazňuje, že domácí péči nemusí poskytovat pouze rodinní příslušníci, ale lze využít terénní profesionální asistenci nebo respitní služby (služby odlehčovacího typu, nejčastěji poskytované dobrovolníky či profesionály za účelem zajištění nezbytného odpočinku pečujícím osobám a pokrytí krátké doby jejich nepřítomnosti - Česká alzheimerská společnost poskytuje např. tyto služby až v rozsahu dvaceti hodin týdně - [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)).

Péči o seniora dělí Jeřábek dále na tři různé okruhy:

- podpůrnou péči v oblasti financí, dopravy, jednání na úřadech apod.,
- neosobní péči týkající se péče o domácnost, nákupů aj.,
- osobní péči, která je již velmi fyzicky, časově a psychicky náročná svým spojením s intimní péčí a monotónností bez pozitivních výsledků.

„Významnou vlastností osobní péče o starého člověka je, že musí být poskytována cyklicky, opakovaně, prakticky pořád, a že je na tuto péči starý člověk odkázán, že je na ni závislý. Tento neustálý pocit odpovědnosti je významným momentem působícím na



pečující osobu. Jedná se patrně o nejvíc zatěžující aspekt osobní péče o osobu blízkou, ať již je to starý člověk nebo jiný opečovávaný člen rodiny.“<sup>12)</sup> (Jeřábek, 2005, s. 13)

Také Klevetová a Dlabalová vidí v péči o starého člověka velmi náročnou činnost. „Úlohou společnosti je motivovat rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně. Dalším úkolem společnosti je současné vytvoření dostatečného spektra i kapacity sociálních služeb, které by pomáhaly rodině tuto funkci splnit.“<sup>13)</sup> (Klevetová, Dlabalová, 2006, s. 82)

Jeřábek (2005) popisuje charakteristiky péče o staré lidi v rámci rodiny takto:

- emotivnost a napětí,
- vzájemná závislost mezi pečujícím a příjemcem péče,
- izolující charakter,
- specifčnost práce, jelikož jde v podstatě vidět jen tehdy, když není udělaná, čímž dojde ke zhoršení stavu seniora.

„Pečujeme - li o dítě, vidíme den ode dne probíhat proces, jehož podstatou je postupné, ale stále výraznější osamostatňování se. Jestliže pečujeme o starého rodiče, jsme svědky soustavného růstu závislosti, z níž mnohdy není úniku.“<sup>14)</sup> (Jeřábek, 2005, s. 61)

Rodina se musí vyrovnávat s mnoha rozporuplnými pocity - radost a pocit naplnění z drobných pokroků a také láska k rodičům, pocit z „vrácení dluhu“. Oproti tomu stojí zloba na seniora kvůli zhoršování jeho stavu (proč už mě nepoznává?), strach z umírání a také šok z obrácení rolí (já se teď musím starat o tebe). (Pichaud, 1998)

Klevetová a Dlabalová mimo jiné vychází i z Haškovcové při popisu toho, co musí rodiny pečující o seniora v domácím prostředí splňovat:

- musí být schopna pečovat – zajištění po fyzických, časových, sociálních, finančních, psychických a bytových podmínkách,
- musí chtít pečovat – tedy hledat nové možnosti a řešení,
- musí umět pečovat – znát potřebné informace, mít kompetentní dovednosti.

„Bezprostřední každodenní generační soužití se neosvědčuje, je obtížné zabránit generačním střetům, jež pak etické klady soužití znehodnocují. Uvolněním tradičních rodinných vazeb, upevnění postavení ženy v rodině a změnou autority otce došlo k prohloubení názorových rozdíků mezi generacemi – na svět, rodinu, hodnotový systém, společnost a další aspekty lidského života. Dochází k citovému oslabení a v důsledku toho vážně důvěrnější komunikace mezi generacemi v rámci rodiny.“<sup>15)</sup> (Klevetová, Dlabalová, 2006, s. 81)

Se změnou klimatu v rodinách souhlasí i Jeřábek (2005), poukazuje mimo jiné na problém budoucích seniorů – v současné době je čím dál více svobodných a bezdětných lidí, o které se mimo pobytová zařízení nebude mít kdo postarat. Dále je neustále více lidí, kteří nežijí se svou rodinou např. z důvodu upřednostňování kariéry, a také dochází ke stárnutí populace.

Jeřábek zdůrazňuje, že na samotné rozhodnutí, zda bude péče seniorovi poskytována v domácím prostředí, má velký vliv několik faktorů jako např.:

- názor partnera a jeho ochota respektovat budoucí omezení,
- ochota sourozenců, příp. dalších členů rodiny participovat na péči a vzájemně se podporovat ve všech oblastech,
- nepřímé podmínky – pohlaví potomka i rodiče, bytová a rodinná situace (vlastní děti, péče o jiného člena rodiny aj.).

Klevetová a Dlabalová (2008) dodávají, že důležitým prvkem v péči o seniora v domácím prostředí je konkrétní typ mezigeneračního soužití:

- rovnocenné neboli realistické soužití je ideálním typem, neboť se jedná o soužití vyvážených osobností, kde převládá pohoda a vzájemný respekt,
- liberální neboli volné soužití – v podstatě si každý člen rodiny dělá, co chce a vlivem tohoto dochází k rozvolnění emočních vazeb, je zde patrná absence respektu a neuvědomování si svých povinností vůči ostatním členům rodiny,
- podbíživé soužití – v této formě soužití je zřejmé „kupování si“ lásky a bezmoc starší generace vůči mladší. Lze zde vnímat obavu starších členů z ponechání napospas osudu,

- nesmiřitelné soužití – vzájemný kontakt mezi generacemi není možný, jelikož zde převažují na obou stranách negativní, sobecká a nemorální stanoviska vůči tomu druhému,
- vynucené soužití – přestože se jedná vždy o nedobrovolné soužití, neznamená to nutně negativní klima. Může se to týkat například časově omezeného soužití prarodičů se zbytkem rodiny kvůli zhoršení jejich zdravotního stavu,
- vychytralé soužití – členové mladší generace vědomě využívají péče o další členy rodiny nejčastěji s vidinou zisku.

Jeřábek (2005) jmenuje největší problémy související s osobní péčí o seniory:

- nově vyvstalé či zhoršující se zdravotní a psychické problémy pečujících,
- izolovanost pečujících a nižší sociální status,
- „slepota“ státních orgánů a obcí ke skutečným potřebám jak pečujících, tak příjemců péče,
- pocit viny a výčitky spojené s finálním rozhodnutím o umístění seniora do pobytového zařízení kvůli neúnosnosti péče,
- nedostatečná finanční podpora,
- nedostatek podpůrných aktivit – např. odlehčovací (respitní) péče,
- finanční náročnost kurzů a dalšího vzdělávání, které je nezbytné pro správné poskytování péče,
- posílení negativních emocí, které ve vztahu byly již před nastalou závislostí jedné strany na druhé,
- vliv situace na samotného seniora, který může péči vědomě i podvědomě odmítat, ať už ze studu či ze strachu.

I z těchto důvodů byla v roce 1991 v Irsku sepsána Charta práv pečujících osob, ve které bylo jmenováno šestnáct návrhů na zákonná opatření, mezi kterými byla např. finanční pomoc, respitní služby, trénink dovedností, společenské uznání, spoluzodpovědnost za péči od dalších členů rodiny apod.

## 1.4 Senior a sociální zařízení poskytující pobytovou službu

Malíková vyjmenovává všechny typy sociálních služeb, ovšem zde jsou uvedeny definice pouze následujících dvou:

- „Domovy pro seniory – Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své schopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvat ve svém přirozeném prostředí.
- Domovy se zvláštním režimem – Jedná se o další pobytovou službu s celoročním provozem. Tato služba je obdobná jako domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory. Odlišnost těchto zařízení spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňující zvláštní potřeby osob s duševními nemocemi a osob závislých na návykových látkách. Řada pobytových sociálních zařízení má část lůžkové kapacity vyčleněnou pro domov pro seniory a část uzpůsobenou pro domov se zvláštním režimem. V jednom pobytovém zařízení jsou tak k dispozici dva druhy pobytových služeb.“<sup>16)</sup>  
(Malíková, 2011, s. 45- 46)

Haškovcová (2010) popisuje historii péče o seniory jako postupné předávání zodpovědnosti z rodiny na charitu (církve), obec a poté i na stát.

První ochranný zákon byl vydán v roce 1504 v Anglii, což mělo za následek vybírání poplatků na podporu starých lidí.

Jeřábek (2005) doplňuje, že církve a příp. i feudálové poskytovali služby pouze pro velmi chudé obyvatele, ovšem bez jakéhokoli právního nároku. Od osmnáctého století převzaly obce zařízení určená mimo jiné i pro seniory a otevřela je pro všechny potřebné občany.

Haškovcová (2010) ještě dodává, že v devatenáctém a dvacátém století probíhalo postupné zakládání starobinců a penzionů pro staré dámy a pány. V roce 1913 byl založen Thomayerův dům – Nový domov v Trhanově, což byl sociální dům pro nemocné, nezaopatřené a stářím sešlé.

Skutečný rozvoj přišel až ve druhé polovině dvacátého století (po druhé světové válce), což popisuje Payne (2007). Došlo k zaměření odborné veřejnosti na tuto problematiku, zmodernizovalo se pojetí hospiců, přičemž byl důraz kladen na odborný přístup obzvláště v ošetrovatelství a zdravotnické a komunitní skupiny v hospicích i mimo ně. Postupně se začala rozvíjet odborná terminologie, což umožnilo specifikaci poskytovaných služeb a kompetencí, rozdělení ošetrovatelských funkcí s ohledem na odbornější specifikaci a poskytování klinických a poradenských služeb.

Haškovcová (2010) dále reflektuje situaci po druhé světové válce a za socialismu, kdy bylo u nás 296 domovů důchodců pro 27 302 seniorů (r. 1959). V této době bylo trendem umístování seniorů do institucí převážně kvůli jejich špatnému ekonomickému zázemí. Domovy důchodců byly veřejnosti podávány jako forma zasloužilého odpočinku s jistým finančním kapesným. Toto se ovšem po čase změnilo, senioři již neměli tak výraznou finanční nouzi a tato zařízení přestala být ideálním prostředím – převládala potřeba žít doma a neztratit své soukromí. Lidé si začali vybírat mezi svým domovem, kde na ně spadá mnoho povinností a nákladů, a prostředím, kde sice většina povinností odpadá, ovšem za cenu mnohdy nevyhovujících ubytovacích a hygienických podmínek. Jako příklad uvádí Haškovcová statistiky z roku 1984, kdy spadalo na 1 umyvadlo 3, 67 lidí, na 1 WC 6, 54 lidí a na jednu vanu dokonce 9, 33 osob.

Také Kasalová (1992) poukazuje na vliv režimu - jelikož stát převzal za péči o seniory celkovou zodpovědnost, u ostatních členů rodiny postupně zmizela jakási vnitřní zodpovědnost. Začala se zakládat zařízení pro seniory, kteří sice zvládali péči o svou osobu, ale považovali to za možnost žít se svými vrstevníky. Postupně se však do těchto zařízení umísťovali klienti s čím dál horším zdravotním stavem, toto ovšem nemělo žádný vliv na skladbu personálu, popř. na jejich znalosti a dovednosti. Další chybu vidí Kasalová v tom, že si stát v době, kdy vytvářel nová pobytová zařízení i terénní služby neuvědomil, že klienti těchto institucí jsou lidé, kteří zažili Rakousko – uherskou monarchii, první světovou válku, první republiku, druhou světovou válku a dále i socialismus. Jejich potřeby a zvyklosti byly tedy natolik specifické, že se jim měla věnovat zvýšená pozornost, k čemuž však bohužel nedošlo.

Navíc byl stát současně subjekt, který vyplácel důchody a další dávky, a současně zřizovatelem těchto pobytových zařízení, takže motivace něco zlepšit byla minimální.

Haškovcová (2010) dále podotýká, že v osmdesátých letech byl fenomén 4D, což ve zkratce znamenalo deinstitucionalizaci, demedicinalizaci, deprofesionalizaci a deresortizaci. Po revoluci se ovšem situace příliš nezměnila, naopak nastoupil syndrom tzv. poslední štace, kdy se domovy důchodců braly jako místo, kde člověk odchází zemřít. Tomuto nepomáhali ani rodinní příslušníci, jelikož si špatně zadaptované klienty brali často kvůli výčitkám např. na svátky domů, čímž situaci ještě zhoršovali a způsobovali translokační šok.

K špatnému zadaptování přispívalo podle Schimmerlingové (1972) i „obelhávání“ ze strany rodiny, jelikož (byť třeba v dobrém úmyslu) seniorům často slibovali, že umístění v zařízení je pouze krátkodobá záležitost, že jsou to v podstatě lázně apod., což poté, co vyšla pravda najevo, vyvolalo u seniora zlobu, rozrušení a zmatenost - celá adaptace, která byla postavena na lži, byla zbytečná a muselo se začít znovu, čímž byl seniorovi způsoben další stres.

Kasalová (1992) situaci po revoluci popisuje jako velký šok pro všechny občany hlavně z toho důvodu, že se najednou po jednotlivcích chtěla osobní zodpovědnost za zdraví, finance i zajištění na stáří. Péče byla poskytována dvěma ministerstvy (Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví), přičemž každé z těchto ministerstev mělo zajištěnou péči o seniora v domácím prostředí i pobytových službách, ovšem vzhledem k rozdílnému pohledu byla jejich spolupráce minimální.

S tímto názorem se ztotožňuje i Havrdová (2010) a odkazuje se také na Haškovcovou s tím, že: „v prostředí sociálních služeb se setkávají nejméně dvě dominantní profesní tradice s vlastními akcenty a prioritami. Jedna vyrůstá z medicíny, její historie a hodnot v přístupech k člověku, druhá ze sociální práce jako profese s vlastním odborným diskursem a prioritami.“<sup>17)</sup> (Havrdová a kol., 2010, s. 43).

Toto však mnohdy vede ke střetům mezi těmito přístupy, přičemž uprostřed se nachází právě senior – uživatel, který je vydán svým způsobem „napospas“ vítězným straně.

Také Rheinwaldová (1999) se zaměřuje na rozpory mezi sociálním a zdravotním modelem. Podle ní nadále trvá ve většině zařízení zdravotnický model, kdy pracovnice v sociálních službách pečují hlavně o biologické potřeby seniora, nikoliv o duchovní či

sociální. Vidí sice posun v tomto zaměření, kdy organizace přechází na sociální model, nebo se alespoň orientují na aktivizaci seniorů, individuální přístup apod., ovšem tato zařízení se jako nezdravotnická často potýkají s nedostatkem financí na tyto aktivity.

Haškovcová (2010) vidí rozdíl v poskytování péče nejen v přesunutí zodpovědnosti za tuto otázku z roviny státu na kraje a obce, ale i v transformaci domovů důchodců na domovy pro seniory, ve kterých kromě zdravotní péče, ubytování a stravy začaly být poskytovány i další úkony, aktivizační činnosti či psychoterapeutické prvky, a také ve zrušení či přeměně tzv. penzionů pro seniory.

S tím souvisí i postřeh Havrdové (2010), že touto přeměnou došlo ke změně spektra obyvatel (nově uživatelů služby). Původní uživatelé byli z větší části soběstační, což ovšem neplatilo o nově nastoupivších, kterým na základě toho byla věnována zvýšená pozornost ze strany personálu. Toto často vedlo původní obyvatele k pocitu, že i oni si zaslouží tuto intenzivní péči, jelikož si za to přece platí, a žádali po pracovnících, aby za ně vykonávali i ty úkony, které běžně zvládali zcela samostatně - došlo tedy k jakémusi zpohodlnění a dobrovolné pasivitě.

Toto mnohdy ale způsobilo jisté konflikty, pocity zneužívání na straně zaměstnanců a pocit opomíjení na straně klientů, čemuž se ovšem nelze divit, jelikož (jak uvádí Haškovcová) např. v roce 2009 připadalo na jednu „pečovatelku“ (pracovníci v sociálních službách) tři až patnáct uživatelů, a proto byla péče poskytována více méně v zákonem daných limitech bez nějakých tendencí směřujících k nadstandardu.

Podle Jeřábka (2005) došlo po revoluci k větší rozmanitosti poskytovatelů pobytových služeb. Dnes nabízejí tyto služby nejen státní zařízení, ale také soukromá, nezisková či ryze obecní a krajská. Všechna musí mít akreditaci, být registrována a jsou svým zadavatelem pravidelně kontrolována.

Malíková (2011) považuje za zlomový bod hlavně zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, platný od 1. 1. 2007, který se inspiroval západním modelem a mimo deinstitucionalizaci se zasloužil o alespoň trochu jasné podmínky pro poskytování těchto služeb.

Jeho posláním je:

- „chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami, a to z důvodu určitého omezení (např. věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné prostředí, krizová životní situace aj.).
- vytvořit právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé životní situaci.
- vymežit práva a povinnosti jednotlivců, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb.
- stanovit podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.“<sup>18)</sup> (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Malíková (2011) také definuje vztah tohoto zákona k problematice péče o seniory:

- stanovuje podmínky poskytování sociálních služeb seniorům,
- určuje, kdo může být zřizovatelem a jaké mohou být použity způsoby financování,
- vymezuje, kdo může být poskytovatelem a jaké jsou jeho povinnosti včetně minimálního rozsahu služeb, které musí v rámci svého zařízení, poskytovat,
- ohraničuje druhy sociálních služeb určených pro seniory, jaké jsou postupy pro podávání žádosti o tyto služby a smluvní podmínky jejich využívání,
- stanovuje stupně závislosti a jejich charakteristiky, včetně výše příspěvku na péči, podmínek pro jeho získání a pravidel nakládání s ním,
- definuje také způsoby kontroly poskytování sociálních služeb, personální zajištění a následné vzdělávání zaměstnanců.

Také Jeřábek (2005) považuje obsah zákona za důležitý pro zajištění standardní péče: „Bez vytyčení rozsahu a kvalit péče, kterou společnost považuje za adekvátní, bez definice minimálních standardů či stanovení výčtu poskytovaných (a garantovaných) služeb, a bez určení způsobu jejich financování (včetně stanovení výše plateb od příjemce/ rodiny příjemce) se nemohou mechanismy institucionálně poskytované péče plně rozvinout.“<sup>19)</sup> (Jeřábek, 2005, s. 77)



## 2 Etické problémy a jejich příčiny

Etických problémů vyvstává při péči o seniory (a obzvláště v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby) mnoho. Marlis Pörtnerová (2009) vychází z koncepce „brát vážně, věřit a chápat“ a poukazuje na to, že se při péči nejen o seniory nemá vycházet z názorů, že jsou lidé jiní než by měli být (že se jinak chovají a říkají nevhodné věci), ale mělo by se pracovat s tím, jací skutečně jsou – přiměřeně vycházet z reálných možností, což v konečném důsledku zlepší vzájemnou spolupráci i zamezí oboustranným negativním pocitům. Pokud totiž budeme na uživatele klást zvýšené nároky, na které z objektivního hlediska nebudou stačit, jejich snaha po čase zcela vymizí, a to i v oblastech, které dříve zvládali samostatně.

Pokorná udává, že „mezi základní proměnné ve vztahu k poskytovateli péče patří:

- stereotypizování a negativní předpoklady neboli předsudky ve vztahu k příjemci péče;
- vzdělání poskytovatelů péče;
- uspokojování z vlastní práce, pracovní motivace a vztahy na pracovišti.“<sup>20)</sup>  
(Pokorná, 2010, s. 40)

Hlavní zdroje vzniku etických problémů vyjmenovává např. Venglářová (2007):

- vzájemné sympatie či antipatie mezi pečovatelem a seniorem, způsobené složitým navazováním vztahů – obzvláště během adaptace - odmítáním péče nebo naopak neopodstatněně zvýšenou závislostí, či třeba nevhodným chováním;
- střety mezi profesionálním přístupem pečovatele a mnohdy nereálnými požadavky uživatele či jeho rodinných příslušníků;
- spasitelský komplex pečovatelů, kteří mají silný pocit povinnosti pomáhat druhým a naopak budování závislosti uživatele na službě (ať už senior sám manipuluje se svým okolím nebo pečovatel o seniora přehnaně pečuje, aniž by to bylo nezbytné);
- velké množství stresorů a frustračních faktorů na obou stranách.

Jůn (2010) dodává ještě několik personálem často nevědomě vyvolaných problémů:

- Efekt pořadí
  - nový zaměstnanec je ovlivněn názory původních pracovníků na uživatele, po čase je převezme za své a řídí se jimi.
  - s novým uživatelem přichází mnohdy i dokumentace z předchozího zařízení (např. z domu sociálních služeb), ve kterém je popisována jeho sociální a zdravotní anamnéza. Je – li zde zapsána byť jen jedna negativní událost, nejednou tento záznam silně ovlivní první dojem, jakým uživatel na pracovníky zapůsobí.
  
- Chyba atribuce – personál přisuzuje příčiny chování, aniž by znal celou situaci – „udělal to, protože takový prostě je“ – neřešíme zde vnější okolnosti.

Pörtnerová mimo jiné představuje několik zásad pro každodenní praxi – pro příklad:

- naslouchat,
- brát druhého člověka vážně,
- nepodléhat předsudkům,
- poskytovat opěrné body pro samostatné jednání,
- podávat jasné informace,
- umožňovat zkušenosti,
- povzbuzovat aj.

## 2.1 Ageismus a diskriminace

Vidovićová ve svém článku uvádí, že pojem ageismus (age = angl. věk, stáří) byl poprvé použit v roce 1968 a (citující Butlera) popisuje, že se ve své podstatě jedná o „proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří (...). Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech (...). Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samotných, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi (...). Ageismus je manifestován širokým spektrem fenoménů

jak na individuální, tak na institucionální úrovni: stereotypy a mýty, otevřené opovržení a averze nebo jednoduše vyhýbání se kontaktu, diskriminační praktiky v bydlení, v zaměstnání a službách všeho druhu, přídomky, kreslené seriály a vtipy. Někdy se ageismus stává účelnou metodou, jakou společnost propaguje pohledy na starší osoby, s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim. Jindy ageismus slouží jako vysoce osobní objektiv chránící osoby mladší (obvykle ve středních letech) – často za vysokou emocionální cenu – před přemýšlením o věcech, kterých se bojí (stárnutí, nemoc, smrt)<sup>21)</sup> (Vidovičová, 2011, s. 22)

Dále autorka popisuje: „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku anebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/ generaci.“<sup>22)</sup> (Vidovičová, 2008, s. 113)

Malíková (2011) vnímá ageismus jako projev odklonu od náboženských i rodinných tradic a ekonomické situace k západnímu myšlení, což vede k nedocení stáří, jeho devalvaci, ignoraci, ponižování či zesměšňování. Problémem je, že s věkovou diskriminací se setkáváme u stále mladších jedinců – zdaleka se to nemusí týkat jen seniorů, ale mnohdy vnímají diskriminaci již např. padesátníci na trhu práce či naopak velmi mladí uchazeči o prestižní funkci. Důraz je kladen na flexibilitu, rychlost učení a výkonnost, oproti tomu zkušenosti, rozvaha, pokora a loajalita bývá v pozadí zájmu zaměstnavatele.

Vidovičová (2011) také vychází z Kalishe, který užívá termín „nový ageismus“, kde sice i nadále dochází ke střetům vnímání mezi generacemi, ale ageismus samotný již nemusí mít ryze negativní rozměr – cílem je mnohdy ochrana, i když někdy naprosto nevhodná či neúměrná. Tomu se může říkat i tzv. benevolentní ageismus – ten spočívá v jistém ochranném postoji vůči starší věkové skupině, u které se předpokládá, že je důvěřivější a nedokáže se o sebe ani postarat, ani rozhodovat.

Sýkorová ještě dodává pojem „strukturální ageismus, který vyplývá ze silného spojení ekonomické produktivity a sociálního statusu.“<sup>23)</sup> (Sýkorová, 2007, s. 50), což v podstatě znamená, že ztrátou možnosti pracovat mají senioři náhle automaticky nízkou prestiž, aniž by to mohli nějak změnit.

Ageismus lze podle Vidovičové chápat ve třech hlavních rovinách:

- „individuální (mikrosociální),
  - mezosociální (na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí, firem aj.) a
  - makrosociální (legislativní úpravy, ageismus vlastní strukturám)“<sup>24)</sup>
- (Vidovičová, 2008, s. 112)

Malíková (2011) nabízí několik možných zdrojů ageismu:

- Strach ze smrti - lidé vnímají stáří téměř jako synonymum pro blízkou smrt.
- Společnost klade důraz na mládí a krásu, veřejnost se orientuje na vzhled a senioři na toto sami dobrovolně přistupují – často zanedbávají svůj zevnějšek, aniž by jim v péči o sebe něco bránilo, mají nízké sebevědomí či pronášejí sebedegradující výroky.
- Velký význam má i ekonomický potenciál a produktivita. Zde se vyskytuje výrazný paradox - neproduktivitu a jakési finanční břemeno např. u dětí bere společnost jako samozřejmost, jelikož „je to ještě čeká“, zapomíná se, že senioři produktivní již byli a svůj díl společnosti odevzdali.
- Diskriminující obrázek vnímání seniorů posilují média, ale nevědomky i někteří odborníci, paušalizuje se a také výzkumy jsou brány ve své podstatě jednostranně – zaměřují se v naprosté většině případů pouze na seniory v institucích.

Na poslední důvod navazuje i Sýkorová, která uvádí, že: „medicínská a psychologická literatura zprostředkovává obraz stáří spojený se ztrátou síly, energie, s chronickými nemocemi, postupným oslabováním osobní kontroly a odpovědnosti a nakonec s inkontinencí, senilitou a ztrátou sebeúcty, důstojnosti.“<sup>24)</sup> (Sýkorová, 2007, s. 52)

K těmto důvodům přidává Vidovičová (2008) také přirozené rozdělování našeho okolí na „in - group a out – group“, tedy „my a oni“, s přidáváním takových charakteristik, které se nám zdají v porovnání s námi zcela očividné, a také kulturních zdrojů ageismu, mezi které patří např. humor, jazyk či literatura aj.

S ageismem podle této autorky souvisí i čtyři hlavní paradigmatata, která se používají v sociologii věku:

- Paradigma věku – „dochází tak k vytvoření rozdílů mezi věkovými vrstvami, co se týče počtu a typu disponibilních rolí a očekávání. Prostředky a sankce s těmito rolemi spojené a s nimi asociované příležitosti či výhody produkují nerovnosti, protože různé role jsou ve společnosti různě ceněny a odměňovány, ať již prestiží, nebo materiálními výhodami.“<sup>25)</sup> (Vidovičová, 2008, s. 109)
- Paradigma politické ekonomie stárnutí – definují vzájemné vztahy ekonomiky, politiky a ideologických koncepcí, avšak nevnímají již individuální opodstatnění daného jevu (např. fyzická a duševní stránka).
- Paradigma socialisticko – feministické – průběh stáří ovlivňuje mimo jiné gender, etnicita či třída bez ohledu na vztahy mezi věkovými kohortami
- Paradigma obsahové a přístupové diverzity – vychází ze stejných principů jako předchozí paradigma, ovšem s tím rozdílem, že je zde kladen důraz na mocenské vztahy mezi generacemi.

Malíková (2011) si všímá paradoxů ve vnímání „starých a mladých“:

- mladí mají právo na chyby;
- mladí mohou zapomínat;
- mladí se mohou chovat popudlivě nebo nepříjemně;
- mladí smí veřejně mluvit o své sexualitě;
- mladí si mohou stěžovat na svůj zdravotní stav.

Kalvach a Onderková se domnívají, že: „k hlavním ageistickým projevům patří podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí. Je třeba zdůraznit, že přes různé involuční změny se osobnost a osobitost starého člověka bez přítomnosti závažné choroby zásadně nemění. Proto je také třeba respektovat osobnost starého člověka při poskytování zdravotnických a sociálních služeb. Rovněž koncept života zůstává zachován do pokročilého stáří. Tomu by měla odpovídat podpora životní kontinuity, která se dá vyjádřit větou: „Stále jsem to já“ (já i ve stáří, i v nemoci i s ohroženou soběstačností – „Prosím, respektujte mne takového,

chovejte se tak ke mně, pomozte mi zůstat takovým“).“<sup>26)</sup> (Kalvach, Onderková, 2006, s. 11)

Jako častý příklad diskriminace seniorů na základě věku, kterému se mnohdy ani nevěnuje pozornost, je podle Pokorné (2010) tzv. elderspeak. Ti, kdo jej používají, jsou obvykle přesvědčeni, že se jedná o prostředek usnadňující výměnu informací, příp. metody elderspeaku využívají zcela nevědomky, aniž by si uvědomili, že je zde reálné riziko zneužití tohoto způsobu komunikace a devalvace schopností seniora.

Zde je přehled některých hlavních znaků elderspeaku:

- Neverbální komunikace:
  - nadměrná mimika,
  - neudržování očního kontaktu,
  - omezení haptiky,
  - nedodržování optimální vzdálenosti v rámci proxemiky.
  
- Paralingvistické projevy:
  - zvýšený tón hlasu,
  - zpomalené tempo řeči.
  
- Verbální komunikace:
  - používání zdvořilých a infantilních výrazů,
  - oslovování přezdívkou nebo nezohlednění přání seniora na způsob oslovení,
  - disjunktivní otázky, u kterých již na začátku podsouváme odpověď – „že ano?“,
  - používání množného čísla při oslovení, i když se to zřetelně týká jen jedné osoby – např. zvedneme ruce, umyjeme si vlasy.

## 2.2 Násilí na seniorech

WHO (World Healthy Organization neboli Světová zdravotnická organizace) používá následující obecné vymezení pro násilí: „záměrné použití fyzické síly nebo moci, hrozící nebo aktuální, proti sobě samému, proti jiné osobě nebo proti skupině či komunitě, které vede nebo vysoce pravděpodobně povede k poranění, psychickému poškození, porušenému vývoji, nebo deprivaci.“<sup>27)</sup> (Malíková, 2011, s. 277)

Násilí na seniorech je stále velmi tabuizované téma, kterému je v médiích, ale i odborných statích věnováno bohužel jen minimum pozornosti. Kalvach a Onderková uvádí v případě týrání seniorů tuto definici: „závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi, různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbávání péče se shrnují pod anglickým označením Elder Abuse and Neglect – EAN.“<sup>28)</sup> (Kalvach, Onderková, 2006, s. 30)

ZDN (Zdravotnické noviny) používají také další označení – GAN – Geront Abuse and Neglect syndrom.

EAN v sobě skrývá jak tělesné a psychické týrání, tak také ekonomické a sexuální, a dále i nevhodné zacházení či zanedbávání.

Autoři článku s názvem Etika versus týrání, zanedbávání seniorů dodávají, že „týrání naplňuje podstatu trestného činu svěřené osoby. Často jsou rozhodujícím faktorem týrání povahové rysy, duševní stav a odborné znalosti osoby, která pro seniora pracuje nebo se o něj stará, na níž je starší člověk závislý, jakož i duševní a fyzický stav odkázaného staršího člověka.“<sup>29)</sup> (www.zdn.cz)

Dále dělí týrání starých lidí na:

- Obtěžování – jedná se o určitou formu vtíravého chování, které je opakované a prováděné za účelem zisku např. finančních prostředků. Velmi často bývá v rodině, ale také např. v pobytových zařízeních. Obtěžování se dále dělí na:
  - Emocionální – např. zesměšňování z důvodu věku nebo zdravotního stavu či hrozby a devalvace;
  - Fyzické – mnohdy může být v rodině tato forma považována za běžné chování či způsob komunikace, např. postrkování, pohlavky či facky;

- Sexuální – může souviset s gerontofilními sklony či absencí věkově přijatelnějšího sexuálního objektu, toto sexuální chování však musí být jednostranně nedobrovolné.
- Zanedbávání – nesplnění povinností pečujícího vůči příjemci péče (ať už úmyslné či neúmyslné – zapomenutí). Dělí se následovně:
  - Pasivní forma – pečující osoba více méně bez záměru zanedbává dohled nad seniorem, což má ovšem také vliv na zdravotní i psychický stav starého člověka;
  - Aktivní forma – vědomé, záměrné a opakované jednání, časté je odpírání základních potřeb člověka – stravy, léků, tekutin, tepla, ale i možností volného pohybu a hygieny;
  - Haškovcová (2010) k tomuto přidává tzv. Diogénův syndrom – což je forma zanedbávání, při které o sebe přestává pečovat sám senior, ovšem ne z důvodu psychického či fyzického omezení, ale kvůli ztrátě motivace. Toto sebezanedbávání může probíhat např. dobrovolnou izolací či naopak okázalým utrácením všech finančních prostředků, čímž seniorovi už nezbudou finance pro svou osobní potřebu (oblečení, hygienické prostředky aj.).
- Vykořisťování a zneužívání – u obojího dochází ke zneužívání závislosti seniora a vlivu pečující osoby (často rodinný příslušník nebo opatrovník či pečovatel) pro vlastní obohacení a zisk jistých privilegií. S tím také souvisí citová manipulace vedoucí k finančnímu zisku (např. podbízivé jednání, pomlouvání ostatních či naopak zadržování osobních dokladů a vydírání odchodem a přerušením kontaktů)

Nejčastějším objektem bývají podle Kovala (2006) vdovy mezi sedmdesáti a osmdesáti lety, důchodci s výrazně nižšími příjmy, senior žijící ve společné domácnosti, pacienti v léčebnách dlouhodobě nemocných apod.

Podle studie z roku 2005, kterou provedla Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity je odhadováno, že obětmi nejrůznějších forem násilí může být až 400 000 seniorů.



Legislativně jsou týrání a další formy zneužívání seniora řešeny v Zákonu o přestupcích (č. 200/1990 Sb., § 49) nebo v Trestním zákonu (č. 140/1961 Sb., § 168, 215, 221, 223, 231 a 235).

Kalvach a Onderková (2006) předkládají některé z hlavních rizikových faktorů – jedná se např. o patologičnost osobnosti pečujícího člověka, jeho pracovní a emocionální přetížení (mnohdy ve spojení se syndromem vyhoření), vysokou závislost seniora kvůli fyzickým i psychickým omezením, nedostatečnou vzdělanost pečovatele a všeobecnou tabuizovanost problému se syndromem EAN.

Haškovcová (2010) vidí riziko i v důvěřivosti některých seniorů a následném zapírání ze studu, že byli např. podvedeni. Dalším nebezpečím je také strach starých lidí se vůči týrání postavit – ať už kvůli obavě z pomsty (např. od dalších pracovníků v zařízení) či z nechuti udat některého člena vlastní rodiny.

Prokazatelnější je díky jisté formě dohledu rodinných příslušníků, inspekcím a dalším faktorům pravděpodobně týrání seniorů v zařízení, i z toho důvodu se mu věnuje více autorů než násilí v domácím prostředí. Matoušek například uvádí: „je prokázáno, že lékař, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci věnují daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují nebo komunikují jen s obtížemi – nemluví s nimi, nereagují na jejich neverbální projevy, neptají se jich, nesnaží se naslouchat, hovoří o nich v jejich přítomnosti, chovají se tak, jako by tito lidé byli hluší.“<sup>30)</sup> (Matoušek, 2005, s. 186)

Buriánek (2006) shrnuje druhy zneužívání v zařízeních takto:

- zneužívající a útočné chování (třesení, pohlavek aj.),
- zneužívající péče a léčba (defekty kůže, trhliny kůže při přesunech atd.),
- zneužívající postoje a chování (nevhodná komunikace, projevy ageismu apod.).

Mezi nejčastější projevy institucionálního týrání patří podle Kalvacha a Onderkové (2006) mimo jiné nerespektování vůle, potřeby intimity a soukromí, pocitu studu, dále také anonymizace, infantilizace, tendence k „zvěčnění“ seniora, nucené užívání inkontinenčních pomůcek či nadbytečné poskytování péče.

K tomuto ještě dodává Haškovcová (2010) absenci elementárních prvků slušnosti personálu vůči seniorovi, nerespektování základních lidských práv, zamezení možnosti seniora rozhodovat o svých záležitostech či omezování volného pohybu, nedostatečnou péči a neodůvodněnou medikaci.

Zvláštní formou určitého násilí na seniorech může být podle Pokorné i manipulování. „Manipulace (z latinských výrazů ruka a uchopit, kmene slova manus) je v sociální psychologii a sociologii termín označující snahu o působení na myšlení druhé osoby či více osob.“<sup>31)</sup> (Pokorná, 2010, s. 86).

Manipulaci je možné chápat také jako slovní manévrování či úmyslné vyhýbání se nějakému nepříjemnému tématu, příp. záměrné udržování svého protějšku ve zmatku. Pokorná spojuje manipulaci hlavně s cílem změnit názor seniora pro zisk pečující osoby. Dělí ji podle argumentů pro změnu názoru:

- nátlak – nutnost změnit názor či jednání, jinak hrozí trest,
- exhortace – nutnost změnit názor či jednání, protože tak je to morální,
- terapie – nutnost změnit názor či jednání, aby byl senior zdravý a nijak netrpěl,
- realizace – nutnost změnit názor či jednání, aby tak projevil svůj potenciál.

Manipulátorem ovšem může být i sám senior, který tímto chováním chce navodit u svého okolí pocit viny či lítosti. I toto je jedním z možných projevů problémového chování seniora, což může být taktéž startérem patologického chování vůči staršímu člověku a vyústit až v týrání.

Problematické chování popisuje Malíková následovně: „jedná se o kulturně abnormální chování takového stupně, frekvence a trvání, že bude pravděpodobně ohrožena fyzická bezpečnost daného člověka nebo jiných lidí, nebo chování, v jehož důsledku pravděpodobně dojde k výraznému omezení nebo zakázání přístupu k běžnému společnému vybavení.“<sup>32)</sup> (Malíková, 2011, s. 286)

Venglářová (2007) dodává, že problematické chování nemusí být nutně způsobeno chorobou, ale mnohdy se jedná o pouhou snahu najít způsob uspokojení potřeb. Například potřeba bezpečí může vyústit v toulání či nadměrný fyzický kontakt, který si personál může chybně vyložit se sexuálním kontextem. Mezi hlavní projevy problematického chování se řadí např.:

- nedostatečná či žádná komunikace,
- agresivita vůči sobě, okolí či majetku,
- stálé opakování dotazů,
- odmítání jakékoliv pomoci,
- dezorientace a noční neklid.

Malíková (2011) k tomuto výčtu ještě doplňuje:

- zcizování majetku,
- nadužívání návykových látek,
- chování bez zábrán (sexuální projevy, vylučování apod.),
- vyžadování pozornosti druhých.

Mezi doporučené postupy pro zvládnání agresivního chování řadí Jůn (2010) na první místo samozřejmě prevenci, ovšem není – li to možné, navrhuje tyto metody:

- Ignorace – používá se v případech, kdy je senior jen mírně rozčilený (př. uživatel verbalizuje své myšlenky, neoprávněně si na něco stěžuje apod.). Později se k tomu může pečující vrátit a klidným způsobem vysvětlit nevhodnost tohoto chování);
- Snaha problém na místě vyřešit – toto je možné, pouze pokud známe příčinu a je v našich možnostech ji ihned odstranit, jinak hrozí větší rozrušení uživatele;
- Verbální uklidňování – pokud je senior více rozrušen, je vhodné mu dát najevo podporu a porozumění, nikoliv však falešný souhlas, jelikož se jej po uklidnění může nadále dožadovat a chtít po pečovateli v tomto duchu řešení;
- Neverbální uklidňování – používání haptiky či opuštění místnosti.

Při přímém fyzickém napadení je možnost řešení mnohdy velmi omezená. Nejčastěji dochází k použití restriktivního opatření.

„Doslovný překlad termínu restrikce znamená omezení, snížení. Restriktivní opatření používaná v pobytových sociálních (ale i zdravotnických) zařízeních zahrnují řadu způsobů, postupů a prostředků, které vedou k omezení uživatele v pohybu. Jejich důsledkem je pak nemožnost vykonávat většinu činností.“<sup>33)</sup> (Malíková, 2011, s. 283)

Podle Jůna (2010) jsou restriktivní opatření rozdělena na fyzická, chemická a mechanická. Jejich použití je dovoleno pouze v případě ohrožení zdraví uživatelů či pracovníků (ovšem ne dříve než byly vyzkoušeny všechny další možné postupy pro zabránění takového chování) a to v následujícím pořadí:

1. fyzické omezení (úchopy či chvaty, které ovšem musí být provedeny profesionálně, pracovníci jsou povinni nejdříve projít praktickým nácvikem tzv. šetrné sebeobrany,
2. mechanické omezení – použití prostředků pro omezení uživatele v lůžku (postranice, vázání na ruce aj.) či v izolační místnosti,
3. chemické omezení – podání sedativ, toto ovšem může být použito až po konzultaci s ošetřujícím lékařem.

Problematika restrikce je popsána v Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 89 Opatření omezující pohyb osob.

Použití restrikce by mělo být vždy vysvětleno uživateli i jeho zástupci, nikdy by se uživatel neměl nechat při aplikaci omezení o samotě a samotné použití má být pouze na nezbytně dlouhou dobu a nikdy jen pro usnadnění péče. (Venglářová, 2007)

Neodůvodněná restrikce znamená podle Malíkové (2011):

- porušení základních lidských práv a svobod,
- omezení svobody a pohybu,
- omezení soběstačnosti a sebepéče,
- ponížení důstojnosti,
- riziko komplikace ze způsobení imobility,
- riziko až agresivních reakcí,
- možný znak týrání.

Snahou zdůraznit závažnost situace týkající se celkové problematiky týrání starých lidí je motivováno zavedení Světového dne proti násilí na seniorech, který spadá na 15. června.

## 2.3 Umírání a smrt

V druhé polovině 20. století je paliativní péče postupně předávána z rukou církevních organizací a filantropů pod vliv státu jako součást státem poskytovaných zdravotnických a sociálních služeb. Již dříve (přibližně od počátku 19. století) docházelo ke zvýšení zájmu o zajištění podmínek při umírání starých lidí, jelikož došlo ke změně hlavních příčin úmrtnosti - a to od náhlých infekcí k dlouhotrvajícím chorobám.

Postupně byla zakládána první zařízení, která se soustředila na péči o umírající (např. L'Association des Dames du Calvaire založila Domy pro umírající v Paříži a New Yorku) a také se rozrůstaly skupiny lékařů, které se zaměřovaly přímo na mapování umírání, i když nadále byla prioritou akutní léčba a rehabilitace.

Začaly se objevovat nové přístupy k umírání – od fatalismu k trvalé péči a uvědomění si nutného spojení fyzické a psychické stránky. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007)

Definici paliativní péče uvádí Seymourová citující Lugstona a Kindlena: „Veškeré nemoci ohrožující život – ať už rakovina či neurologické, srdeční nebo respirační choroby – mají důsledky pro fyzické, sociální, psychologické a duchovní zdraví jak jednotlivce, tak jeho rodiny. Rolí paliativní péče je proto posoudit potřeby v každé z těchto oblastí a naplánovat, provést a vyhodnotit vhodné zásahy. Jejím záměrem je zlepšit kvalitu života a umožnit důstojnou smrt.“<sup>34)</sup> (Seymourová, 2007, s. 64)

„Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyлéčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- základním onemocnění,
- stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění),
- přítomnosti více závažných onemocnění současně,
- pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.),
- psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.).“<sup>35)</sup> (www.umirani.cz)

Mezi důležité prvky pro správné pojetí paliativní péče patří:

- Znalost pacienta či uživatele – jeho zdravotní i sociální anamnézy, umožnění poznání ovšem musí být oboustranné – pečovatel musí mít skutečný zájem seniora poznat a senior se naopak musí chtít „cizímu“ člověku otevřít.
- Empatie – zde ale hrozí „nákaza“ emocemi jiných, což vede k pouhé představě, že se chováme empaticky, automaticky si myslíme, že víme, jak se ten druhý cítí.
- Důstojnost – respektování soukromí těla i osobního prostoru, uznání emocí a rozhodnutí.
- Podpora a podpůrná péče – zde je důležitá nejen celková týmová spolupráce ale i samotná práce s uživatelem a jeho zapojení, které má více podob:
  - ve věci osobního zájmu – tedy na rozhodnutích týkajících se jeho osoby (mnoho umírajících totiž zcela rezignuje);
  - ve věci konzultace – mezi umírajícím a pečujícím by mělo vzniknout partnerství, seniorovi by měly být předávány objektivní informace, aniž by to pro odborníky bylo považováno za ztrátu času. Mnohdy chybí i zpětná vazba, tudíž není zcela jasné, že senior sdělení skutečně porozuměl. Často také dochází k tomu, že senior informace ani dostat nechce, nechává veškerou zodpovědnost na odbornících;
  - ve věci participace – toto souvisí s výše zmíněným, senior by měl být veden k zodpovědnosti za sebe samého, odborníci by měli fungovat spíše jako průvodci a poradci.
- Kvalita života – prevence dehumanizace, ovšem často dochází k upřednostňování medikace před lidským přístupem. Člověk je vnímán pouze jako objekt péče o tělo, ne o duši. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007)
- Myšlenka doprovázení: „zahrnuje techniky týkající se preventivních opatření a boje proti bolesti, psychologickou péči o nemocného a jeho rodinu, včetně toho, že jsou vzaty v úvahu jejich individuální, společenské a duchovní potřeby.“<sup>36)</sup> (Pichaud, 1998, s. 140)

„K častým chybám medicíny, chápaným jako projev její dehumanizace, patří přílišné soustředění se na záchranu života a na rozpoznávání a léčení chorob, zatímco paliativní péče, ochrana důstojnosti a smysluplnosti života jsou považovány pouze za jakýsi přívažek.“<sup>37)</sup> (Kalvach, Onderková, 2006, s. 33)

Charakteristiky umírání:

- Je spojené s medicínskou definicí smrtelné choroby a také je propojováno se ztrátou aktivit a sociálních rolí.
- Člověk se předběžně socializuje do role umírajícího, není zde však dostatek „přechodových“ rituálů, které by příchod této role signalizovaly. Člověk mnohdy nemá dostatek komunikačního prostoru pro vyjasnění všech otázek ohledně jeho prognózy. Okolí si totiž většinou myslí, že čím méně bude umírající člověk vědět, tím méně bude trpět a stresovat se. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007)

V představě veřejnosti o umírání existuje několik mýtů, zde jsou uvedeny některé z nich:

- *Umírání znamená pouze bolest, osamění a neporozumění, s čímž se ovšem nedá nic dělat.* Ve skutečnosti lze odlehčit umírajícímu několika způsoby – přítomností jeho blízkých nebo alespoň citlivými profesionály, užitím vhodné medikace, duchovní péčí (např. návštěvou duchovního, účastí na bohoslužbách) apod.
- *Paliativní péče se dá poskytovat pouze v hospicích.* Péče o umírající je naopak umožněna v mnoha zařízeních (např. formou domácí asistence, zvláštního oddělení v nemocnicích a léčebnách, denních stacionářů či domovů pro seniory).
- *Umístění umírajícího do nemocnice či podobného zařízení je v pořádku, protože potom nemusí trpět ostatní členové rodiny pohledem na tento proces.* Umírání je ovšem přirozený proces, který se netýká pouze starých lidí, pokud je to tedy alespoň z části možné, je lepší, když umírající zůstane v rodinném kruhu (pozůstalí se se smrtí poté i lépe vyrovnávají).

- *Paliativní péče je pouze pro umírající.* Odborníci pomáhají v rámci paliativní péče neméně i rodinám, pomáhají jim vyrovnávat se se stresem a následným smutkem. Jsou podporou i po smrti pacienta, a to po různě dlouhou dobu.
- *Pracovníci v paliativní péči mohou umírání urychlit či naopak zpomalit.* Paliativní péče nemá prostředky ovlivnit rychlost umírání, pouze jeho průběh a i ten mnohdy jen stěží. Často se jedná spíše o duchovní a psychickou podporu než o reálnou fyzickou úlevu. ([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz))

S umíráním velmi často souvisí:

- Sociální smrt – vlivem zhoršování nebo výskytu nových symptomů dochází k sociálnímu vyloučení. Např. z důvodu zápachu, bolestí či změněných psychických stavů je uživatel držen v izolaci vlastního pokoje, přestává za ním docházet rodina a také personál omezuje kontakt na minimum. Toto všechno může vést k odporu člověka vůči sobě samému, a to působí také na fyzickou stránku.
- Sociální ztráta – ztráta prestiže, souvisí s ageismem a diskriminací.
- Sociální segregace – umírající člověk má strach z neznáma, z nových emocí svých i svého okolí a samozřejmě i z nadcházející smrti. To může vést k izolaci od okolí. Nejde ovšem vždy pouze o dobrovolný odchod do ústraní – dalším případem je fakt, že např. uživatelé v domově pro seniory, kteří jsou mobilní, orientovaní a bez zjevných zdravotních obtíží se separují od nemocných uživatelů, přičemž jim dávají tento záměr jasně najevo. Mají pocit, že se tímto způsobem mohou sami ochránit od smrti.

Vnímání vlastní smrti je mimo jiné ovlivněno samotnou informovaností umírajícího:

- Umírající člověk o své nemoci neví, přestože jeho okolí ano;
- Sám má podezření, ale jeho okolí mu nechce dát jednoznačnou odpověď, člověk se poté může přestat snažit cokoliv dozvědět, jelikož je pro něj negativní reakce ostatních frustrující, rezignuje na celou situaci;
- Obě strany vzájemně předstírají, že žádná nemoc neexistuje;
- Otevřené a oboustranné vědění. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007)



„V naší společnosti je smrt zpravidla odmítána. Postrádá smysl – lidé se po celý život pachtí, aby něco vlastnili a mohli si užívat a smrt jim stojí v cestě. Nebo je smrt chápána jako prohra. (...) Toto nepochopení smrti a její odmítání vede do tří slepých uliček:

- k úvahám spatřující řešení v eutanazii (zabití nemocného na jeho žádost),
- k náruživé léčbě (oživování za každou cenu)
- k opuštění (necháme člověka dožít konec života v osamění).“<sup>38)</sup> (Pichaud, 1998, s. 133)

Eutanazie – „z řeckého překladu euthanasia (eu = dobře, správně, thanatos = smrt) jde o „dobrou smrt“. Slovník cizích slov pak říká, že eutanazií rozumíme usmrcení nevléčitelně nemocné a trpící osoby na její žádost, ze soucitu. Může tak jít o aktivní (podání smrtícího prostředku na žádost nemocného) nebo o pasivní eutanazii (přerušování léčby, která udržovala pacienta naživu).“<sup>39)</sup> (www.zdn.cz)

Argument proti eutanazii:

Ukončení života tímto způsobem je proti posvátnosti života, je v rozporu s lékařskou etikou. Utrpení a blížící se smrt je způsob posílení hodnot v rodině (např. soucit a potřeba péče, odvaha překonávat překážky a bolest), zbavení se tohoto břímě umožňuje vidět život jednodušeji, což nemusí být vždy žádoucí.

Existuje nebezpečí zneužití aktivní pomoci ke smrti, zvláště z důvodů uspokojení cizích zájmů. Je zde i riziko posílení názoru odborníků na úkor samotného pacienta či víry v medicínu jako takovou.

Argument pro eutanazii:

Došlo ke změně vnímání posvátnosti života, důraz je kladen na kvalitu, je zbytečné prodlužovat život za každou cenu, zvláště když není naděje na odstranění bolestí a utrpení. Člověk má právo si sám rozhodnout o svém životě i o své smrti

Dalším argumentem je i finanční stránka – péče o nevléčitelně nemocné a pacienty v terminálním stádiu je velmi nákladná, zvláště s ohledem na to, že je mnohdy nedobrovolná. (www.zdn.cz)

Také Payne (2007) vidí nejvýznamnější argument pro eutanazii v právu člověka na autonomii a v negativním smyslu medicínského pokroku (mnohdy umělé prodlužování života). Naopak proti eutanazii stojí velké riziko „šikmé plochy“, kdy hrozí

diskriminování lidí, které společnost bude brát pouze jako sociální a finanční zátěž, a protichůdnost podstaty medicíny s myšlenkou aktivní pomoci ve smrti.

## 2.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burn - out syndrom - pod tímto pojmem si lze představit „psychické, fyzické a emociální vyčerpání způsobené dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích. Přichází v souvislosti s psychickou zátěží u jinak zdravých jedinců.“<sup>40)</sup> (Venglářová, 2007, s. 80)

Pomáhající profese mají vysoký stupeň rizika, obzvláště z toho důvodu, že se nejen po celou pracovní dobu věnují potřebám jiných lidí, ale mnohdy si berou „práci domů“, nedokážou se oprostít od stresových situací a tím se zrekreovat. Navíc (obzvláště v péči o seniory) je práce spjata s úmrtím, což je tím horší, čím jsou vztahy pečovatele a starého člověka srdečnější. I proto se pracovníci stávají postupně cyničtějšími a chladnějšími.

„Téměř všechny vědecké modely vychází z typického příkladu jedince, který zpočátku pracuje s nadprůměrným nasazením. Velké ideály a množství energie jsou v rozporu s nereálnými nároky kladenými na sebe i své okolí. (...) Svou energii vynakládá neefektivně, neboť to s klienty myslí až příliš dobře. Přeceňuje své síly a hýří bezmezným optimismem. Stává se také, že se jedinec extrémně ztotožní se svou prací a klienty, žije tedy jen svým zaměstnáním a uzavírá se před okolním světem.“<sup>41)</sup> (Stock, 2011, s. 23)

I Venglářová popisuje podobný průběh burn – out syndromu (podle A. Laenglea):

- „nadšení, smysluplnost, jasný cíl práce,
- smysl se ztrácí, člověk pracuje „za něco“,

- život v popeli:
  - ztráta úcty k druhým,
  - ztráta úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu.“<sup>42)</sup>  
(Venglářová, 2007, s. 80)

„V prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) z roku 2007 jsou jako příčiny pracovního stresu uvedeny tyto faktory:

- nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa,
- rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací, např. nejistota a strach způsobené přesouváním pracovních míst do zahraničí,
- úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv, např. snížení ochrany proti výpovědi, krácení dovolené, více přesčasů, práce na zkrácený úvazek a smlouvy na dobu určitou,
- dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce (nárůst produktivity a následné „zhuštění“ pracovní náplně),
- „zeštíhlení“ společnosti a outsourcing (rušení pracovních míst a oddělení),
- rostoucí emocionální náročnost práce (vyžaduje stále vyšší stupeň sociálních/emocionálních kompetencí; v důsledku sociálních změn se práce s klienty stává náročnější, což potvrzují i pedagogové či sociální pracovníci,
- neslučitelnost zaměstnání a soukromého života.“<sup>43)</sup> (Stock, 2011, s. 32)

Potterová (1997) přidává další možné faktory ovlivňující nástup syndromu vyhoření, které se vyskytují zvláště v pomáhajících profesích:

- kritičtí nadřízení, zadávání nesplnitelných či nejasných úkolů a práce, která neodpovídá kvalifikaci pracovníka, nezáměr o zpětnou vazbu a absence kontrol,
- nedostatek uznání ze strany vedení, uživatelů i jejich rodinných příslušníků, pocit zbytečnosti,
- pracovní přetížení, neslučitelné požadavky zúčastněných stran a neodpovídající finanční ohodnocení,

- úkoly bez „šťastného konce“, nevléčitelní klienti, mnohostranné negativní emoce,
- konflikt rolí a hodnot.

Venglářová (2007) vidí příčiny i v samotných pracovnících, kteří (bez ohledu na náročnost samotné práce) na sebe kladou ještě další nadměrné nároky s ideou, že „změní svět“. Tento cíl je ovšem nereálný, výsledky práce neodpovídají očekávání a vynaloženému úsilí, což s sebou nese frustraci.

Někdy může být příčinou zvýšeného stresu a startérem vyhoření rodina uživatele. Jak uvádí Pichaud: „rodina potřebuje pomoc hlavně ve chvíli, kdy dává rodiče do domova důchodců a má pocit viny. Nezbaví – li se ho, pocit viny se snadno přemění v agresivitu vůči zaměstnancům domova důchodců. Čím je náš pocit, že jsme něco zameškali a pokazili, intenzivnější, tím více toho po nich žádáme, vyčítáme – li něco cizím lidem, zbavujeme se tak vlastních výčitek svědomí. Jde o nevědomé pochody, které se však tím hůře ovládají.“<sup>44)</sup> (Pichaud, 1998, s. 75)

Příčin burn – out syndromu je mnoho, je však obtížné si je uvědomit a zjistit, že tímto syndromem my sami (nebo někdo v našem okolí) trpí. Mezi příznaky vyhoření uvádí Potterová např.:

- negativní emoce, příp. citová uzavřenost,
- frustrace a deprese,
- problémy v mezilidských vztazích (v profesní i osobní rovině),
- pocit zbytečnosti a s tím spojený pokles výkonnosti,
- zdravotní problémy vedoucí až ke zneužívání náhražek (medikamenty, alkohol aj.).

Jak sama Potterová dále uvádí, „občasné pocity frustrace, vzteku, deprese, nespokojenosti a úzkosti patří k normálnímu životu a práci. Ale lidé, kteří jsou ve stádiu vyhoření, zažívají tyto negativní emoce tak často, až se u nich stanou chronickými.“<sup>45)</sup> (Potter, 1997, s. 15)

Podle Stocka (2011) to, zda a jak rychle podlehneme burn – out syndromu, záleží na typu naší osobnosti. Kardiologové uvádí dva typy:

- typ chování A:
  - dvakrát vyšší riziko infarktu,
  - člověk má velmi vysoké ambice, je soutěživý a netrpělivý, může mít až sklon k agresivitě,
  - má silný smysl pro povinnost, perfekcionismus, který postupně přechází až ve workoholismus.
  
- typ chování B:
  - tento člověk je trpělivý, klidnější a uvolněnější,
  - chování je přátelské, není příliš soutěživý ani agresivní,
  - v extrémních případech však tato pasivita vede až k celkové rezignaci, naprosté lhostejnosti a permanentní nečinnosti. Toto pak vede k hluboké nespokojenosti v osobní i pracovní sféře.

Prevence syndromu vyhoření spočívá podle Venglářové (2007) v péči o sebe samého a ve zdravém stylu života. Důležité je mít oporu v rodině a svých blízkých, znát své limity, nebát se změnit prostředí, kde žijí či pracují, a to i za cenu celkové změny profese.

I Potterová se domnívá, že překonat obavu ze změny je v prevenci burn – out syndromu velmi důležité, obzvláště v oblasti stereotypů chování. Poukazuje na to, že je důležité odměňovat žádoucí chování a vytvořit si systém, postavený na zmapování procesů pomocí „jestli – pak“. „Cíle jsou důležité. Dávají vám něco, o co můžete bojovat, na co se zaměřit. Bez cíle jste loď na moři bez určeného směru, která pluje dokola a nikdy se nikam nedostane. Stanovte si rozumný, dosažitelný cíl. Mnoho lidí se odsoudí k neúspěchu tím, že je jejich cíl nedosažitelný.“<sup>46)</sup> (Potter, 1997, s. 87)

Existuje mnoho testů pro zjištění, zda a do jaké míry jsme zasaženi syndromem vyhoření, Venglářová ve své knize předkládá jeden z nich, přičemž pět a více kladných odpovědí signalizuje vysoké riziko burn – out syndromu:

1. „Vykonáváte v práci činnosti, které jste dříve chápali jako příjemné až zábavné a nyní je vnímáte jako dřinu?
2. Stali jste se více cyničtí nebo hovoříte ve společnosti s hořkostí o své práci, o vedoucí?
3. Jsou vaše mimopracovní vztahy (manželství, rodina, přátelství) ovlivněny vašimi vztahy na pracovišti?
4. Pociťujete obavy, když odcházíte ráno do práce?
5. Trápí vás nebo dráždí vaši spolupracovníci?
6. Závidíte ostatním, kteří jsou spokojeni ve své práci?
7. Cítíte se v práci unaveni, pociťujete nedostatek energie.
8. Vnímáte své zaměstnání jako nudné a nezajímavé?
9. Necítíte se dobře v neděli odpoledne, když pomyslíte na pondělí a nadcházející týden?“<sup>47)</sup> (Venglářová, 2007, s. 81)

### 3 Možnosti řešení etických problémů

Jak bylo v úvodu řečeno, etických problémů v péči o seniory je mnoho. V předchozích kapitolách jsou uvedené jen některé z nich, proto hledání univerzálních řešení je velmi problematické a ve své podstatě také téměř nemožné, jelikož se vždy jedná o konkrétní situace, jedince a ovlivňující faktory. Některé jsou způsobeny např. komplikovanou osobností či problematickým chováním samotného seniora, nesplnitelnými požadavky rodinných příslušníků či neprofesionalitou pečujícího personálu. Ve většině případů se ovšem nejedná pouze o jednostrannou chybu, tedy i řešení nemůže být pouze na jedné straně.

### 3.1 Volnočasové aktivity pro seniory

„V naší společnosti stále přetrvává model šedesátých let, který úspěšné stárnutí spatřoval v trávení volného času v klidu domova. A dále v ochotě přijmout změny sociálních rolí, dobrovolně nést sociální osamělost ve stáří a postupně se také vzdát společenských i životních rolí a odpočívat doma s myšlenkou „vždyť si to zasloužím, napracoval jsem se dost a dost“.“<sup>48)</sup> (Klevetová, 2008, s. 14)

Bumbálek v části týkající se zvládání osamělosti seniorů vychází z výzkumu Rokachové a Brocka a uvádí tři strategie:

- „strategie vyhnutí – tato strategie zahrnuje uzavření se, popírání vlastní osamělosti a pasivní činnosti, jako je pozorování televize, jídlo, nakupování či spánek;
- strategie sociálního kontaktu – zahrnuje strategie vedoucí k zvýšení sociálního kontaktu (např. formou návštěvy kulturních akcí, vycházky do společnosti apod.);
- aktivní zvládání – pro vyhnutí se nepříjemným pocitům osamělosti se člověk snaží volit aktivní činnosti (např. cvičení, nejrůznější koníčky, sport).“<sup>49)</sup> (Mühlpachr, 2005, s. 38)

Organizace spojených národů vytvořila na II. světovém shromáždění o stárnutí v Madridu, které se konalo 12.4.2002, Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí a stáří. Na to navázala Česká republika a 15.5.2002 schválila Národní program přípravy na stárnutí na období 2003 – 2007, jehož podstatou byla změna přístupu k seniorům nejen ovlivněním názoru ostatních generací, ale také motivací samotných seniorů vyvinout snahu být aktivní a změnit tak svůj obraz.

Tento program má deset bodů:

1. etické principy,
2. přirozené sociální prostředí,
3. pracovní aktivity,
4. hmotné zabezpečení,
5. zdravý životní styl, kvalita života,

6. zdravotní péče,
7. komplexní sociální služby,
8. společenské aktivity,
9. vzdělávání,
10. bydlení.

Také celoevropský program s názvem „Stárnout zdravě v Evropě“ se zabývá podporou nezávislosti seniorů, jejich aktivním přístupem a motivací, která spočívá v touze dosáhnout předsevzatých rozhodnutí, v posílení víry v jejich schopnosti a pozitivním přístupu ke změnám. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

„Lidé prožívají období odchodu do důchodu zcela odlišně. Někteří se snaží dosáhnout v rámci svého volného času všeho, co nestíhali v pracovním zatížení, někteří se věnují sobě a svým zálibám, jiní jsou nešťastní ze ztráty pracovního stereotypu a společenské izolace. Přitom toto období lidského života představuje především dostatek volného času a je tady přímo ideálním prostorem pro využívání volného času v rámci dalšího vzdělávání a volnočasových aktivit. Výchova a vzdělávání nejsou omezeny pouze na období dětství a mládí a přesouvají se i do těchto oblastí, zejména zřizováním Univerzit 3. věku.“<sup>50)</sup> (Mühlpachr, 2005, s. 123)

V poslední době se zdá, že prostoru pro vzdělávání seniorů přibývá. Touto oblastí se zabývá gerontopedagogika, která rozděluje funkce vzdělávání v seniorském věku na:

- preventivní – tedy již před samotným stářím,
- rehabilitační – podstatou je dlouhodobé posilování fyzických i psychických schopností,
- posilovací – i přes nastalá omezení vlivem změněného zdravotního stavu mohou senioři za pomoci druhých objevovat nové věci,
- anticipační – umět se připravit na nastávající změny a být ochoten transformovat způsob života tak, aby zůstal aktivní a tvůrčí.



Samotné vzdělávání se poté dělí na:

- všeobecné seniorské vzdělávání – např. trénování paměti (velmi užitečný zdroj inspirací je web [vzpominkovi.cz](http://vzpominkovi.cz), který se soustřeďuje na seniory s Alzheimerem), škola internetu a práce na počítači, základ angličtiny aj.
- inovace odborných znalostí a dovedností – spočívá v rozvoji a zachování kvalifikace

Možností ve vzdělávání seniorů je několik – např. Univerzity 3. věku, Akademie 3. věku, Univerzity volného času, Centrum celoživotního vzdělávání aj. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

V poslední době je velký zájem o U3V (Univerzity 3. věku), které postupně vznikají v mnoha větších městech – Praha, Brno, Ostrava, Olomouc, Plzeň, Opava, Zlín, České Budějovice, přičemž se také rozšiřuje nabídka dostupných oborů, ve kterých se mohou senioři vzdělávat. Souhrn důležitých informací nabízí např. webová stránka [www.tretivek.cz](http://www.tretivek.cz).

Vzdělávání má však i další funkci – posílení autonomie. „Psychologové se soustřeďují na autonomii jako kvalitu – akcentují schopnost autonomní osobnosti odolávat sociálním tlakům v myšlení a jednání, hodnotit na základě osobních standardů nezávisle na souhlasu druhých, odpoutat se od konvencí kolektivních obav a přesvědčení.“<sup>51)</sup> (Sýkorová, 2007, s. 74)

Klevetová (2008) dále poukazuje mimo jiné i na důležitost respektování hodnot podle Frankla a jejich naplňování pomocí nejrůznějších technik:

- tvůrčí hodnoty – touha něco vykonat (byť s ohledem na současné možnosti) – např. arteterapie, ruční tvorba, práce na zahrádce;
- zážitkové hodnoty – zažívání nových věcí či získávání pozitivní energie ze stávajících aktivit – canisterapie, bazální stimulace, reminiscence apod.;
- postoje hodnoty – senior si dokáže vzít z negativních okolností pozitivní energii, díky tomu, že změní svůj postoj a soustředí se na něco jiného (zhoršení

zraku vede k účasti na skupinové bibliografii, snížení mobility k rehabilitačnímu cvičení aj.).

I zde je velký rozdíl mezi seniorem v domácím prostředí a seniorem v domově pro seniory. Zatímco relativně zdravý senior může doma vykonávat v podstatě neomezené množství aktivit a nabídka v zařízení by ho mohla spíše omezovat, u člověka se sníženou mobilitou či různou formou demence jsou naopak volnočasové aktivity poskytované nejčastěji specializovanými pracovníky (např. pracovník v sociálních službách pro aktivizační činnosti) velmi důležité pro zachování co největší míry duševní i fyzické pohody, jelikož jsou individuálně přizpůsobeny požadavkům a možnostem jednotlivých uživatelů.

Zde jsou uvedeny jen některé ze všech aktivit, které jsou v institucích jako např. domov pro seniory nabízeny a jsou uzpůsobeny hlavně pro imobilní, neorientované uživatele, kteří se již nemohou účastnit běžných volnočasových činností s ostatními uživateli:

- Reminiscence „je vzpomínání, vyvolávání vzpomínek, a jejich podporování. Techniku lze využít nejenom u osob s demencí, ale i pro aktivizaci dlouhodobě ležících.“<sup>52)</sup> (Klevetová, 2008, s. 114)
- Technika preterapie – „jmenovaná technika slouží k navázání kontaktu a následně umožňuje spolupráci. Dává nemocnému pocit společného prožitku. Reflexí nemocnému sdělujeme, že cítíme stejně jako on, že jsme na stejné vlně.“<sup>53)</sup> (Klevetová, 2008, s. 117)
- Bazální stimulace – „koncept bazální stimulace vychází z uvědomění, že pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Systematické používání konceptu umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat jejich stav cílenou smyslovou stimulací smyslových orgánů. Tím je zprostředkovaně aktivována mozková činnost, a to vede k podpoře vnímání, komunikace a hybnosti. Hlavními cíli bazální stimulace jsou poskytnout podporu a umožnit vnímání postiženým jedincům, aby se mohla rozvíjet jejich vlastní identita, mohl být navázán kontakt s okolím, byla funkční orientace v čase a prostoru a zlepšily se funkce organismu jako celku.“<sup>54)</sup> (Malíková, 2011, s. 194)  
Bazální stimulace má podle Malíkové několik podob: somatická, vestibulární, vibrační, optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně – haptická.

Mezi další aktivity, které jsou nabízeny jako způsob trávení volného času seniorům v institucích, jsou např. diskuzní kroužky, videoterapie, naučné přednášky, muzikomalba, canisterapie, společenské akce (ples, vinobraní,...), návštěvy Zdravotních klaunů, skupinové cvičení, trénování paměti, arteterapie, práce v dílně a na zahradě apod.

### 3.2 Standardy kvality a individuální přístup

„Bez vytýčení rozsahu a kvality péče, kterou společnost považuje za adekvátní, bez definice minimálních standardů či stanovení výčtu poskytovaných (a garantovaných) služeb, a bez určení způsobu jejich financování (včetně stanovení výše plateb od příjemce/ rodiny příjemce) se nemohou mechanismy institucionálně poskytované péče plně rozvinout.“<sup>55)</sup> (Jeřábek a kol, 2005, s. 77)

Na otázku „co je to kvalita v péči o seniory?“, nelze podle Mátla a Jabůrka jednoznačně odpovědět, lze však vyjít z obecných kritérií – např. reakce na potřeby jedince, vysoká odbornost personálu a také vysoká úroveň péče za přiměřenou cenu, objektivní zjišťování spokojenosti uživatele a reakce na případnou nespokojenost.

Znění samotných standardů kvality sociálních služeb vychází z přílohy č. 2 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2007 Sb., prováděcího předpisu zákona č. 108/2006 Sb.:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby

10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby. (mpsv.cz)

Mátl a Jabůrek vidí kromě zákonem daných důvodů pro zavádění standardů kvality i jiné výhody:

- boj s konkurencí a udržování úrovně trhu sociálních služeb,
- možnost zvýšení prestiže,
- redukce nákladů,
- zvýšení bezpečí a spokojenosti uživatelů,
- pomoc pro veřejnost v orientaci toho, co může od organizace očekávat,
- umožnění podpory pro příklady dobré praxe, což může vést k růstu vnitřních hodnot a představ o kvalitě.

Naopak nevýhody spatřují v tom, že:

- zařízení mnohdy považují zavedení standardů za cíl, nikoliv za pouhý prostředek, kvůli obavě z trestu se poskytovatelé snaží jen zvládnout inspekci – nejde jim o zvýšení kvality;
- obsah jednotlivých standardů lze vnímat subjektivně nejen poskytovatelem, ale samozřejmě i inspektorem, objektivní kontrola je tedy velmi problematická;
- standardy s sebou nesou velké množství administrativy;
- dlouhé rozmezí mezi inspekcemi – poskytovatelé nejsou motivováni standardy zavádět, obzvláště vzhledem k velké počáteční finanční náročnosti;
- jsou velmi obecné, nedávají prostor pro specifické potřeby jednotlivých klientů.

V kvalitě péče o seniory dále popisují reakce některých zaměstnanců zařízení:

„Hodnotitelé se ani pořádně po ústavu neprošli. Jak můžou za tři dny zhodnotit naši patnáctiletou práci? Ředitel domova důchodců“<sup>56)</sup> (Mátl, 2007, s. 66)

„V týmu hodně konzultují věci, které by zaměstnance dřív ani nenapadly – například jak postupovat v případě, že klient nechce dodržovat dietu, má chuť na něco jiného. Dřív by s ním zaměstnanci nediskutovali. Vedoucí pracovnice“<sup>57)</sup> (Mátl, 2007, s. 68)

„Jedním dechem nám řekli, že po nás nechtějí nic písemně, protože jsme argumentovali, že sepisování zabere spoustu času, ale v příští větě se ptali, kde máte tohle písemně, kde máte támhleto písemně, a když jsme ty papíry vytáhli, tak nám řekli, no máte toho dost, jen aby vám taky zbyl čas na pořádnou práci a nejenom na sepisování standardů. Pracovnice zařízení prošlé dobrovolnou inspekci.“<sup>58)</sup> (Mátl, 2007, s. 67)

„Jsem ráda, že v hodnocení se potvrdilo hodně z toho, co prosazují již několik let. Doufám, že to konečně pomůže změnám... Vedoucí vychovatelka v ústavu sociální péče.“<sup>59)</sup> (Mátl, 2007, s. 69)

Při inspekcích a uplatňování standardů se klade velký důraz na individuální přístup ke klientovi a tedy také na tvorbu individuálních plánů. K tomuto trendu vedlo několik podnětů vyskytujících se při plošném poskytování péče:

- vůči uživateli:
  - striktní dodržování denního režimu,
  - pasivní přijímání péče a její poskytování formou provedení namísto pomoci,
  - nekladení důrazu na lidská práva,
  - nepodílení se na zlepšení situace klienta a jeho růst,
  - nezájem o spokojenost uživatele se službami,
  - neposkytování možnosti výběru z několika variant a samostatného rozhodování,
  - nedostatečná komunikace mezi klientem a personálem, bez použití alternativních postupů aj.

- vůči zaměstnanci:
  - nedostatek informací o uživateli,
  - minimální osobní zodpovědnost a zároveň obtížná prokazatelnost provedení úkonů,
  - minimální osobní zainteresovanost a motivace k růstu,
  - minimální využití všech dovedností a znalostí,
  - nedostatečná snaha o efektivní komunikaci, příp. s použitím alternativních možností,
  - minimum empatického přístupu apod.

Postupné zavedení individualizace do systému poskytování péče se projevilo zejména:

- individuálním holistickým přístupem včetně umožnění úpravy doporučeného režimu k obrazu uživatele,
- dostatkem informací pro uživatele i personál, což má za následek užší spolupráci mezi nimi,
- aktivním zapojením uživatelů, což vedlo k usnadnění práce zaměstnancům,
- písemným zaznamenáváním průběhu poskytování služby a pravidelným zjišťováním spokojenosti všech zúčastněných,
- posilováním vzájemného respektu, ale také sebeúcty. (Malíková, 2011)

Individuální přístup se může projevovat i v drobnostech, které potom dokážou změnit nežádoucí pocit u uživatele v pozitivní – např. jednotvárnost průběhu dne, kdy uživatel se zaměstnancem nekomunikuje a tráví čas v šeru, lze oživit popráním dobré chuti a nabídkou doprovodu do jídelny nebo alespoň přesunout jídelní stůl na pokoji k oknu. (Krišková, 2010)

S individualizací přichází ovšem také několik konfliktů představ. Zatímco uživatel si přeje službu co nejvíce vyhovující právě jemu a s pracovníky, kteří budou ochotni ji pro něj přizpůsobit, veřejnost si představuje naopak službu, kde bude co nejvíce míst, co nejvíce zaměstnanců, a to i za předpokladu, že se bude tím pádem individualita stírat. Poskytovatel si sice také přeje co nejvíce míst pro potenciální klienty, ovšem s co

nejmenším počtem pracovníků - s ohledem na snahu finančně ušetřit – i zde by tedy došlo k omezení individuálního přístupu. (Musil, 2004)

Malíková (2011) se zaměřuje na proces individuálního plánování z hlediska standardu č. 5. Důležité je během tohoto procesu kontinuální předávání informací a výsledků v rámci celého týmu a vzájemné konzultování a podpora. Správné individuální plánování by mělo probíhat mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem - se zapojením rodinných příslušníků, dalších zaměstnanců (např. všeobecné sestry, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta, pracovníka pro aktivizační činnosti apod.) a pod dohledem koordinátora individuálního plánování, což je ve většině případů vedoucí sociální pracovník. Uživatel musí s volbou klíčového pracovníka souhlasit, musí mu důvěřovat, příp. mít možnost si vybrat jiného. Také by měl být do realizace přímo zapojen, a to významným podílem.

Doporučený počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka je 4 – 5. „Snaha zvládat velké počty klientů působí na kvalitu služeb dvěma způsoby. Za prvé tím, že omezuje čas, energii a pozornost, kterou může pracovník věnovat jednotlivému klientovi. Za druhé tím, že ovlivňuje kulturu práce s klientem: přetížení pracovníci si zvyknou podřizovat povahu své intervence potřebě zvládat větší počty případů.“<sup>60)</sup> (Musil, 2004, s. 61).

Podstatou tvorby individuálních plánů je kromě výše popsaných faktorů správně uchopitelný cíl. Ten může znamenat touhu po uspokojení deficitní potřeby nebo osobní přání uživatele, v obou případech ovšem musí být tento cíl reálný, dosažitelný a pro uživatele důležitý. Kromě běžného rozhovoru můžeme používat také:

- pozorování uživatele v reálné situaci,
- empatickou fantazii,
- imaginativní rozhovor,
- analýzu uspokojení potřeb,
- modelový rozhovor aj.

Problémy v realizaci individuálních plánů mohou vyplývat z osobnosti uživatele. Pracovníci podvědomě vycházejí vstříc buď uživatelům, kteří jsou dobře přizpůsobiví, nápomocní a bezproblémoví, nebo naopak těm, u kterých hrozí stížnost. Také je pro klíčové pracovníky výhodnější si subjektivně určit, kdo z uživatelů je potřebnější, příp.

komu cíl nesplnit, protože to prostě „nejde“. Těmto problémům by ovšem mělo zabránit metodické vedení koordinátora individuálního plánování, pravidelné vyhodnocování v rámci celého týmu a podpora supervizora.

### 3.3 Vzdělávání pracovníků a supervize jako forma prevence

Neustálé vzdělávání zaměstnanců poskytujících péči nejen seniorům by mělo nepochybně zajistit vysokou kvalitu služeb a působit jako prevence v mnoha problémových situacích. Z toho důvodu Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR rozhodlo o povinném rozsahu 24 hodin ročně věnovaných dalšímu vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

V zákoně č. 108/2006 Sb. § 111 o Další vzdělávání sociálního pracovníka se uvádí:

- (1) „Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.
- (2) Další vzdělávání se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob (dále jen "vzdělávací zařízení").
- (3) Formy dalšího vzdělávání jsou
  - a) specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,
  - b) účast v akreditovaných kurzech,
  - c) odborné stáže v zařízeních sociálních služeb,
  - d) účast na školicích akcích.“<sup>61)</sup> ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))



Podobné podmínky platí i pro pracovníka v sociálních službách (toto se řeší v § 116). Vzhledem k finanční náročnosti však mnohdy docházelo ke snaze zaměstnavatele obejít tato nařízení, a to převážně v realizaci vzdělávání pouze interní formou, kde nebyla zaručena kvalita. Z toho důvodu došlo k pozdějším úpravám zákona (v rámci sociální reformy 2012) ve smyslu omezení účasti na školících akcích a akreditovaných kurzech na osm hodin. (www.mpsv.cz)

I akreditované kurzy byly mnohdy zneužity ve smyslu jejich délky – některé vzdělávací akce měli totiž i šestnáct a více hodin a zaměstnavatel tak splnil jedním kurzem téměř celý nařízený objem vzdělávacích hodin. To ovšem bylo proti záměru MPSV a standardů kvality, kdy mělo být zajištěno individuální a rozmanité vzdělávání pro všechny pracovníky.

V poslední době vzrůstá v rámci vzdělávání ze strany zaměstnavatele zájem o supervize. Tento trend ovšem není vždy zaměstnanci kvitován, jelikož se mnohdy domnívají, že je to pouhá ztráta času.

Malíková předkládá několik mýtů o supervizi:

- Supervize = audit, tedy kontrola. Pracovníci proto mají tendence vše vychvalovat a dokazovat kvalitu, aniž by řešili problémy.
- Dojednání supervize znamená, že pracoviště je problémové.
- Supervize je objednaná zaměstnavatelem, účast je tedy povinná, ale nic se nesmí říct, aby se to nadřízením nedozvěděli.

„Základem dobré supervize je smlouva (v supervizi se používá výraz „kontrakt“) – tedy dohoda o supervizi. Kontrakt má obvykle dvě části- technickou a obsahovou.

- Technický kontrakt se sjednává před zahájením supervize. Měl by obsahovat typ domluvené supervize (individuální, případová, výcviková, týmová...), místo, frekvence setkávání, ujednání o ceně. Dobré je také předem vyjednat, co se stane, když jedna či druhá strana bude muset supervizi odvolat. Součástí kontraktu (nejlépe psaného) bývá také doba, na níž se supervize sjednává (určitá, neurčitá), otázka mlčenlivosti a případných písemných výstupů ze supervize.

- Obsahový kontrakt neboli zakázka - v úvodu každého setkání by se měl supervidovaný (příp. supervidovaní) pokusit definovat svou „zakázku“, tedy specifikovat, co od dnešní supervize očekává, v čem potřebuje pomoci, jaké téma, otázky na supervizi přináší. (Někdy může být vyjasňování zakázky součástí vlastního supervizního procesu). Úkolem supervizora je držet se domluvené zakázky. Supervizor může nabídnout rekontraktování – např. když se ukáže, že původní zakázka byla stanovena příliš úzce. Vždy by však měl obsah supervize odpovídat vzájemné dohodě.“<sup>62)</sup> (www.supervize.eu)

Venglářová (2007) dodává, že podstatou supervize je podporování supervizovaného v profesním růstu, při řešení problémů, obtížných situací a v neposlední řadě také metodické vedení. Výhodou konzultace s profesionálem, který není nijak vázán na organizaci je jistě to, že u něj není riziko tzv. profesní slepoty, umožňuje pohled na problém zvenčí, což může v některých případech stačit k nálezům řešení. Důležitým prvkem je ovšem vzájemná důvěra a otevřenost – supervizor nepodává žádné konkrétní informace zadavateli a účastníci supervize by také měli zachovat mlčenlivost týkající se toho, co bylo na supervizi probíráno.

Přestože si průběh setkání určuje vždy supervizor s účastníky, nemělo by dojít k přechodu do přátelského či terapeutického rozhovoru. Stále by mělo být setkání udržováno na pracovní úrovni, kde je však prostor i ke zdravé kritice. Cílem nejčastěji bývá společné nalezení řešení nějakého vyřčeného problému, zde ovšem figuruje supervizor pouze jako průvodce, ne tvůrce řešení.

Malíková i Venglářová se shodují na tom, že podstatná je pravidelná účast na setkávání, participace a dodržování předem dohodnutých pravidel.

Supervizor může být také přímo z organizace, ovšem doporučuje se spíše externí specialista, u kterého nehrozí střet zájmů. Skupinová setkání mohou být v některých případech doplněna i o individuální formu, ovšem z důvodu finanční náročnosti se nejedná o časté řešení.

Malíková (2011) shrnuje rozdělení supervize:

- Podle počtu účastníků:
  - Individuální x skupinová x týmová

- Podle supervizora:
  - Interní x externí.
- Podle délky spolupráce:
  - Krátkodobá x dlouhodobá.
- Podle zaměření supervize:
  - Případová x rozvojová x poradenská x programová x administrativní x výuková x podpůrná.

Při opakovaných setkáváních se očekává postupný vývoj – od obecných témat by se vlivem vzrůstající důvěry a otevřenosti mělo dojít ke konkrétnějším problémům, jako jsou např. vztahy na pracovišti, efektivnost práce, jednání s klienty, příp. může být objednána konkrétní případová zakázka, která by se měla zabývat předem zvoleným problémem. Pozitivní vliv poté můžeme zaznamenat ve stmelování kolektivu, zvýšení kvality poskytované péče a samostatnosti při řešení problémů. Velký význam mají všechny tyto prvky při prevenci syndromu vyhoření. (Venglářová, 2007)

V poslední době dochází také k zvyšování oblíbenosti tzv. koučinku, který je však pořád ještě používán spíše ve firmách. Jeho podstatou je praktický trénink důležitých dovedností, individuální poradenství se zaměřením na motivaci jedince a poskytování zpětné vazby.

### 3.4 Motivace zaměstnanců

Motivace – „latinsky movere znamená podnět, popř. popud. Něčím mohu pohybovat jen tehdy, když tomu předávám energii. Motivace je také vnitřní podnět, abych něco dělal.“<sup>63)</sup> (Merg, 2007, s. 37)

Autoři dále citují anglického spisovatele Charlese Swindolla: „Osobní postoj je pro mě důležitější než skutečnost. Je důležitější než minulost, výchova, peníze, okolnosti, úspěchy, než všechno, co říkají nebo dělají ostatní lidé. Je důležitější než vzhled, nadání nebo dovednost. Osobní postoj je alfou a omegou pro firmu, společenství, rodinu.

Pozoruhodné na tom je, že každý den se můžeme nově rozhodnout, s jakým postojem chceme začít nový den (...).“<sup>64)</sup> (Merg, 2007, s. 38)

Tímto chtěli poukázat na to, že zaměstnanci mnohdy očekávají motivaci pouze zvenčí, předpokládají, že je povinností zaměstnavatele je neustále stimulovat, aniž by oni sami pro to chtěli něco udělat.

„V motivačním výzkumu existují různé motivační pojmy:

- Vnější motivace – sestává z vnějších povzbuzení, jako je odměna, moc, uznání, možnost povýšení nebo dalšího rozvoje.
- Vnitřní motivace – sestává z vnitřních potřeb, jako je zábava, zájem, učení se z vlastního rozhodnutí.
- Prvotní motivace – je pro člověka vrozená a obsahuje potřeby, jako jsou hlad, žízeň, světlo, teplo, vyhýbání se bolesti.
- Druhotná motivace – je podmíněna sociálním učením a obsahuje potřeby, jako jsou uznání, láska, jistota, sociální začlenění.“<sup>65)</sup> (Merg, 2007, s. 41)

Toto doplňuje i Smithová: „uvádí se, že lidi motivují dva druhy faktorů:

- Vnitřní faktory – k těm počítáme snahu dokázat si své schopnosti, chuť překonávat překážky, touhu po povýšení, úsilí dosáhnout svých osobních cílů či prostě jen potřeba neustále něco podnikat.
- Vnější faktory – zde nám za příklady mohou posloužit pocity, že určité činnosti vám usnadní práci, popřípadě vylepší život vám i vaší rodině.

Ve skutečnosti většinu lidí pohání kombinace těchto vnitřních a vnějších faktorů, a je dobré to vědět, neboť čím větší je motivace, tím lepší je podaný výkon.“<sup>66)</sup> (Smith, 2000, s. 76 – 77)

V této souvislosti lze uvést ještě Herzbergovu teorii: „Herzberg rozeznává ve své velmi známé teorii dvou faktorů „satisfakční faktory“ (uspokojující nebo motivační faktory) a „nesatisfakční faktory“ (neuspokojující nebo hygienické faktory).

K satisfakčním faktorům patří:

- uznání v práci,
- zajímavá práce, která představuje výzvu,
- osobní podpora,
- přenesení zodpovědnosti,
- perspektivy osobního rozvoje.

Pokud tyto faktory existují, je pracovník motivovaný.

K nesatisfakčním faktorům patří:

- podniková politika,
- pracovní směrnice,
- sociální vztahy k nadřízeným,
- plat,
- status.

Když je těchto faktorů málo, je pracovník demotivován. Pokud je jich postačující množství, není ale pracovník díky nim silněji motivován.“<sup>67)</sup> (Merg, 2007, s. 41)

I Stock se zaměřuje na motivaci: „výsledky motivačních výzkumů ukazují, že nejsou- li lidé za svůj výkon dostatečně odměněni, pracují bez potřebné motivace. Tím není myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich úsilí někdo váží a dovede je ocenit.“<sup>68)</sup> (Stock, 2011, s. 36)

Smithová (2000) shrnuje vnitřní motivační prvky do několika oblastí, na jejichž základě lze se zaměstnanci nadále pracovat:

- touha po úspěchu,
- strach a obava ze zklamání,
- touha po uznání a chvále,
- zvědavost,
- ziskuchtivost.

Na základě těchto oblastí lze definovat silné i slabé stránky pracovníka, přičemž ty silné by měl nadřazený co nejvíce podporovat a oceňovat, zatímco v případě slabých stránek by mělo být cílem se snažit vyhnout situacím, ve kterých se mohou intenzivněji projevit. (Merg, 2007)

Podle Smithové je však velkou součástí správné motivace i objektivní zpětná vazba formou tvořivé odezvy, jež musí splňovat některé podmínky:

- nadřazený musí vědět, co chce říct, a být konkrétní,
- na začátku by se měly vyjmenovat kladné stránky,
- odezva se musí týkat činů a chování, nesmí být zaměřena na osobu,
- musí se týkat pouze toho, co lze změnit,
- měla by obsahovat vlastní alternativní řešení, přestože by i hodnocený měl mít prostor pro tvorbu vlastního východiska,
- odezva by měla mít spíše podobu objektivního popisu než hodnocení, jelikož hodnocení směřuje k subjektivnímu názoru. Pokud však se jedná o hodnocení, musí být podáno pouze za osobu hodnotitele – tedy „já si myslím“, ne „všichni si myslí“.

Ocenění samotné už může mít různou podobu – projevení osobního zájmu, poděkování, hmotné odměny, zveřejněního úspěchu či jiného benefitu.

„Dochází - li však k podceňování nebo dokonce k diskriminaci kolegů, jde o závažný problém, který zásadním způsobem narušuje podnikové klima. Není nic špatného na tom, když jsou podporováni jednotliví zaměstnanci. Pokud však za touto zvýšenou pozorností nestojí dobré pracovní výsledky, nýbrž například osobní sympatie, budou ostatní spolupracovníci, kteří projevovali značnou píli a úsilí, zaskočeni a hluboce zklamáni.“<sup>69)</sup> (Stock, 2011, s. 38)

## 4 Výzkumná část

### 4.1 Cíle výzkumné části diplomové práce

Cílem této praktické části je zjistit základní postoje a názory zaměstnanců a uživatelů na výše zmíněné možné etické problémy, přičemž bych ráda zjištěné výsledky využila při své další práci s touto cílovou skupinou a v neposlední řadě také při tvorbě podkladů k standardům kvality.

### 4.2 Hypotézy výzkumné části diplomové práce

H<sub>1</sub>: Uživatelé mají široce organizované spektrum možností pro další rozvoj a udržování svých dovedností a znalostí.

H<sub>2</sub>: Pracovníci se aktivně, příp. pasivně podílejí na vysoké míře „přepečování“ uživatelů zajišťováním plošně poskytovaných služeb bez ohledu na individuální potřeby a možnosti uživatelů.

H<sub>3</sub>: Většina uživatelů se během svého pobytu v zařízeních poskytujících pobytovou formu sociálních služeb setkala ze strany svého okolí s výraznými projevy ageismu či dokonce s různými formami týrání.

H<sub>4</sub>: Pracovníci jednají jako profesionálové bez ohledu na sympatie či antipatie k uživateli, příp. na své osobní problémy a postoje, a snaží se aktivně podílet na vyšší efektivitě poskytovaných služeb.

### 4.3 Organizace dotazníkového šetření

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit názory seniorů a zaměstnanců na případný výskyt etických problémů v péči o seniory v sociálních zařízeních poskytujících pobytové služby. Sběr dat probíhal prostřednictvím anonymních dotazníků (viz přílohy č. 2 a 3), které byly určeny pro uživatele i pracovníky domovů pro seniory. Vzhledem ke své práci jsem byla přítomna již několika dotazníkových šetření pro studijní účely, ovšem kvůli jejich délce či složitosti otázek buď senior účast na šetření přímo odmítl, odevzdal prázdný dotazník či žádal pracovníka, aby za něj na otázky reagoval. Tomuto jsem se s ohledem na téma šetření chtěla vyhnout a z toho důvodu jsem u dotazníků pro uživatele zvolila otázky, jejichž srozumitelnost jsem ověřila u malé skupiny seniorů ve svém okolí, malé množství otázek a také jsem použila větší písmo než u druhého dotazníku. Důraz jsem kladla na vysokou návratnost rozdaných dotazníků a také na jejich vyplnění seniorem bez nezbytné přítomnosti další osoby.

V případě dotazníku pro zaměstnance jsem postupovala obdobně, jelikož z předchozích zkušeností a názorů pracovníků jasně vyplynulo, že velké množství otázek je odrazuje, zdržuje od odpočinku či práce a celkově na ně působí spíše negativně, což vede k odevzdávání prázdných dotazníků či ke skupinovému vyplňování. I zde jsem proto zvolila malý rozsah otázek.

Za velkou výhodu považuji také to, že předávání dotazníků i následné vybírání probíhalo ve většině případů přímo mnou, což umožnilo navázání osobního kontaktu i s těmi pracovníky a uživateli, kteří byli z jiných zařízení, než ve kterém pracuji já.

Dotazník pro uživatele obsahuje kromě průvodního dopisu osm uzavřených otázek s přiřazenými možnostmi odpovědí, přičemž u jedné otázky je možné následné doplnění dalších variant samotným uživatelem a v posledních dvou otázkách je možné zvolit více odpovědí.

U varianty dotazníku pro zaměstnance byl použit stejný průvodní dopis a dále šest uzavřených otázek s přiřazenými možnostmi odpovědí (z toho u dvou lze označit více odpovědí) a jedna otázka, u které zaměstnanci určovali své priority a k nabízeným možnostem přiřazovali různé hodnoty, příp. doplňovali vlastní odpovědi.



#### 4.4 Charakteristika respondentů

Dotazníkové šetření bylo provedeno u dvou skupin respondentů:

- u seniorů nad 65 let žijících ve třech ostravských domovech pro seniory. Výběr byl ovlivněn možností samostatného vyplnění dotazníků – muselo se tedy jednat o zcela orientované seniory, kteří jsou schopni vyplnit dotazník i s ohledem na jejich zdravotní stav. Jejich pohlaví nehrálo žádnou roli, přestože by mohlo být předpokládáno, že např. s týráním či zesměšňováním by se mohly setkat především ženy – seniorky (vycházím-li např. z výzkumu z roku 2007 v Životě v domovech pro seniory). Ovšem vzhledem k rozvrstvení uživatelů domovů pro seniory z hlediska pohlaví, kdy v naprosté většině převažují ženy, jsem se rozhodla nebrat toto kritérium v úvahu.
- u pracovníků poskytujících péči v domovech pro seniory. Zde nebylo úmyslně řečeno, o jakou profesi se musí jednat, dotazník mohly vyplnit pracovníce v sociálních službách, sociální pracovníce, všeobecné sestry apod. I v tomto případě nebylo bráno kritérium pohlaví v úvahu, jelikož se ve 100% jednalo o ženy. Věk nebyl zohledňován kvůli zachování anonymity.

Vždy při představení dotazníku byla zdůrazněna dobrovolnost jeho vyplnění a celkové zachování anonymity.

#### 4.5 Interpretace získaných dat

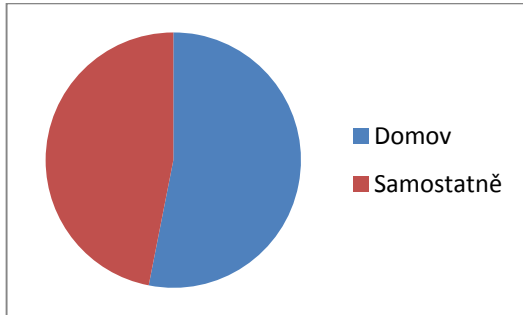
Dotazník vyplnilo celkem 81 seniorů a 71 pracovníků ze tří ostravských domovů pro seniory. Pro potvrzení či vyvrácení první hypotézy byly položeny tři otázky:

- otázka č. 1: Jak trávíte svůj volný čas v Domově?
- otázka č. 2: Máte pocit, že Vás pracovníci Domova podporují ve Vaší soběstačnosti a pomáhají Vám být nadále aktivní?

- otázka č. 3: Jste s nabídkou služeb v Domově spokojeni?

U otázky č. 1 zvolilo 43 (53%) uživatelů, že se zapojují do aktivit v domově, zatímco 38 (47%) odpovědělo, že si volný čas organizují zcela sami.

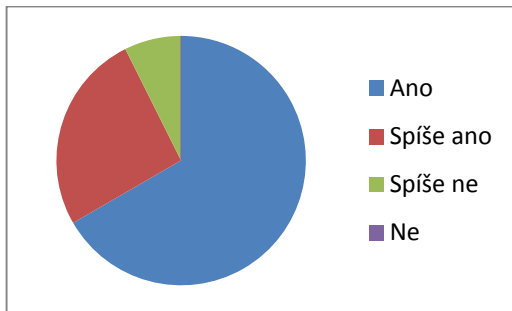
**Graf k otázce č. 1**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

U otázky č. 2 odpovědělo 54 (67%) dotazovaných zcela kladně, 21 (26%) spíše ano, 7 (5%) spíše ne a žádný uživatel nevedl zcela zápornou odpověď.

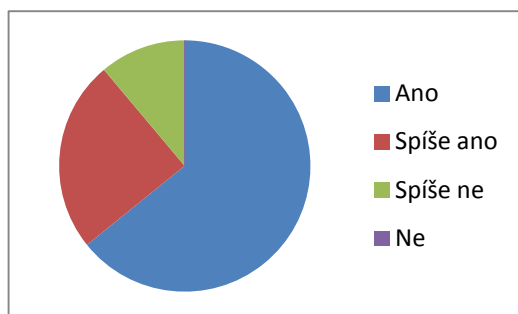
**Graf k otázce č. 2**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

K otázce č. 3 se vyjádřilo zcela kladně 52 (64%) uživatelů, 20 (25%) odpovědělo spíše ano, 9 (11%) spíše ne a nikdo z respondentů neodpověděl zcela zamítavě.

**Graf k otázce č. 3**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

U této otázky měli uživatelé možnost doplnit to, co jim v zařízení chybí. Ti z uživatelů, kteří zde uvedli nějaký nedostatek, nejčastěji zmiňovali chybějící časté návštěvy lékaře v zařízení, větší množství společenských akcí, lepší péči ze strany zaměstnanců či větší nabídku jídel.

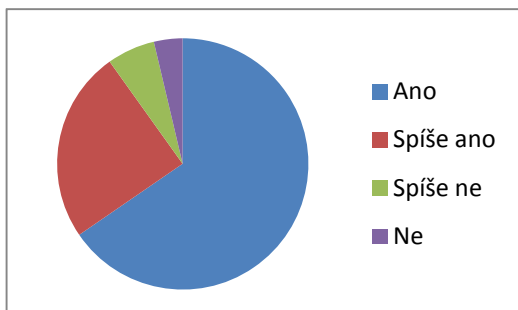
Z výsledků vyplývá, že  $H_1$  (uživatelé mají široce organizované spektrum možností pro další rozvoj a udržování svých dovedností a znalostí) se u většiny uživatelů potvrdila a senioři jsou s nabídkou služeb, které je mají podporovat v jejich aktivním způsobu života, spokojeni a využívají je, byť si také dokážou svůj volný čas zorganizovat sami bez ohledu na nabídku volnočasových činností.

V případě hypotézy č. 2 byly zformulovány také tři otázky:

- otázka č. 4: Můžete si sami určit, které úkony péče o svou osobu zvládnete sami a se kterými Vám mají pomoci pracovníci Domova?
- otázka č. 5: Pomáhají Vám pracovníci také s úkony, které můžete zvládnout samostatně?
- otázka č. 6: Máte pocit, že pracovníci Domova respektují Vaše potřeby (např. čas, který potřebujete k vykonání určité činnosti, Váš aktuální zdravotní stav, náladu apod.)?

U otázky č. 4 odpovědělo na dotaz 53 (65%) uživatelů ano, 20 (25%) spíše ano, 5 (6%) spíše ne a 3 (4%) ne.

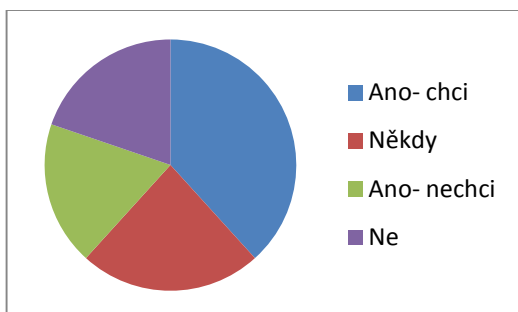
**Graf k otázce č. 4**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

Na otázku č. 5 reagovalo 31 (38%) dotazovaných tak, že pomoc navíc považují za součást služby, 19 (23%) chtějí pomoc jen, když se necítí dobře, 15 (19%) seniorům zaměstnanci pomáhají, aniž by o to žádali a 16 (20%) uživatelům pracovníci v úkonech, které zvládají, nepomáhají.

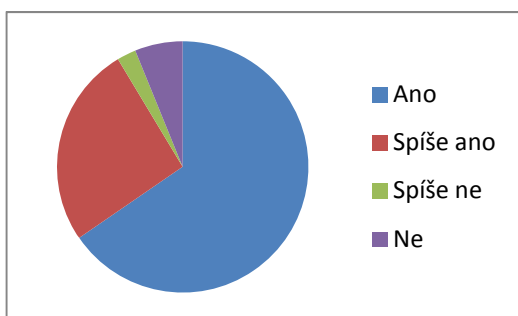
**Graf k otázce č. 5**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

V případě otázky č. 6 udává 53 (65%) respondentů kladnou odpověď, 21 (26%) spíše ano, 2 (2%) spíše ne a 5 (6%) uvedlo zcela negativní odpověď.

**Graf k otázce č. 6**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

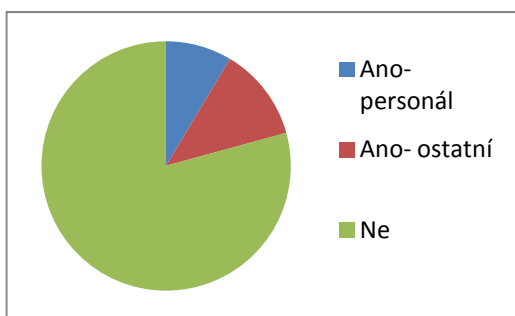
Na základě výsledků lze druhou hypotézu („pracovníci se aktivně, příp. pasivně podílejí na vysoké míře „přepečování“ uživatelů zajišťováním plošně poskytovaných služeb bez ohledu na individuální potřeby a možnosti uživatelů“) vyvrátit, přestože se jasně ukazuje, že mnozí uživatelé očekávají komplexní péči, i když jsou schopni si mnoho z poskytovaných úkonů vykonat sami.

U hypotézy č. 3 jsou zastoupeny závěrečné dvě otázky:

- otázka č. 7: Setkali jste se ve svém okolí se zesměšňováním Vašich problémů kvůli Vašemu věku nebo zdravotnímu stavu?
- otázka č. 8: Setkali jste se Vy sami v poslední době (nebo jste si toho případně všimli u někoho jiného) s fyzickým ubližováním ze strany personálu Domova nebo jiného zařízení (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných apod.)?

U sedmé otázky zaznamenalo setkání se zesměšňováním ze strany personálu 7 (9%) uživatelů, od někoho jiného 10 (12%) a negativní reakci uvedlo 65 (79%) respondentů.

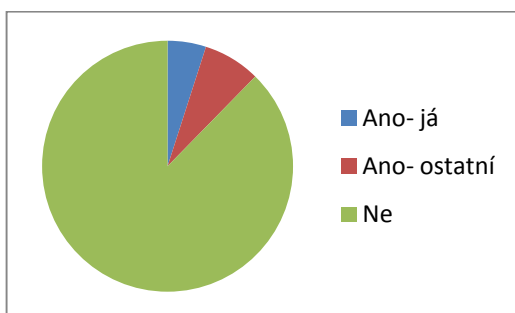
**Graf k otázce č. 7**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

U otázky č. 8 zažilo osobně týrání 4 (5%) dotazovaných, u někoho jiného 6 (7%) seniorů a 71 (88%) uživatelů s týráním žádné zkušenosti nemá.

**Graf k otázce č. 8**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

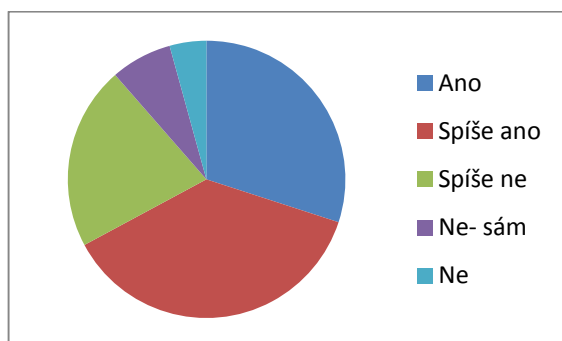
Z výsledků odpovědí u třetí hypotézy („většina uživatelů se během svého pobytu v zařízeních poskytujících pobytovou formu sociálních služeb setkala ze strany svého okolí s výraznými projevy ageismu či dokonce s různými formami týrání) vyplynulo, že většina dotazovaných uživatelů se s žádnou z forem týrání nesešla, hypotéza se tedy nepotvrdila. Přesto by se mělo i to malé procento kladných odpovědí stát signálem pro vedení organizací minimálně kvůli preventivním a informačním programům určeným pro uživatele.

Hypotéza č. 4 se týkala již ze čtyř otázek určených pro zaměstnance:

- otázka č. 1: Považujete současnou nabídku a kvalitu průběžně doplňovaného vzdělávání poskytovaného zaměstnavatelem za dostačující?
- otázka č. 2: Máte dojem, že jednáte se všemi klienty stejně bez ohledu na Vaše osobní postoje a názory?
- otázka č. 3: Uvítali byste možnost konzultace s odborníkem bez vazby na vedení organizace v rámci prevence syndromu vyhoření?
- otázka č. 4: K Vašemu lepšímu pracovnímu výkonu by Vás motivovalo (seřad'te od nejdůležitějšího (1) k nejméně důležitému (5):

Na první otázku odpovědělo 21 (30%) zaměstnanců ano, 26 (37%) spíše ano, 15 (22%) spíše ne, 5 (7%) pracovníků s nabídkou spokojeno není, ale doplňují si vzdělání samostatně a 3 (4%) respondentů označilo jako svou odpověď ne.

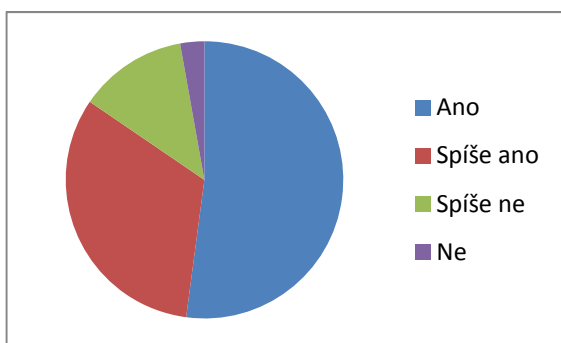
**Graf k otázce č. 1**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

U druhé otázky reagovalo 37 (52%) dotazovaných kladně, 23 (32%) uvedlo spíše ano, 9 (3%) spíše ne a 2 (3%) ne.

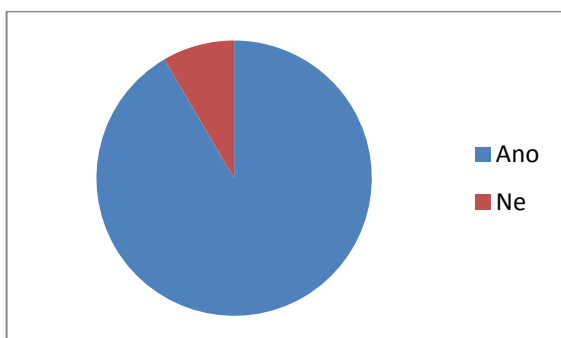
**Graf k otázce č. 2**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

Na třetí otázku uvedlo 65 (92%) pracovníků ano a 6 (8%) ne.

**Graf k otázce č. 3**

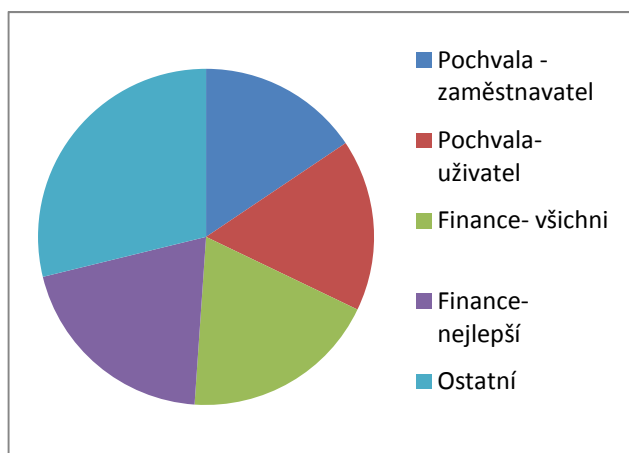


**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

U čtvrté otázky si zaměstnanci volili možnosti benefitů, přičemž nejméně bodů získala pochvala zaměstnavatele (166 b., 16%), poté pochvala uživatele (176 b., 16%), plošné finanční odměny pro všechny zaměstnance (bez ohledu na jejich výkon) získalo 202 b. (19%) bodů, finanční odměny pro nejlepší zaměstnance 214 b. (20%) a nejvýznamněji by zaměstnance motivovaly jiné benefity (307 bodů, 29%), mezi kterými převažovaly návrhy na zvýšení platu, vyšší FKSP, poukázky na relaxaci, proplácení jízdného a stravenky či příjemní nadřazení, více dovolené či větší klid na práci.



**Graf k otázce č. 4**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

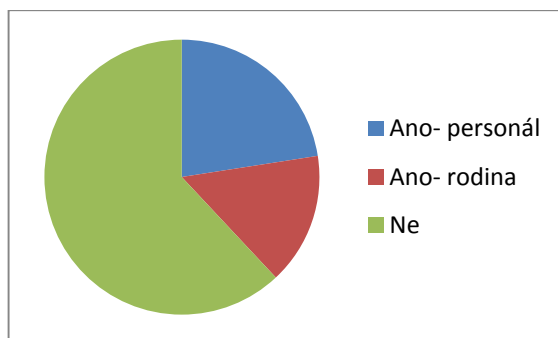
Z odpovědí tedy vyplývá, že se tato hypotéza potvrdila, zaměstnanci uvádí celkovou spokojenost a ochotu se dále vzdělávat, také se nedomnívají, že by jakkoliv upřednostňovali některé uživatele před druhými (o to překvapivější jsou výsledky  $H_3$ ). Zajímavé jsou také velmi vyrovnané výsledky v žádoucích způsobech motivace. Udivilo mě, že tolik zaměstnanců by uvítalo rovnocenné finanční odměny bez ohledu na schopnosti a výkon. Domnívám se však, že obzvláště z této otázky lze vyčíst absenci i slovních pochval, které přitom mají také velkou motivační sílu a očividně zaměstnancům chybí.

U poslední hypotézy č. 3 se uvedly závěrečné tři otázky:

- otázka č. 5: Setkali jste se ve svém okolí se zesměšňováním problémů uživatele kvůli jeho věku nebo zdravotnímu stavu?
- otázka č. 6: Setkali jste se někdy se situací, při které došlo k vědomému fyzickému ubližování uživateli ze strany personálu Domova, příp. jiného zařízení (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných apod.) nebo rodiny?
- otázka č. 7: Setkali jste se někdy se situací, při které došlo k vědomému psychickému ubližování uživateli ze strany personálu Domova, příp. jiného zařízení (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných apod.) nebo rodiny?

Na pátou otázku odpovědělo 16 (23%) zaměstnanců, že zažili zesměšňování uživatelů ze strany personálu, 11(15%) ze strany rodiny a 44 (62%) pracovníků se s ním nikdy nesetkalo.

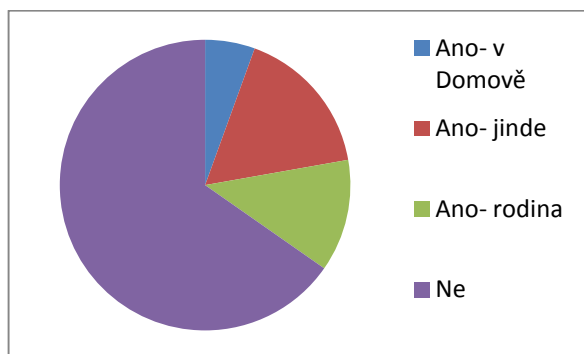
**Graf k otázce č. 5**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

U šesté otázky zvolili 4 (6%) respondenti odpověď, že se setkali s fyzickým týráním uživatelů u personálu DpS, 12 (17%) v jiném zařízení, 9 (12%) u rodiny a 47 (65%) dotazovaných nebylo nikdy svědky fyzického týrání.

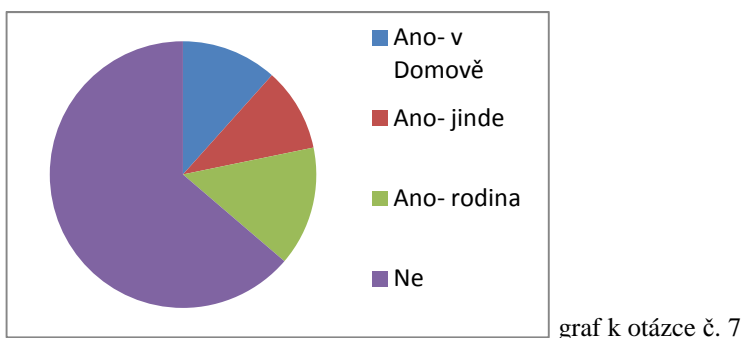
**Graf k otázce č. 6**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

Na sedmou otázku reagovalo 8 (12%) pracovníků tak, že zaznamenali psychické týrání uživatelů přímo někým ze zaměstnanců DpS, 7 (10%) v jiném zařízení, 10 (14%) některým členem rodiny uživatele a 44 (64%) dotazovaných se s psychickým týráním nesetkalo.

**Graf k otázce č. 7**



**Zdroj: dotazníkový průzkum k diplomové práci**

Ani poslední hypotéza č. 3 („většina uživatelů se během svého pobytu v zařízeních poskytujících pobytovou formu sociálních služeb setkala ze strany svého okolí s výraznými projevy ageismu či dokonce s různými formami týrání“) se zcela nepotvrdila, přestože vzhledem k velikosti vzorku jsou odpovědi ze strany zaměstnanců alarmující a v praxi by to mělo znamenat zvýšenou pozornost jak pro zřizovatele a poskytovatele, tak pro samotné zaměstnance.

## Závěr

Cílem mé práce bylo zmapovat aktuální situaci v poskytování péče seniorům převážně v pobytových zařízeních a zaměřit se na nejvýraznější etické problémy, které se mohou v této oblasti vyskytnout.

V této sféře došlo v posledních letech k mnoha změnám, výrazný obrat vidím hlavně v pohledu na profesi pečovatelů. Dříve byla požadována pouze praxe bez ohledu na vhodné osobnostní charakteristiky, nicméně nyní se klade důraz naopak na vzdělávání, možnost supervize a roli klíčových pracovníků, což je jistě prospěšné pro rozšíření a prohloubení dovedností a znalostí, ovšem u mnoha pracovníků se to míjí účinkem, jelikož v tom nevidí význam.

Péče o seniory (a mnohdy tedy o umírající) v sobě nese paradox obyčejného lidství a kvalifikované profesionality. Na jedné straně pečující personál slýchává od uživatelů a ostatních zaměstnanců, či přímo od vedení, zpochybňování důležitosti jejich práce, na druhou stranu se na ně neustále zvyšují nároky a požadavky. Mnoho kurzů se zaměřuje na poučení o nutnosti prevence syndromu vyhoření, ale (a často opět kvůli finančním důvodům) zaměstnavatel tímto svou úlohu končí – přepracovanost, nedostatečné finanční i lidské ohodnocení, podřadné vnímání pozice pečovatelů uživateli a rodinnými příslušníky, psychická i fyzická náročnost a jiné – to jsou všechno faktory, které zvyšují riziko výskytu etických problémů mezi uživateli a pracovníky.

Ovšem i u seniorů došlo ke změně - čím dál častěji jsou uživatelé osamělí, bez rodiny či někoho blízkého, nezřídka si proto pozornost vynucují či naopak „kupují“. Také bývají v rámci jednoho zařízení mnohdy imobilní a neorientovaní uživatelé spolu na pokojích či odděleních s orientovanými a mobilními, to vede k tomu, že veškerá péče je věnována nesoběstačným uživatelům, což může způsobit povrchní práci s ostatními. Působí zde i samotný strach orientovaných a mobilních uživatelů, že se jejich stav zhorší na stejnou úroveň jako u ostatních, a proto se dožadují mnohdy nevhodným způsobem zájmu ze strany personálu.

Důvodů, proč dochází neustále k etickým problémům, je samozřejmě mnohem více, osobně se však domnívám, že výraznou pomocí při jejich eliminaci jsou finance – dostatek kvalitních a akreditovaných školení, lepší finanční ohodnocení, dostatek personálu, širší možnost aktivizace seniorů, vhodnější zázemí pro uživatele, to vše by podle mého usnadnilo vzájemnou spolupráci ve všech směrech. Obzvláště v této oblasti

však finance příliš nejsou a perspektiva do budoucna také není přívětivá, nicméně to neznamená, že by se o problémech týkajících se seniorů nemělo veřejně hovořit, jen kvůli tomu, že to není tak „zajímavé a důležité“ jako např. péče o děti. Vždyť kolik odborné literatury se zabývá problematikou týrání seniorů ve srovnání s týráním žen či dětí? Opomineme-li finanční stránku, je třeba zdůraznit i „obyčejné“ uznání a poděkování, a to nejen ze strany uživatele či rodiny vůči pracovníkovi, ale i opačně – vzájemný respekt, že je někdo nemocen a přesto se nevzdává či že někdo nadstandardně vykonává svou práci a posiluje u uživatele pozitivní vnímání sebe samého.

Jsem ráda, že získané informace z odborné literatury i dotazníkového šetření, mohou využít v praxi – nejen při zadávání požadavků na další vzdělávání pracovníků, ale i při pravidelných kontrolách a další tvorbě směrnic ke standardům kvality. V rámci zařízení se postupně zaměřujeme na prevenci patologických jevů a domnívám se, že nám nové poznatky získané od uživatelů i pracovníků pomůžou.

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Název práce:** Etické problémy v péči o seniory

**Autorka práce:** Bc. Veronika Delongová

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.

## Anotace

Diplomová práce s názvem Etické problémy v péči seniory se zabývá frekventovanými patologickými jevy při poskytování péče seniorům zvláště v v pobytových zařízeních. Součástí této práce je dotazníkový průzkum zaměřený na zjištění názorů uživatelů a zaměstnanců tří ostravských domovů pro seniory na výskyt zmíněných etických problémů. Rozsah práce je 80 stran, s přílohami 92 stran.

## Klíčová slova

Senior, etika, syndrom vyhoření, násilí, týrání, vzdělávání, umírání, smrt, ageismus, uživatel, rodina, motivace, standardy, aktivizace, péče.

## Annotation

The thesis with name of Ethical issues in caring for the elderly deals with frequent pathological issues in providing care for the elderly – especially in residential facilities. Part of this thesis is the questionnaire survey, which is focused on users and employees in three homes for the elderly in Ostrava and their opinions on occurrence of these ethical issues. Range of the thesis is 80 pages - with annexes 92 pages.

## Key words

Elderly, ethics, burn – out syndrome, violence, abuse, education, dying, death, ageism, user, family, motivation, standards, activation, care.

## Seznam použité literatury a dalších zdrojů

BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J. *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-914-6.

ČILLÍK, Z. *Bývanie starých ľudí a spolunažívanie viac ako dvoch generácií*. 1. vyd. Bratislava: Výskumný ústav životnej úrovne, 1976.

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

HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1640.

JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-8-7367-590-5.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KASALOVÁ, H. Trends in Home Care Policies. In *Home care for the elderly*. 1. vyd. Geneva: International Social Security Association, 1992. ISBN 92-843-1054-7.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOVAL a kol. *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-86878-52-X.

KRIŠKOVÁ, A. *Profesionálne opatrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-329-5.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁTĽ, O. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MERG, K. *Jak přežít v práci*. 1. vyd., Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1723-1.

MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.

MUSIL, L. *"Ráda bych Vám pomohla, ale-": dilemata práce s klienty v organizacích*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.

PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, C. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

PICHAUD, C. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

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



PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

POTTER, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-211-3.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

SHIMMERLINGOVÁ, V. a kol. *Výzkum života a potřeb starých lidí*. 1. vyd., Praha: Československý výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 1982.

SHIMMERLINGOVÁ, V. *Metody sociální práce se starými lidmi*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 1972.

SMITH, J. *Jak zvyšovat produktivitu týmu*. 2. vyd. Praha: Computer Press, 2000. ISBN 80-7226-359-5.

STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3553-5.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠEPEL, V. M. *Podněty k práci: psychologická stránka hmotných a morálních stimulů*. 1. vyd. Praha: Práce, 1974.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVIČOVÁ, L. Ageismus – seriál o věkové diskriminaci. *Sociální služby*, duben 2011, s. 22- 23. ISSN 1803-7348.

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIDOVIČOVÁ, L. *Život v domovech pro seniory 2007*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2008. ISBN 978-80-87041-62-8.

VTÍPIL, Z. *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1985.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

[www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)

<http://www.mudr.org/web/mmse>

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

[http://www.pardubice.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/1100338FC0/\\$File/1417-10k01.1.pdf](http://www.pardubice.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/1100338FC0/$File/1417-10k01.1.pdf)

<http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/neco-o-supervizi.pdf>

<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-versus-tyrani-zanedbavani-senioru-459330>

<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/eutanazie-ano-ci-ne-398417>

## Přílohy

### Příloha č. 1 – Mini – Mental State Exam

#### A. Orientace

(Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.)

- ▶ Který je teď rok?
- ▶ Které je nyní roční období?

(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnotte jako správnou odpověď obě období.)

- ▶ Můžete mi říci dnešní datum?
- ▶ Který je den v týdnu?
- ▶ Který je teď měsíc?

(V prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)

- ▶ Ve kterém jsme státě?
- ▶ Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- ▶ Ve kterém jsme městě?
- ▶ Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)?

(Název nemusí být přesný a úplný.)

- ▶ Na kterém jsme poschodí?

#### B. Zapamatování

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut.

Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy.

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

Prosím, opakujte tato slova.

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".

## C. Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech.

Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

- ▶ 93
- ▶ 86
- ▶ 79
- ▶ 72
- ▶ 65

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

Hláskujte nazpět slovo POKRM.

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

## D. Výbavnost

Teď, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

## E. Pojmenování předmětu

- ▶ Jak se to jmenuje?

(Ukažte náramkové hodinky).

- ▶ Co je to?

(Ukažte tužku).

## F. Opakování

Opakujte po mně větu:

- ▶ "Žádná kdyby nebo ale."

(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).

## G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

- ▶ Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).

1. stupeň: pravá ruka
2. stupeň: složení na polovinu
3. stupeň: položení na podlahu

## H. Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: "Zavřete oči".

- ▶ Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).

## I. Psaní

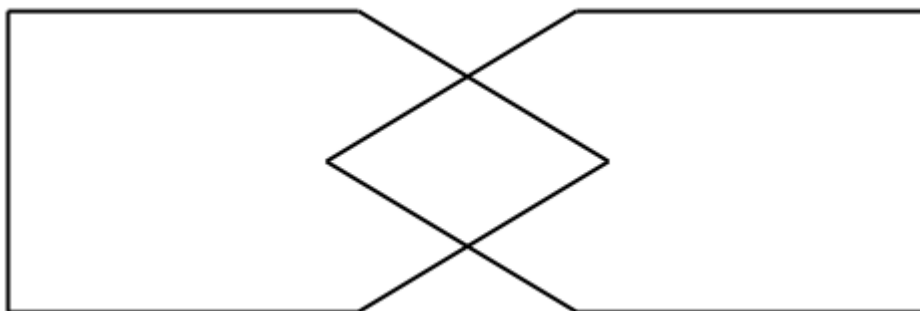
Dejte nemocnému tužku a papír.

- ▶ Napište jakoukoli větu.

(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).

## J. Opisování

► Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty.



(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)

### Hodnocení

#### **30-27 bodů (Normální stav)**

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

#### **26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)**

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakujte MMSE!

#### **24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)**

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

#### **9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)**

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

**5-0 bodů (Demence těžkého stupně)**

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

## Příloha č. 2

Vážená paní/ Vážený pane,

dovoluji si Vás tímto způsobem požádat o spolupráci s vyplněním tohoto dotazníku. Jsem studentkou Institutu mezioborových studií, což je součást Univerzity Tomáše Bati a připravuji diplomovou práci na téma Etické problémy v péči o seniory.

Tento dotazník by měl sloužit k nahlédnutí do současné situace v domovech pro seniory a Vaše názory a zkušenosti jsou pro splnění tohoto cíle nesmírně cenné. Dotazník je zcela anonymní, proto Vás zdvořile žádám o naprostou otevřenost a upřímnost.

Děkuji a přeji Vám hezký den.

Veronika Delongová

DATUM:



1) Jak trávíte svůj volný čas v Domově?

- a) Zapojuji se do aktivit nabízených domovem
- b) Volný čas si organizuji samostatně bez ohledu na nabídku aktivit v domově

2) Máte pocit, že Vás pracovníci Domova podporují ve Vaší soběstačnosti a pomáhají Vám být nadále aktivní?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

3) Jste s nabídkou služeb v Domově spokojeni?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Jaké služby Vám zde chybí?

.....  
.....  
.....  
.....

4) Můžete si sami určit, které úkony péče o svou osobu zvládnete sami a se kterými Vám mají pomoci pracovníci Domova?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

5) Pomáhají Vám pracovníci také s úkony, které můžete zvládnout samostatně?

- a) Ano, považuji to za součást služby
- b) Ano, ale pouze když se zrovna necítím dobře
- c) Ano, ale nežádám o to
- d) Ne

6) Máte pocit, že pracovníci Domova respektují Vaše potřeby (např. čas, který potřebujete k vykonání určité činnosti, Váš aktuální zdravotní stav, náladu apod.)?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

7) Setkali jste se ve svém okolí se zesměšňováním Vašich problémů kvůli Vašemu věku nebo zdravotnímu stavu? (může být více možností)

- a) Ano, ze strany personálu
- b) Ano, od někoho jiného
- c) Ne

8) Setkali jste se Vy sami v poslední době (nebo jste si toho případně všimli u někoho jiného) s fyzickým ubližováním ze strany personálu Domova nebo jiného zařízení (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných apod.)? (může být více možností)

- a) Ano, týkalo se to přímo mě
- b) Ano, týkalo se to ale někoho jiného
- c) Ne

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu!

## Příloha č. 3

Vážená paní/ Vážený pane,

dovoluji si Vás tímto způsobem požádat o spolupráci s vyplněním tohoto dotazníku. Jsem studentkou Institutu mezioborových studií, což je součást Univerzity Tomáše Bati a připravuji diplomovou práci na téma Etické problémy v péči o seniory.

Tento dotazník by měl sloužit k nahlédnutí do současné situace v domovech pro seniory a Vaše názory a zkušenosti jsou pro splnění tohoto cíle nesmírně cenné. Dotazník je zcela anonymní, proto Vás zdvořile žádám o naprostou otevřenost a upřímnost.

Děkuji a přeji Vám hezký den.

Veronika Delongová

DATUM:

- 1) Považujete současnou nabídku a kvalitu průběžně doplňovaného vzdělávání poskytovaného zaměstnavatelem za dostačující?
  - a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne, doplňuji si jej samostatně
  - e) Ne
  
- 2) Máte dojem, že jednáte se všemi klienty stejně bez ohledu na Vaše osobní postoje a názory?
  - a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
  
- 3) Uvítali byste možnost konzultace s odborníkem bez vazby na vedení organizace v rámci prevence syndromu vyhoření?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
- 4) K Vašemu lepšímu pracovnímu výkonu by Vás motivovalo (seřadte od nejdůležitějšího (1) k nejméně důležitému (5)):
  - a) Pochvala zaměstnavatele .....
  - b) Pochvala uživatele .....
  - c) Plošné finanční odměny pro všechny zaměstnance (bez ohledu na jejich výkon) .....
  - d) Finanční odměny pro nejlepší zaměstnance .....
  - e) Jiné benefity ..... (jaké:  
.....)
  
- 5) Setkali jste se ve svém okolí se zesměšňováním problémů uživatele kvůli jeho věku nebo zdravotnímu stavu? (může být více možností)
  - a) Ano, ze strany personálu
  - b) Ano, ze strany rodiny
  - c) Ne

6) Setkali jste se někdy se situací, při které došlo k vědomému fyzickému ubližování uživateli ze strany personálu Domova, příp. jiného zařízení (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných apod.) nebo rodiny? (může být více možností)

- a) Ano, týkalo se to personálu Domova
- b) Ano, týkalo se to jiného zařízení
- c) Ano, týkalo se to rodiny
- d) Ne

7) Setkali jste se někdy se situací, při které došlo k vědomému psychickému ubližování uživateli ze strany personálu Domova, příp. jiného zařízení (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných apod.) nebo rodiny? (může být více možností)

- a) Ano, týkalo se to personálu Domova
- b) Ano, týkalo se to jiného zařízení
- c) Ano, týkalo se to rodiny
- d) Ne

Moc Vám děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník!