

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Násilí na seniorech a krizové životní situace, jejich východiska**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**Mgr. Lenka Součková**

**Vypracovala:**  
**Silvie Šobánková**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Násilí na seniorech a krizové životní situace, jejich východiska“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 25. 4. 2012

.....

Silvie Šobáňová

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Lence Součkové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, za trpělivý a ochotný přístup.

Děkuji také panu RNDr. Eduardu Kočárkovi, Ph.D. za pomoc s formální úpravou bakalářské práce a za morální podporu.

Silvie Šobáňová

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Úvod</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1. Stáří jako přirozená životní etapa</b>                   | <b>7</b>  |
| 1.1. Biologické projevy stárnutí                               | 8         |
| 1.2. Psychické projevy stárnutí                                | 11        |
| 1.3. Sociální projevy stárnutí                                 | 14        |
| <b>2. Krizové životní situace, které přináší seniorský věk</b> | <b>17</b> |
| 2.1. Význam manželství, smrt manželského partnera              | 17        |
| 2.2. Vlastní vážná nemoc                                       | 21        |
| 2.3. Umístění do domova pro seniory                            | 24        |
| <b>3. Násilí na seniorech</b>                                  | <b>27</b> |
| 3.1. Domácí násilí na seniorech                                | 27        |
| 3.2. Násilí na seniorech v ústavní péči                        | 32        |
| 3.3. Jiné formy násilí na seniorech                            | 34        |
| <b>4. Pomoc seniorům ohroženým domácím násilím</b>             | <b>36</b> |
| 4.1. Právní rámec domácího násilí v České republice            | 36        |
| 4.2. Postupy při zjištění týrání seniora v ústavní péči        | 39        |
| <b>5. Kazuistiky</b>   | <b>42</b> |
| 5.1. Domácí násilí   | 42        |
| 5.2. Zanedbávání péče v ústavním zařízení                      | 46        |
| 5.3. Kazuistika z policejní praxe                              | 49        |
| <b>Závěr</b>   | <b>51</b> |
| <b>Resumé</b>  | <b>54</b> |
| <b>Anotace</b>   | <b>55</b> |
| <b>Seznam použité literatury</b>                               | <b>56</b> |
| <b>Seznam příloh</b>   | <b>58</b> |

## Úvod

Senium – stáří – slovo, které v mnoha lidech vyvolává napětí, úzkost a strach, přestože se odborníci shodují na tom, že stáří není nemoc. Ale realita kolem nás dnes a denně ukazuje, že stáří s sebou přináší nemoc, nemohoucnost a nesoběstačnost. V této bakalářské práci chci představit stáří jako přirozené období života s projevy a změnami v oblasti biologické, psychické a sociální. Stejně jako všechna údobí života člověka prochází i stáří svými krizovými situacemi, které jsou vzhledem k seniorskému věku považovány za normální.

Ale i v seniorském věku existují krizové životní situace, které se za normální určitě považovat nedají. Jedná se o různé typy násilí na seniorech a zanedbávání péče o nesoběstačné seniory. Je potřeba na tyto problémy upozorňovat, protože staří lidé jsou často bezbranní jako malé děti a nejsou schopni si sami pomoci či se sami násilí bránit a ochránit se.

Mezi seniory jsem začala pracovat hned po maturitě na ekonomické škole v 18 letech a to v domově důchodců jako hospodářka. Protože mne živí lidé zajímali více než neživé úřední formuláře, přešla jsem z kanceláře do ošetrovatelského procesu jako sanitárka. Přitom jsem dálkově studovala vyšší zdravotnickou školu a nyní již 11. rok pracuji jako zdravotní sestra v domově se zvláštním režimem – pečujeme o pacienty postižené demencí, zejména Alzheimerovou nemocí. Problematika stárnutí, stáří a umírání mně není cizí, a také proto jsem si pro zpracování bakalářské práce vybrala téma zaměřené na seniory, konkrétně „Násilí na seniorech, krizové životní situace a jejich východiska“. Obsahem práce jsou závažná témata domácího násilí na seniorech a zanedbávání péče o svěřené pacienty v ústavní péči. O smutných kauzách týraných dětí a s případy domácího násilí na ženách je dnes veřejnost informována poměrně často. Ale co se týče násilí na seniorech, mají informační média vůči nejstarším členům naší společnosti určitý dluh. Jediné události, o nichž se občas doslechneme, jsou ty nejkřiklavější případy pachatelů závažných trestných činů na seniorech. Tyto příběhy, kdy zloději v bezbřehém hyenismu (vydávající se např. za řemeslníky, kontrolory apod.) bezostyšně okrádají staré občany o celoživotní úspory, jsou však pouze příslovečnou „špičkou ledovce“.

Cílem mé bakalářské práce je seznámit širší veřejnost s problémy seniorského věku, s myšlením a prožíváním seniorů, s jejich trápením i možnostmi a s hledáním řešení jejich případných životních krizových situací.

## 1. Stáří jako přirozená životní etapa

Dnešní společnost se klaní jako modle mládí, kráse, bohatství, úspěchu a v konfrontaci s bolestí, nemocí, stářím a umíráním se cítí nesvá. (M. Svatošová, Hospice a umění doprovázet.) A přece – už okamžikem narození, ba okamžikem početí začínáme stárnout. Nejdříve je to stárnutí roztomilé – to je v období dětství, s mládím a dospělostí už nastupuje zodpovědnost a starosti a my nemáme na stárnutí čas myslet, dokud nás jako cílovou skupinu nezačnou zasahovat reklamní spoty na obličej bez vrásek nebo na pohyby bez bolestí kloubů; ženám reklamy nabízejí bezproblémovou menopauzu a mužům zase řešení problémů s prostatou. A to už nám začíná blikat kontrolka a přepadat úzkost – pozor, stáří je tady! A právě teď nastává čas, abychom si uvědomili, že stáří je přirozená součást života a na nás je tuto skutečnost přijmout a zpracovat. Ať už se rozhodneme prožít stáří aktivně a co nám síly a možnosti stačí, začneme ještě poznávat tento svět, nebo se pasívně stáhneme s knihou v ruce do sebe a budeme si užívat konečně klidu, důležité je, abychom stáří přijali a smířili se s ním jako přirozenou životní etapou. Abychom uměli uzavřít a přijmout svůj životní příběh se vším, co obnáší, se všemi pozitivními i negativními okamžiky, které nám sám život přinesl. Abychom dokázali s vyrovnaností, láskou a pokorou vzpomínat na předešlé životní kapitoly.

Každý z nás ví, jak vypadá starý člověk, pokud máme trochu empatie, tak možná i tušíme, co může starý člověk prožívat. Pojdme se ale na jednotlivé aspekty stárnutí podívat pod drobnohledem a z vícero úhlů. V první podkapitole prozkoumáme, jak nám stárne naše tělo, v druhé podkapitole se pokusíme ponořit do duše a prožívání seniorů a třetí podkapitola nám sdělí, jak stárnutí těla i psychiky ovlivňují sociální vztahy a kontakty.

*„Smrt patří k životu tak jako narození. Chůze se uskutečňuje jak zvedáním, tak i pokládáním nohy.“*

Rabíndranáth Thákur

## 1.1. Biologické projevy stárnutí

V současné době je podle měřítek Světové zdravotnické organizace (WHO) definován starý člověk jako člověk starší 60 let. Od tohoto věku jsou stanoveny následující kategorie:

Třetí věk – 60-74 let

Čtvrtý věk – 75-89 let

Vysoký věk – 90-99 let

Staletí – více než 100 let. (Kolektiv autorů, Zdraví pro třetí věk, str.7)

Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku. Stárnutí je obecně biologickým jevem. Nelze nalézt příklad živého organismu či struktury, které by nepodléhaly procesu stárnutí.

Jaké jsou obecné rysy stárnutí? Proces stárnutí je nerovnoměrný. Některé systémy postihuje u některých lidí více, jiné méně. Některé dříve, jiné později. Některé orgány nemusí být postiženy vůbec, zatímco jiné mohou vykazovat pokročilé změny. Nejvýraznějším jevem stárnutí je **atrofie**. Snad není v těle orgán, který by v pozdním věku neatrofoval. Typicky se snižuje váha mozku a žláznatých orgánů, specializovaná tkáň se nahrazuje méně specializovanou pojivovou tkání. Velmi nápadná je atrofie kůže. Ta je svráštělá, chabá, škára atrofuje, ztenčuje se a ztrácí pružnost. **Snížení elasticity** je rovněž typické pro stárnutí všech orgánů. Mění se struktura kolagenu, v kůži se hromadí lipofuscin, tzv. pigment stáří. Snižuje se činnost potních a mazových žláz, atrofují sliznice, snižuje se sekrece HCl v žaludeční stěně, zmenšuje se resorpce střevní, atrofuje hladká svalovina trávicího traktu. To má za následek poruchy střevní pasáže. Změna elastických vlastností postihuje plíce. Plíce se stávají méně poddajné, zvětšují se

zejména subpleurální alveolární prostory. Stav bývá nazýván stařeckým plicním emfyzémem ač s plicní rozedmou nemá nic společného. Snížení elasticity postihuje i cévní systém. Tím, že se cévy stávají méně elastické, objevuje se pružnicková hypertenze. Kosti postihuje osteoporosa, trámčina je řidší, kosti ztrácejí svoji pevnost. Atrofují kosterní svaly, ve svalovině se zmnožuje vazivo. (Z. Kalvach, Úvod do gerontologie a geriatric, str. 18, 25, 26).

**Změny v oblasti vidění** – nejvýraznějším příznakem stárnutí oka jsou změny zrakové ostrosti související se ztrátou pružnosti čočky – viz doklad toho v údajích o **presbyoptii** – vetchozrakosti (v 70 letech činí tato ztráta již 25% a v pozdější fázi života až přes 50%). Dochází i ke změnám ve vnímání barev. Ukazuje se, že v průběhu stárnutí se prodlužují reakce na modrou a červenou barvu a snižuje se schopnost vnímání červené a modré barvy. To se však netýká například žluté barvy. Tu vnímáme i ve stáří velice dobře. Pozoruhodné je i to, že se ve stáří nezmenšuje zorné pole. (J. Křivohlavý, Psychologie nemoci, str. 140).

V souvislosti s očními chorobami ve stáří hovoříme také o glaukomu (zelený zákal) a kataraktě (šedý zákal). **Glaukom** je choroba způsobená zvýšeným nitroočním tlakem, jenž utlačuje vlákna zrakového nervu. Při dlouhodobém působení vysokého nitroočního tlaku dochází k odumírání těchto vláken. Pokud není glaukom včas léčen (chirurgicky nebo medikamentózně), může dojít až k oslepnutí postiženého. Důležitou prevencí proto představují prohlídky u očního lékaře. **Katarakta** (šedý zákal) je onemocnění, kdy dochází k poklesu průhlednosti (zakalení) oční čočky. V současnosti lze postiženou čočku operativně odstranit a nahradit umělým implantátem. (E. Kočárek, Biologie člověka 2, str. 154)

**Změny ve vnímání akustických podnětů** – v průběhu stárnutí se snižuje citlivost zvláště k vyšším frekvencím akustického spektra. V pozdější fázi (např. po 75. roce věku) se stále častěji vyskytuje **nedoslýchavost**. (J. Křivohlavý, Psychologie nemoci, str. 140)

Také **chrup** starších lidí doznává výrazných změn. Mezi onemocnění chrupu patří zubní kaz, změny periodontu, částečná nebo také úplná ztráta chrupu. To se může projevit jak v řeči, např. ve zkreslené výslovnosti sykavek, tak také v přijímání potravy. (J. Křivohlavý, Psychologie nemoci, str. 140)



Lékařský obor, který se zabývá chorobami seniorů a péčí o seniory, se nazývá **geriatrie**. Moderní geriatrie má intervenčně – preventivní charakter. Od ostatních oborů medicíny se odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče – nejen lékařské, ale i ošetrovatelské a rehabilitační a akceptováním zdravotně – sociální povahy onemocnění seniorů.

**Nejčastějšími chorobami** vyššího věku jsou:

- kardiovaskulární choroby (všechny formy ischemické choroby srdeční, hypertenze, aterosklerosa, cévní mozkové příhody)
- nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza, zlomeniny krčku stehenní kosti)
- metabolická onemocnění (*diabetes mellitus*)
- gastrointestinální a respirační onemocnění.

Senioři nad 80 let se někdy vyčleňují jako samostatná populační skupina, narůstá u nich prevalence chorob a polymorbidita, vysoký výskyt chronických a degenerativních nemocí. Například kardiovaskulární choroby se vyskytují až u 91% a onemocnění pohybového aparátu u 47% seniorů starších 80 let.

**Stařecká křehkost** (z angl. *frailty*) nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost, respektive rizikovost, je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty v důsledku dekonkondicace, úbytkem kostní hmoty (osteopenií až osteoporózou) a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Tito nemocní jsou ohroženi disabilitou v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech. (E. Topinková – Geriatrie pro praxi, str. 5, 6, 9.)

## 1.2. Psychické projevy stárnutí

Z hlediska psychologických teorií má období stáří v rámci kontinuity lidského života svůj specifický význam. Podle E. Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří **dosáhnout integrity v pojetí vlastního života**. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života jako celku a pochopení jeho smyslu. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnaní se s vlastním životem usnadňuje i vyrovnání se se smrtí jako jeho nevyhnutelným důsledkem. Starý člověk by měl umět svůj život přijmout takový, jaký byl, bez velké lítosti nad tím, co se neuskutečnilo, nebo mohlo být jinak. To zahrnuje i přijetí své vlastní nedokonalosti a smíření se svými nedostatky.

Dosažení integrity vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti. V rámci generační kontinuity má i smrt individua určitý význam: jeho roli přebírají další generace, které z jeho života vzešly.

Integrita stáří, a tím i zhodnocení vlastního života, závisí na zvládnutí úkolů předchozích vývojových období. Pocit základní důvěry je v tomto období definován jako pocit pozitivní naděje v úspěšné pokračování života jeho potomků. Pozitivní naděje už nezávisí na fyzické existenci starého člověka, ale váže se k následujícím generacím a k pokračování vlastního díla jinými lidmi. Naděje, která je základní silou v období dětství, podle E. Eriksona postupně dozrává a ke konci života se mění ve víru. Nezvládnutí vývojového úkolu stáří se projevuje nespokojeností s vlastním životem a zoufalstvím nad ztrátou možnosti prožít jej znovu, lepším způsobem. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie, str. 444, 445).

V období stáří se mění i mnohé **psychické funkce**, některé z těchto změn jsou **podmíněny biologicky**. Proces stárnutí vede k různým strukturálním i funkčním změnám mozku, které se projeví i v psychické oblasti. Klesá hmotnost mozku, tloušťka mozkové kůry, zvyšuje se objem mozkových komor. Tyto projevy bývají považovány za příčinu zhoršení funkce tzv. fluidní inteligence. Změny podmíněné stárnutím se často projevují zpomalením reakcí. Příčinou může být jak snížená produkce klíčových neurotransmiterů, tak i změna průtoku krve mozkovými cévami. Z tohoto důvodu

nemůže člověk plně využívat všechny nové informace, které přicházejí, nedokáže je dostatečně rychle zpracovat, a proto není schopen uvažovat o více faktech najednou.

Postupný pokles funkčních rezerv a zhoršení adaptačních schopností, včetně inteligence mohou ovlivňovat i různé **psychosociální vlivy**. Změny psychických funkcí ve stáří jsou ovlivněny tzv. kohortovou zkušeností – lidé stejné generace získali obdobnou sociální zkušenost, působily na ně podobné sociokulturní vlivy. V průběhu svého života byli zatíženi stejnými makrosociálními traumaty a stresy. Ke změnám mohou přispívat očekávání a postoje společnosti, které manipulují staré lidi k přijetí určitého postoje, modelu chování, k pasivitě, jejímž důsledkem je stagnace a úpadek kompetencí, které přestaly být využívány. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie, str. 450, 451)

V průběhu stárnutí dochází k poklesu psychických funkcí. Se zvyšujícím se věkem se zhoršuje pozornost, zvláště schopnost rozdělit pozornost na sledování několik současně probíhajících událostí. Zpomaluje se tempo psychických pochodů a prodlužuje se reakční čas. Klesá schopnost vytvářet vzpomínky na nové události a zhoršuje se učení. Ve stáří se snižuje kreativita, zhoršuje se výkon ve standardizovaných psychologických testech inteligence a paměti. K dalším změnám v psychických funkcích patří také delší doznívání emocí a změny osobnosti (redukují se zájmy, může se zvýraznit egoismus). Tyto změny psychických funkcí nepostihují ve stejné míře všechny seniory, naopak existují výrazné individuální rozdíly. (E. Kolibáš, Změny jednání seniorů, str. 105, 106).

Se stářím se zhoršuje **zraková a sluchová ostrost**. Tyto obtíže mohou ve značné míře ovlivňovat i ostatní poznávací procesy. Starý člověk se musí mnohem více soustředit, aby dobře viděl a slyšel všechno, co potřebuje. Výsledkem této zátěže, dané obtížností vnímání a větším zatížením pozornosti, bývá únava a s ní spojené emoční reakce: napětí, sklon k afektivním výbuchům, ale i úzkostnost a deprese.

**Poruchy paměti** jsou běžně známým projevem stárnutí. Ve stáří dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů: ukládání i vybavování. Zhoršuje se zpracování a uchování nových informací. Staří lidé bývají ve větší míře zaměřeni do minulosti, která je pro ně subjektivně uspokojivější a je zkrášlena příjemnými vzpomínkami. To také může být důvodem, proč senioři rádi vyprávějí staré historky. Mnohdy tyto příběhy opakují častokrát po sobě, aniž si uvědomují, že už je posluchači znají.

Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se čemukoliv novému učí, a proto se všemu novému hůře přizpůsobuje. Zátěž může představovat jakákoliv změna, dokonce i ta pozitivní. Staří lidé dost často na nové zkušenosti rezignují, bývají konzervativní, protože zaběhaný stereotyp je pro ně méně náročný. Staří lidé kladou větší důraz na bezvýhradné respektování řádu, který činí lidské jednání srozumitelné, což je pro seniory důležité.

Přijatelná funkce paměti je důležitá i pro uchování vlastní identity. Člověk, který nepoznává své okolí, nezná svou minulost a neví, kdo je, svou identitu ztrácí. Je to důsledek patologického procesu, který vede ke komplexnímu postižení psychiky, k poruchám kognitivních funkcí, k těžké demenci. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie, str. 452, 453, 454.)

**Demence** není normální součástí stárnutí. Často užívaný pojem „senilní demence“ je chybný a zavádějící. Staří nepřinášejí automaticky kognitivní poruchy či demence. Přesto odborníci tvrdí, že Alzheimerova demence bude tichou epidemií 21. století. Demence je skupina duševních poruch, jejichž charakteristický rys je získaný podstatný úbytek tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí, především paměti a intelektu. Výsledkem je pak celková degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnost běžných denních aktivit a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.

Rozlišujeme několik typů demence, z nichž asi nejznámější je pojem „Alzheimerova demence“ – název dostala po mnichovském neuropatologovi Aloisi Alzheimerovi, který v roce 1907 popsal histologický nález mozku pacientky, která zemřela s diagnózou těžké demence. Jeho spolupracovníci považovali tento nález za natolik odlišný od běžné demence, že prosadili pojem Alzheimerova nemoc. (F. Koukolík, Alzheimerova demence, str.12).

Dalším typem demence je vaskulární demence, která se považuje po Alzheimerově chorobě za druhou nejčastější příčinu poruch kognitivních funkcí. Vaskulární demence je vyvolaná cerebrovaskulárními chorobami, které poškozují funkce mozku. Jedná se zejména o cévní mozkové příhody.

Z dalších typů demence můžeme jmenovat Demence s Lewyho tělísky, Pickova demence, demence při Parkinsonově chorobě.

Demence je nutno léčit komplexně, kromě farmakoterapie je nutno používat i ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, psychoterapii, socioterapii. Je nutno pečovat nejen o nemocné, ale i o jejich příbuzné a pečovatele. V České republice existuje Česká alzheimerovská společnost, která provádí edukativní a konzultativní činnost.

### 1.3. Sociální projevy stárnutí

Stáří je také typické úbytkem a **proměnou sociálních rolí**. Sociálně podmíněnou změnou role je **odchod do důchodu**. Starý člověk ztrácí svoji profesní roli, která měla určitou sociální prestiž a stává se anonymním důchodcem, jehož role příliš velkou prestiž nemá. Změna mnoha dalších rolí je podmíněna biologicky. Starý člověk ztratí svého manželského partnera a získá **roli vdovce**. Může onemocnět a získat roli **nemocného**, resp. bezmocného. Z tohoto důvodu může ztratit i soukromí svého domova a získat roli pacienta léčebny dlouhodobě nemocných nebo obyvatele domova pro seniory. Změny rolí, které jsou typické pro stáří, vedou ke stále větší anonymizaci, symbolizují ztrátu prestiže a potvrzují zvýšení celkové závislosti starého člověka na společnosti. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie, str. 464)

Starší lidé bývají ve větší míře **izolováni** ve svém soukromí, mají **méně sociálních kontaktů**. Ve stáří dochází k větší koncentraci na sebe, resp. na rodinu a známé v nejbližším okolí. Tento postoj je způsoben ubýváním různých schopností: staří lidé hůře vidí a slyší, jsou labilnější, pomalejší a hůře přizpůsobivější. Z hlediska starého člověka se vnější svět příliš rychle mění a občas je těžké se v něm vyznat. Problém, které stáří přináší je **osamělost**, spojená se ztrátou mnoha sociálních kontaktů. Pocit osamělosti může být dán izolací od společnosti, ale i proměnou okolního světa, který se může starému člověku zdát cizí. Ve stáří se zvyšuje strach z opuštěnosti. Příčinou rizika samoty a izolace může být jak fyzický stav seniora (možnost sociálního kontaktu limituje jak snížená hybnost, tak postižení zraku či sluchu, ale i jakákoliv jiná závažnější nemoc), tak i psychický stav (úbytek kompetencí, deprese, změny osobnosti).

Pro starého člověka mají značný význam lidé v sousedství, kteří vytvářejí jeho **sociální teritorium**. To je také jeden z důvodů, proč je pro staré lidi stresující měnit bydliště. Dalším důležitým prostředkem k udržení potřebného sociálního kontaktu je telefon.

**Telefon** podporuje pocit dostupnosti lidské společnosti, pocit jistoty a bezpečí, že je v případě potřeby možné někomu zavolat. Náhradním společníkem může být rovněž rozhlas a televize. **Televize** nabízí starému člověku jakousi náhradní společnost, která si žije svůj symbolický život v různých seriálech. Senioři často velice intenzivně prožívají osudy různých filmových, zejména seriálových postav. V této formě se stávají i oni symbolickými účastníky takového dění. S hrdiny se nezdědka ztotožňují a v závislosti na nich žijí jakýsi zprostředkovaný život. Jejich vlastní reálný život bývá v této době chudý na jakékoliv události.

Senioři většinou **odmítají změny i v oblasti hodnot a norem**. V průběhu senia vzrůstá ulpívání na důsledném dodržování řádu. K tomu vede staré lidi zvýšená potřeba bezpečí a jistoty, kterou může uspokojovat důraz na bezvýhradné dodržování pravidel. Pokud budou taková pravidla skutečně závazná, lze předvídat chování různých lidí a člověk se může cítit bezpečněji. Rigidita a egocentrismus signalizují úbytek kompetencí a snížení tolerance k zátěži. Starý člověk má větší obavy, protože má menší schopnost bránit se. A pokud tak činí, používá takové prostředky, jaké má k dispozici: dožaduje se ohledu, stává se zvýšeně podezíravým a očekává, že bude postižen nějakým bezprávím. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie, str. 463)

Důležitý je i **postoj současné společnosti ke stáří**. A ten většinou bývá negativní. Stáří je vnímáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat. Jeho kompetence i zkušenosti ztrácejí svůj význam, pro současnou společnost není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém této společnosti, který zdůrazňuje zachování všech kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.), staré lidi silně znevýhodňuje. Z tohoto hodnotového systému vychází **ageismus** – postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k diskriminaci pouze na základě stáří. Mladší generace ztrácí vědomí vzájemné kontinuity všech generací, které se dříve udržovalo společným vícegeneračním soužitím. Vzhledem k tomu nepocítuje se starými lidmi sounáležitost, chápe je jako příslušníky jiné podřadnější kategorie, s nimiž nemá nic společného. Staří lidé mají nízký sociální status, jsou jim přičítány převážně negativní vlastnosti a nízké kompetence. Jsou chápáni jako přítěž společnosti, skupina, která mnoho vyžaduje a nic nepřináší. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie, str. 443, 444)

Naštěstí ne všichni příslušníci mladších věkových kategorií jsou zastánci ageismu. Je mezi námi i mnoho těch, kteří si uvědomují svoji vlastní pomíjitelnost a také to, že všichni budeme jednou staří, pokud se nám „nepoštěstí“ zemřít dříve, než zestárneme. Budeme cháttrat tak jako současní senioři a stejně jako oni budeme potřebovat přinejmenším pomoc či doprovod, v horším případě se staneme úplně závislími na pečovateli.

Vytvořit funkční systém péče o staré lidi je nezbytné. Předpokladem úspěchu je porozumění potřebám a nárokům starých lidí, jakož i reálným možnostem rodiny a společnosti a to jak v historickém kontextu, tak v současnosti.

Jaká je současná rodina? Může, chce a umí se o starého člověka postarat? Kvalita péče rodiny kolísá a mění se v závislosti na mnoha faktorech. Rodiny jsou v realizaci své péče často omezeny především tím, že ženy středního věku jsou plně zaměstnány, že na jejich bedrech leží ještě starost o dosud ekonomicky nezaopatřené děti.

Řešením však není nereálné volání po dávné praxi výměnkářů. Ta se uplatňovala v naprosto jiných ekonomických a společenských podmínkách. Také život výměnkářů nebyl zdaleka tak idylický, jak si namlouváme, anebo jak o tom čteme v některých starších prózách z vesnického prostředí. Naopak nepředstavitelná bída většiny starých lidí, kteří živořili na pokraji bídy, byla důvodem pro výstavbu nejrůznějších útulků, starobinců, chorobinců a posléze i domovů důchodců. Tedy ta zařízení, která jsou mnohdy „strašákem“ pro současného starého člověka, byla poněkud paradoxně snem oné dávné, nyní často přikrašlované minulosti. (Z. Kalvach a kol., Vybrané kapitoly z geriatrické a medicíny chronických stavů II. díl, str. 10)

V péči o seniory v současné době je možné kombinovat péči rodiny a domácí pečovatelské služby, pokud rodina chce a může se o své nejstarší členy postarat. Také tradiční domovy důchodců doznávají plno pozitivních změn, přetvořily se v domovy pro seniory, jsou neustále vybízены a nuceny jak společenskými okolnostmi, tak legislativou zkvalitňovat své nabízené služby seniorům.

*„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý“*  
Jonathan Swift

## 2. Krizové životní situace, které přináší seniorský věk

V první kapitole jsme se seznámili s obdobím stáří jako přirozenou životní etapou, s jeho biologickými, psychickými i sociálními příznaky a projevy.

Druhá kapitola nás provede obtížnými životními situacemi, které stáří mohou provázet a ve většině případů také provázejí. Jedná se zvláště o smrt manželského partnera, vlastní vážnou nemoc až po ztrátu sebeobsluhy a nutnost využít péče některého ústavního zařízení.

*„Když dosáhnete stáří, nemůžete zemřít předčasně, i kdybyste se rozkrájeli.“*

Vlastimil Brodský

### 2.1. Význam manželství, ztráta životního partnera

Vztah starších lidí bývá stabilizovaný. **Manželská spokojenost** má ve stáří mírně stoupající tendenci. Senioři se cítí v manželství šťastnější než lidé středního věku, i když svoji spokojenost navenek nemusí projevovat. Problémy, které se i v jejich vztahu objevují, považují za méně závažné než členové mladší generace. Senioři jsou v manželství spokojenější i proto, že od něho očekávají méně, resp. jsou realističtější než dřív. Starší páry žijící v dlouholetém manželství si projevují více pozitivních emocí než páry středního věku, ale neprojevují je okázalým způsobem, jsou obsaženy spíše v jejich chování a sdílení životního dění. Starší lidé jsou ochotnější přijmout kompromis, protože to odpovídá jejich aktuální sociální strategii. Řešení problémů pomocí drobných úniků, např. odchodem do zaměstnání, je nyní mnohem složitější a také vědí, že se svým partnerem musí prožít zbytek života a toto soužití bude těsnější než dřív. U spokojených starších párů je zřejmý trend k eliminaci genderových rozdílů v partnerském chování, které se běžně projevují u mladších mužů a žen.

**Důvody stabilizace** a nárůstu spokojenosti manželství mohou být různé, obvykle jde o kombinaci více faktorů. Starší manžele spojuje zkušenost letitého soužití ve stejných



podmínkách. A tím se zvyšuje pravděpodobnost, že budou sdílet stejné hodnoty a zaujímat podobné postoje. Dalším z faktorů posílení vazby na partnera může být také omezení sociálních kontaktů po odchodu do důchodu a větší potřeba opory a jistoty, kterou jim může poskytnout jen blízký člověk. A také fakt, že manželství, která vydržela tak dlouhou dobu, bývají alespoň přijatelná. Významná je i vývojově podmíněná tendence uzavřít příběh vlastního partnerství, který se stává součástí integrity prožitého života, a proto k němu starší lidé zaujmají vyrovnanější a pozitivnější postoj.

Na druhou stranu je nutno podotknout, že v období raného stáří spolu setrvávají v manželství i páry, které spokojené nejsou. Tito lidé se spolu naučili žít tak, aby zbytečně nevyvolávali konflikty. Naučili se neprožívat negativní aspekty svého partnerství a reagovat lhostejností. Žijí s partnerem, ale nikoliv v partnerství. Někdy může dojít i ke zhoršení manželského soužití, obvykle se tak děje pod vlivem závažné nemoci nebo v důsledku změny osobnosti jednoho nebo obou partnerů. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II. str. 368, 369, 370)

S postupujícím věkem si starší lidé uvědomují, jak je pro ně manželský partner důležitý. Jejich sociální kontakty jsou spojeny s partnerem, např. návštěvy příbuzných, společných přátel, a často nemají senioři ani dostatek motivace a energie, aby hledali novou společnost mimo svoji rodinu. Starší manželé jsou na sebe odkázáni i v jiných oblastech, jejich soužití ve stáří posiluje potřeba větší partnerské solidarity. Ta je zárukou opory v zátěžových situacích. Manželský partner je blízkým člověkem, stabilním společníkem, který je vždycky k dispozici a většinou od něj lze očekávat i podporu, porozumění a pomoc v nesnázích. Problémy jednoho z manželů se vždy týkají i druhého a naruší také jeho život. Starší člověk je k podpoře svého partnera motivován mimo jiné i svými vlastními zájmy. Manželský partner je pro něj v mnoha směrech důležitý a bez něho by mu bylo daleko hůř. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II., str. 373)

**Zdrojem častého stresu ve stáří je nemoc manželského partnera;** bývá prožívána jako vlastní ohrožení a představuje náročnou životní situaci. Starší člověk se bojí ztráty partnera, jeho nesoběstačnosti, ale i změny životního stylu, který z této situace vyplývá. Pečující partner je nucen omezit uspokojení vlastních potřeb a věnovat se nemocnému manželovi. Pokud by to neučinil, byl by sužován pocity viny. Pod vlivem těžké nemoci

jednoho z manželů se mění role a vzájemné vztahy obou. Nemocný člověk se dostává do submisivní a závislé pozice. Pečující manžel získává dominantní postavení a s ním spojenou moc, ale i značnou zodpovědnost, leckdy větší, než by si přál a je schopen unést. Starší páry akceptují vzájemnou zranitelnost a respektují psychické i somatické potřeby partnera. Lidé pečující o nemocného partnera (jsou to většinou starší ženy) se k němu v této době často ještě více citově připoutají.

Pro staršího člověka je každodenní péče o těžce nemocného partnera fyzicky i psychicky náročná, zejména pokud je s nemocným sám. Tato povinnost ho vyčerpává natolik, že ji po určité době přestává zvládat a zároveň si uvědomuje, že ji zvládnout musí. Dlouhodobé připoutání k závažně nemocnému člověku může posilovat sebeúctu pečujícího a někdy i vzájemný vztah obou manželů, ale jinak mnoho pozitivního neposkytuje. Kromě celkové vyčerpanosti zvyšuje pesimismus, sklon k rezignaci, apatii a ztrátu zájmu o cokoliv. Platí to zejména tehdy, jestliže se nemocný partner mění psychicky a přestává reagovat očekávaným způsobem. Pečující člověk se může cítit izolován, frustrován a prožívat různé negativní reakce (vztek, úzkost, deprese), které většinou ani nemůže dát najevo, protože by to bylo sociálně nepřijatelné. Pokud se obětování partnerovi stalo smyslem života pečujícího, je pravděpodobné, že se po jeho smrti zhroutí. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II., str. 375, 376)

**Smrt manželského partnera** je další velkou zátěží, které přináší stáří. Přestože jde o vysoce pravděpodobnou událost, lidé na ni nebývají připraveni. Subjektivní stres spojený se ztrátou partnera roste přímo úměrně s věkem. Starší lidé snášejí ztrátu partnera hůře, i když vědí, že jde o událost, která je v tomto věku obvyklá. Oživení tématu vlastní smrti nebývá pro starší ovdovělé lidi děsivá, někdy si dokonce přejí zemřít a následovat svého partnera.

Ve stáří je ztráta celoživotního partnera téměř nenahraditelná a ovlivní všechny složky života staršího člověka. Smrt partnera vede ke ztrátě jednoho významného smyslu života a důležité složky identity. Z toho vyplývá zvýšení pocitu ohrožení, prázdnoty a osamělosti. Důsledkem ovdovění je zhroucení struktury navyklého denního režimu, už není proč jej dodržovat. Ovdovělý člověk najednou nemá pro koho žít, mnohé každodenní činnosti se nyní jeví zbytečné. Zbortí se perspektiva společné budoucnosti a společných plánů, i když by byly uskutečnitelné, tak je pozůstalý člověk nechce

realizovat sám nebo k jejich realizaci nemá dostatečnou motivaci. Nemałym zdrojem stresu je také zhoršení ekonomické situace, zejména u žen, které mívají menší důchody.

Reakce na smrt manželského partnera se projeví jak v oblasti rozumové, tak v oblasti emočního prožívání a také chování. **Na rozumové úrovni** může člověk akceptovat nevyhnutelnost smrti starého a nemocného partnera, ale emočně ji neakceptuje. Tento rozpor se obvykle projevuje bezprostředně po úmrtí partnera a je signálem setrvání ve fázi šoku a nepřijetí reality. Později se mohou objevit různé racionalizace, které hodnotí smrt jako východisko z utrpení, kterým nemocný člověk musel projít. Změna interpretace slouží k usnadnění jejího přijetí. Smrt je za takových okolností chápána jako východisko, i když emočně neuspokojivé.

Typickou **emoční reakcí** na smrt partnera je zármutek, který může trvat různě dlouho. Může se objevit ještě před smrtí milovaného partnera, jako anticipovaný zármutek, v situaci, kdy je jeho smrt nevyhnutelná a nedá se na tom nic změnit. Umožňuje postupné zpracování neodvratné skutečnosti. Smutek a žal bývá doprovázen pocitem chybění smyslu dalšího života, ale i somatickými reakcemi, např. nespavostí, nechutenstvím.

**Projevy chování**, které vyplývají ze zármutku nad ztrátou blízkého člověka, jsou označovány jako **truchlení**. Smutek se projevuje například ve výrazu obličeje, pláčem, držením těla. Pozůstalý člověk na svého zemřelého partnera stále vzpomíná, má potřebu o něm mluvit. Ritualizované truchlení umožňuje obřad pohřbu. Pohřeb lze chápat i jako definitivní sociální potvrzení smrti určitého člověka. Truchlící lidé mohou reagovat nejen smutkem, ale i podrážděně, zlostně a nepřátelsky, nechtějí být zatěžováni projevy soustrastí a kontakty s lidmi, kteří je dle jejich názoru nemohou pochopit. Není výjimečnou reakcí na ovdovění i stažení se do izolace a rezignace na běžné sociální kontakty. Společný domov vytvářejí především ženy, a proto se pro ně domov stává útočištěm i po smrti partnera. Pro muže přestává mít svůj původní význam, když v něm není jejich žena.

Ovdovění může mít negativní vliv i na **zdravotní stav** pozůstalého partnera, zejména pokud nedokáže nebo nemá možnost projevit svůj smutek navenek. To je typické spíše pro muže, jejichž zármutek je obrácen víc dovnitř a pak se projeví některým ze somatických, resp. psychosomatických symptomů. Nemoc má v tomto případě

signalizační funkci, připoutává pozornost okolí, kterou ovdovělý člověk potřebuje a neumí si ji získat jinak.

Zvládání zátěže ovdovění je náročný proces, protože vyžaduje změnu ve všech oblastech života. Průměrná doba nezbytná ke zvládnutí této zátěže a vytvoření nového životního programu činí v průměru dva roky. Zvládání zátěže ovdovění se může lišit i vzhledem k pohlaví.

**Ženské truchlení** mívá bouřlivější průběh, ženy svoje emoce nepotlačují, ale dovedou je projevit a sdělit. Vzhledem k tomu si mohou svůj zármutek odžít a vyrovnat se s ním. Přesto jim zvládání zátěže ovdovění trvá déle než mužům, někdy tento proces trvá i několik let.

**Mužské truchlení** je jiné, protože od mužů se neočekává, že se budou oddávat truchlení, ale že budou jednat. Vzhledem k tomu, že je sociálně nežádoucí, aby muž projevoval svůj smutek navenek, muži svoje emoce potlačují. Nehledají tak často jako ženy oporu a porozumění u svých blízkých, proto nakonec zůstávají se svým zármutkem sami. Projevy smutku mohou být u mužů skryty za somatickými obtížemi nebo mohou mít podobu hněvu a vzteku.

Vztah k partnerovi přetrvává i po jeho smrti. Ovdovělí starší lidé chodí často na hřbitov, starají se o hrob, komunikují se svým zesnulým. V bytě často zůstávají jeho věci, jeho místo u stolu, fotografie. Ovdovělý člověk často mluví o svém zesnulém partnerovi v přítomném čase. Manželský partner byl tak významnou součástí jejich života, že jím zůstal i po smrti. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II., str. 376, 377, 378, 379, 380).

## **2.2. Vlastní vážná nemoc**

Zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený úbytek různých kompetencí je typickým projevem stáří. Staří lidé obvykle trpí **polymorbiditou**, tj. současným výskytem mnoha chorob. Průběh chorob je typický sklonem ke komplikacím a chronicitě. Úbytek tělesných i psychických sil vede k postupné ztrátě soběstačnosti a s ní související autonomie. Autonomie se někdy udržuje jen těžko a starý člověk si ji nakonec může

uchovat jen symbolicky či formálně. Negativismus starých lidí je reakcí na fakt, že už o sobě a o svém životě nemohou rozhodovat tak jako dřív.

Pro kvalitu života starého člověka není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale spíše stupeň funkčního postižení, které z ní vyplývá. Zdraví není ve stáří chápáno jako neexistence nemoci, víc jde o zachování soběstačnosti a přijatelného pocitu pohody. Podle seniorů znamená zdraví schopnost radovat se ze života a možnost dělat si, co chtějí. Významným ukazatelem zhoršení zdravotního stavu seniorů je kumulace postižení různých funkcí snižující jejich celkovou soběstačnost. Projevuje se neschopností vykonávat běžné činnosti a postarat se o sebe a o svou domácnost. Snížení soběstačnosti může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných lidí či nutnosti umístění do instituce.

Pro stáří je typický nárůst některých chorob a z nich vyplývajících postižení. Nejčastější jsou chronická onemocnění oběhové soustavy. **Kardiovaskulární choroby** mohou být spojeny s různými funkčními problémy zhoršujícími kvalitu života, např. výrazným omezením fyzické výkonnosti, ale i úzkostností, unavitelností apod.

Lidé, kteří prodělali **cévní mozkovou příhodu**, bývají bradypsychičtí, obtížně se soustředí a pomalu reagují, nebo jsou naopak dráždiví a emočně labilní. V závislosti na lokalizaci může dojít k poškození řeči (k afázii, příp. dysfázii). Takto postižený člověk přestává rozumět mluvenému i psanému sdělení, nedovede se vyjádřit a v krajním případě dokonce přestává vůbec verbálně komunikovat. Soběstačnost v běžném životě narušuje i apraxie, člověk ztrácí narušené motorické dovednosti, nedokáže se obléci, obout, vyčistit zuby apod. Některé změny celkového ladění, k nimž dochází v důsledku cévních mozkových příhod, mají sociálně nepříznivé důsledky. Zvýšená dráždivost, převaha mrzuté nálady, netrpělivost a nesnášenlivost zhoršují vztahy s nejbližšími lidmi někdy i proto, že blízcí takto postiženého jedince nechápou, že to jsou projevy nemoci, ale považují je za svévoli.

Velmi časté jsou ve stáří **nemoci pohybového ústrojí**. Jejich důsledkem je snížená soběstačnost a s ní související sociální izolace. Hůře pohybliví senioři mají obavy z pádu, z nezvládnutí situace v běžném denním provozu, např. v dopravním prostředku. Narůstající úzkost a napětí často vedou k rezignaci na samostatný pohyb a k setrvání v bytě či v jeho nejbližším okolí.

Relativně častým problémem stáří je **demence**, to znamená závažnější úbytek rozumových schopností, který vede až k úplné ztrátě soběstačnosti a činí člověka závislým na péči jiných lidí. Prvním signálem demence bývá nápadnější zhoršování paměti. Nepoznává své okolí, známé osoby a někdy si nepamatuje ani kdo je on sám. Dalším projevem pokračující demence je bradypsychismus, ztráta schopnosti logicky uvažovat a z toho vyplývající porucha soudnosti. S takto postiženým seniorem se nelze standardním způsobem domluvit, nechápe logické argumenty, a proto je nemůže ani akceptovat. V rámci postupující demence dochází k osobnostním změnám, nemocný se může stát nápadně sobeckým, ohroublým, neempatickým a bezohledným, ačkoliv nikdy předtím takový nebyl. Někdy dochází ke ztrátě kontroly pudů, např. v oblasti jídla a sexuality, a v důsledku toho k sociálně nepřijatelnému chování. Nemocní trpící demencí nejsou schopni respektovat běžné normy chování. Tak výrazná změna osobnosti je pro nejbližší členy rodiny značně traumatizující.

Senioři trpí také **depresivními rozladami**, vymezit počet takto postižených seniorů je obtížné, protože deprese nejsou vždy správně diagnostikovány. Deprese mohou být reakcí na kumulaci různých stresů, typických pro období stáří, nebo jsou spojeny s obavami z budoucnosti, s úzkostí a strachem a z toho vyplývajícími pocity bezmocnosti. Ve stáří dochází také ke zvýšené četnosti dokonaných sebevražd. Jejich počet roste po 65. roce a ještě více po 75. roce. Důvodem suicidálního jednání bývá nakupení negativních událostí a pocit ztráty přijatelné perspektivy. Sebevražedné jednání je výrazem neschopnosti či chybění motivace řešit bezvýchodnou situaci jinak, je projevem beznaděje a rezignace na další život. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II., str. 402,403,404,405,406).

Stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma. Není to správné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Starším lidem však hrozí příchod vážných a strasti přinášejících nemocí častěji, což je důvod, proč se stáří bojíme.

U starých nemocných trpících polymorbiditou se jednotlivé nemoci často navzájem prolínají a ovlivňují. Lékaři popisují také tzv. „dominový efekt“. Ten spočívá v tom, že určitá nemoc vyvolá i zhoršení ostatních nemocí. S polymorbiditou souvisí i polypragmázie – užívání celé řady léků najednou. Vyskytuje se tendence delšího stonání – tam, kde se mladší člověk uzdraví za týden, potřebuje senior třeba celý měsíc.

Výrazný a častý je také přechod stávající nemoci do chronicity. Celkovým důsledkem dekompenzace zdravotního stavu je především ztráta soběstačnosti, která již neumožňuje seniorovi samostatný a nezávislý život v domácím prostředí. (H. Haškovcová, Fenomén stáří, str. 248, 251)

### 2.3. Umístění do domova pro seniory

**Umístění do domova pro seniory**, popřípadě svěření do jiného podobného typu ústavní péče, je výrazným mezníkem v životě starého člověka. Představuje výraznou změnu životního stylu. Hlavní zátěž spočívá v těchto problémech:

- Život v instituci je spojen se **ztrátou osobního zázemí**, známých míst a s ním spojené identity. Starý člověk vnímá redukci své identity jako ohrožení. Ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého prostředí, které zahrnuje nejen byt, ale i jeho materiální a sociální okolí. V nové situaci získává pouze anonymní roli obyvatele dané instituce.
- Umístění do ústavu jen potvrzuje **ztrátu autonomie a soběstačnosti** starého člověka. Tato změna je prožívána jako důsledek postupujícího úpadku vlastní osobnosti.
- Přesun do ústavního zařízení je chápán **jako signál blížícího se konce života**. Staří lidé si v této době uvědomují, že život se dostává do poslední fáze, po níž následuje jen smrt. Senioři pobyt v těchto institucích vnímají jako „poslední štaci“, která mívá kvůli nakumulování mnoha potíží spíše negativní charakter. Tato změna je definitivní, predeterminuje jejich budoucnost, která jim ještě zbývá, a ta se za daných okolností jeví chmurná. Reakcí bývá zhoršení emočního ladění, deprese, apatie a očekávání jakéhokoliv pozitivního očekávání, popřípadě i ztráta smyslu takovéto existence. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II., str. 419)

Většina stárnoucích a starých lidí by si přála dožívat ve svých domovech, mezi svými blízkými, a zůstat zde až do konce života. Současnou, tradiční a „na lůžku“ poskytovanou péčí je nezbytné: **decentralizovat, demedicinalizovat, deprofesionalizovat a deresortizovat**. Tento program, stručně nazývaný „4x De“ respektuje přání starých lidí, akceptuje jejich nároky a nabízí přijatelné a dostupné

řešení, které je společnost schopna zajistit. (Z. Kalvach a kol., Vybrané kapitoly z geriatrické a medicíny chronických stavů II. díl, str. 10)

Z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je důležitá deinstitucionalizace. V tomto pojetí znamená přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle je na základě sociálního zákona rozvinuta široká škála terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí.

Více než 85% pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi: zřizovatelem již není stát. Pobytové služby také poskytují neziskové organizace (občanská sdružení, církve). Poskytované sociální služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které klientovi poskytuje sociální službu.

Všechny sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Registraci je možné získat jenom při dodržování stanovených zákonných podmínek – jde o způsob garance kvality poskytovaných služeb. Kvalita poskytovaných sociálních služeb je zajišťována pomocí standardů kvality sociálních služeb, které svými kritérii přesně určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby a povinnosti vůči klientům.

Klientům jsou poskytovány služby na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Individuální plánování a sociální standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. Klient se stává aktivním spolutvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pečujících pracovníků, již není jen pasivním příjemcem prováděných činností. Všechny služby, které jsou mu poskytovány, směřují k podpoře nebo udržení jeho soběstačnosti. Cílem poskytovaných služeb není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny. (E. Malíková, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, str. 32, 33)



Nejčastějším důvodem rozhodnutí odejít do domova pro seniory je zhoršení zdravotního stavu a z toho vyplývající nezvládnutí domácích prací a sebeobsluhy. Adaptace na tuto životní změnu je proces, jehož průběh závisí na motivaci a postojích starého člověka, respektive na míře dobrovolnosti tohoto rozhodnutí.

**Proces adaptace na nedobrovolné umístění** do instituce má tři fáze, které poněkud připomínají dětskou separační úzkost. Starý a většinou i zdravotně limitovaný člověk, který nemusí mít náhled na vlastní nesobětnost a nezbytnost komplexní péče, je násilně separován od svého zdroje jistoty a bezpečí, od zázemí svého domova.

– **Fáze odporu.** Staří lidé mohou být negativističtí, agresivní a hostilní vůči komukoliv, dost často vůči tzv. náhradním viníkům, protože ti skuteční obvykle nebývají přítomni. To znamená vůči personálu, ale i ve vztahu k ostatním starým lidem.

– **Fáze zoufalství** a apatie následuje obvykle poté, když se starý člověk vyčerpá a zjistí, že jeho odpor nevede k žádnému efektu. Rezignují a ztrácí o všechno zájem, o svůj život. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti. Lidé tohoto věku snadno ztrácejí v zátěžových situacích vůli k životu.

– **Fáze vytvoření** nové pozitivní vazby. Některým starým lidem se podaří navázat pozitivní vztah, např. s někým z personálu nebo s jiným obyvatelem domova, který by jim pomohl novou situaci sdílet a dával takovému životu nějaký smysl.

**Adaptace na dobrovolný odchod** do domova pro seniory bývá méně problematická, ale i tak může přinášet řadu problémů:

– **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu.** Starý člověk se nejprve orientuje, získává informace, jak se zde vůbec žije. V této fázi bývají lidé přecitlivělí, bilancují a srovnávají, co je lepší.

– **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu.** Starý člověk se po určité době smiřuje se ztrátou svého zázemí, se změnou role i způsobu života, získá nové sociální kontakty. Je však velice obtížné, a zřejmě i vzácné, aby se s touto institucí identifikoval a považoval ji za svůj domov. (M. Vágnerová, Vývojová psychologie II., str. 422,423).

*„Nejen obohatit život o léta, ale i obohatit léta o život“*

Mezinárodní gerontologická společnost

### 3. Násilí na seniorech

Ve druhé kapitole jsme prošli krizovými životními situacemi, které přináší seniorský věk. Přináší je tak nějak automaticky, přirozeně, v souladu s přirozeným životním obdobím a sklonkem života. Třetí kapitola pojednává o krizích, které nejsou přirozené, už vůbec nejsou v souladu se seniorským věkem. Jedná se naopak o patologické chování vůči seniorům, které může vyvrcholit až trestným činem.

Pojem „**násilí**“ (*violence*), resp. obvykle užívané synonymum „**týrání, zneužívání**“ (*abuse*), můžeme chápat v užších či širších souvislostech. Zatímco užší definice pojmu násilí se omezuje pouze na fyzické násilí, tak širší pojetí pojímá násilí jako „jakýkoliv čin poškozující oběť“. Sem patří mimo fyzického násilí i další formy, které lze obecně shrnout pod násilí psychické, sexuální a ekonomické a kam z konkrétních prostředků můžeme zařadit například používání donucení, hrozeb, zastrašování, citového týrání, včetně ponižování, sociální izolace od rodiny a přátel prostřednictvím neustálé kontroly a projevů žárlivosti, scén, zlehčování vlastní viny nebo obviňování druhého, omezování přístupu k finančním zdrojům. (Kolektiv autorů, Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, str. 12)

Profesorka Helena Haškovcová definuje týrání jako zlé nakládání se svěřenou osobou, které se vyznačuje „vyšším stupněm bezcitnosti, hrubosti a určitou trvalostí, které působí na oběť pro svou krutost, bolestivost a bezohlednost destruktivně a vyvolává u ní pocity hlubokého příkoří“. (H. Haškovcová, Fenomén stáří, str. 308)

#### 3.1. Domácí násilí na seniorech

Pojem „**domácí násilí**“ vznikl jako překlad anglického termínu „*domestic violence*“. Zahrnuje všechny projevy fyzického, sexuálního a psychického násilí páchaného mezi jednotlivými členy rodiny.

Charakteristickým rysem domácího násilí je jeho opakování, dlouhodobost a téměř každodenní přítomnost. Jedná se o vzorec donucovacího chování užívaného jednou osobou k ovládnutí jiné osoby nebo jiných osob. Může mít rozmanité podoby: hrubé nadávky, stále kritizování, ponižování, urážky, zesměšňování, podřívání sebedůvěry,

omezování osobní svobody, ekonomické vydírání, vyhrožování tělesným ublížením až přímé tělesné ubližování. (Kolektiv autorů, Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, str. 81)

Senioři jako osoby ohrožené domácím násilím představují skupinu dosud neprávem opomíjenou výzkumníky i odborníky na problematiku domácího násilí. Problematika násilí na seniorech je totiž něco, co se obtížně podchycuje. Samotní senioři danou skutečnost skrývají, protože se za ni stydí, nebo v důsledku nemoci (demence či deprese) nejsou schopni násilí rozpoznat a oznámit. Důvodů, proč mlčí, je více: kromě obav seniorů, že bude zpochybňována věrohodnost jejich výpovědi (budou označováni jako dementní a tedy nevěrohodní), se často bojí hanby, kterou by zažívali, pokud by se ostatní dověděli, jak špatně své děti vychovali. Násilnými osobami jsou totiž nejčastěji právě dospělé děti a vnuci. Senioři se stydí i sami za sebe, za své ponížení, navíc bývají na násilných osobách různým způsobem závislí, mají k nim i citový vztah. Obávají se ztráty člověka, který se o ně stará, a to i v případě, že se k nim chová násilně a nepečuje o ně dobře. Bojí se, že budou muset opustit svůj domov a jít do instituce, jako je domov pro seniory nebo léčebna dlouhodobě nemocných. Také se mohou obávat odplaty či stupňování útoků ze strany násilné osoby. I snaha udržet soukromí a intimitu rodiny vede starého člověka ke zdrženlivosti násilí ohlásit. (D. Ševčík, N. Špatenková, Domácí násilí, str. 126)

### **Příznaky domácího násilí u seniorů**

#### **Příznaky tělesného násilí:**

- podlitiny, stopy po bití, kopání,
- nejasné pády a úrazy,
- stesky na týrání,
- popáleniny neobvyklé typem či místem,
- známky po omezování, stopy po kurtování, podlitiny ve formě otisků prstů,
- opakovaně chybné podání či preskripce léků,
- podvyživenost nebo dehydratace bez vysvětlující choroby,

- zanedbaná hygiena či známky neadekvátní péče (dekubity, zanedbané rány aj.)
- škrábance, říznutí, výrony, vpichy,
- bolest při doteku, známky dušení.

### **Příznaky psychického násilí:**

- psychická labilita,
- zmatenost,
- skleslost, deprese, plačtivost, stahování se do sebe,
- pasivita, apatie,
- úzkost, strach,
- bezradnost, rezignovanost, pocit beznaděje, bezmoci,
- změna příjmu potravy, problémy se spánkem,
- neochota mluvit otevřeně, neadekvátní verbalizace, nepravděpodobné příběhy,
- nerozhodnost, poddajnost, podlézavost, stud, vyhýbavost,
- neschopnost adekvátně reagovat,
- regresivní projevy, vyhledávání pečujícího chování (snaha o přitulení se).

### **Příznaky sexuálního obtěžování a zneužívání:**

- stesky na sexuální obtěžování či zneužívání,
- nejasné změny v chování (agrese, stažení, sebepoškozování),
- opakované stesky na bolesti břicha či nejasné krvácení z pochvy nebo konečníku,
- recidivy záněty genitálu, podlitiny v oblasti genitálu či prsů,

- potřáhané, potřísněné nebo zakrvácené spodní prádlo.

#### **Příznaky finančního a materiálního zneužívání:**

- neobvyklé či pro daného člověka atypické výdaje peněz, výdaje peněz s rozporu s jeho názory,
- změny závěti či vlastnictví ve prospěch nových přátel nebo příbuzných,
- mizející majetek, ztráty šperků a osobních věcí
- podezřelé aktivity kolem platební karty,
- nedostatek pohodlí, které by si měl člověk dopřát, neléčené zdravotní problémy,
- úroveň sebezpečí, která neodpovídá jeho majetku a jeho příjmům.

#### **Příznaky zanedbávání péče:**

- zanedbaná domácnost, např. nepořádek, nečistota, zavšivení, špinavé ložní prádlo,
- zápach moči a fekálií šířící se po místnosti starého člověka,
- podvýživa a dehydratace seniora,
- prošlé, nespotřebované medikamenty,
- potraviny s prošlou lhůtou spotřeby či plesnivé jídlo,
- absence základních potravin, není nakoupeno,
- nedostatek nutných či přiměřených předmětů osobní potřeby,
- imobilizační syndrom včetně dekubitů, hypotermie,
- pozdní ošetření chorob či poranění. (D. Ševčík, N. Špatenková, Domácí násilí, str. 127, 128, 129)

Násilí na seniorech v domácím prostředí sice naplňuje všechny charakteristické rysy domácího násilí, jako je jeho opakování, dlouhodobost, téměř každodenní přítomnost a postupná vzrůstající intenzita útoků, útoky se odehrávají na soukromé půdě, kam nedosahuje sociální kontrola, ale jistá polemika se týká toho, zda jsou skutečně role aktérů domácího násilí dané a neměnné. V případech týrání seniorů totiž není vždy možné s přesností identifikovat, kdo je pachatel a kdo oběť. Kromě toho se role ohrožené a násilné osoby mohou měnit a ne vždy můžeme jednoznačně určit, kdo koho ve vztahu senior-rodinný pečující vlastně týral a zneužíval. To je ovšem v protikladu k tvrzení, že status pachatele a oběti je v případech domácího násilí jasně určen. Ve studii O'Malleyho a kol. bylo zjištěno, že zneužívání staří lidé pravděpodobně vyprovokovali násilí „rýpáním“, neustálou manipulací s nějakou věcí, anebo planou argumentací. Náročná, psychicky i fyzicky vyčerpávající péče o seniory a obtížná komunikace s nimi může být pro pečující zdrojem intenzivního stresu, zejména pro hrubost seniorů a jejich nemístné poznámky vůči pečujícím. V této souvislosti je důležité si uvědomit, že senior nemusí být vždy vděčným příjemcem péče a už vůbec nemusí být nekonfliktním členem rodiny. To však může platit i pro ostatní členy domácnosti. (D. Ševčík, N. Špatenková, Domácí násilí, str. 129, 130)

Podívejme se však na problematiku násilí na seniorech objektivně – a to i z pohledu, který k nim není tolik shovívavý. Soužití s nimi nemusí vždy jednoznačně znamenat klid a pohodu. V mnoha případech domácího násilí na seniorech můžeme hovořit i o sociální dědičnosti. Týká se to případů, kdy se člověk choval po celý život despoticky ke svým dětem. Pak by se neměl ve stáří divit, že se k němu potomci nechovají jinak. K identifikaci zneužívání je důležité poznat, v jaké rodinné situaci se postižený nachází nyní a jaká byla jeho rodinná situace v minulosti. To, co se stalo v minulosti, může být příčinou současného zneužívání. Zneužívání může být naučený způsob chování – pokud dítě vyrůstá v násilném prostředí, může je považovat za přijatelnou normu chování i ve své dospělosti. (Kolektiv autorů, Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, str. 93)

### 3.2. Násilí na seniorech v ústavní péči

V současné době je nezanedbatelné procento seniorů umístěno v závěru života do ústavní péče. Problematika špatného zacházení se starými lidmi v ústavní péči se přímo odvíjí od nedostatku financí, které chybí v resortu zdravotnictví a sociálních věcí. Úměra mezi nízkými příjmy zdravotníků a pracovníků v sociální péči a špatným zacházením či zanedbáváním péče svěřených seniorů jistě existuje. Na ošetřující personál v domovech pro seniory je, právě kvůli nedostatku financí na jeho potřebný počet, kladena vysoká zátěž, a to jak fyzická, tak psychická. Jeden ošetřovatel musí během dopoledne zajistit péči v průměru o 10 pacientů, během odpolední směny až o 20 pacientů. Noční směna – jeden ošetřovatel má na starost v průměru 40-50 klientů domova pro seniory. Nedostatečně je zajištěna i akutní lékařská pomoc, zubní ošetření, rehabilitace a fyzioterapie, jakož i psychologická pomoc pro seniory.

Závažnost problematiky špatného zacházení se seniory v ústavní péči je dána také izolovaností a bezbranností větší části klientů a zároveň jejich závislostí na ústavní péči. Jak bylo uvedeno výše, jedním z rizikových faktorů je nedostatek personálu. Z toho plynou problémy s negativními dopady na klienty. Přetížení personálu, jeho nevhodné složení a následná ztráta motivace vedou u zaměstnanců z psychologického pohledu k tzv. „syndromu vyhoření“ neboli „*burn out* syndromu“, který může vést personál až k násilnému chování ke svěřeným klientům. Nesmíme zapomenout zdůraznit také nezáměr a podceňování péče o staré lidi, nedostatečný systém prevence a včasného odhalení krizových případů.

Snižování důstojnosti a přehlížení osobnosti člověka, hrubé a nešetrné zacházení, necitelnost a lhostejnost mohou být průvodními jevy života v domovech pro seniory. Ti, kteří se nemohou bránit pro svůj zdravotní stav a nemožnost, jsou v plné šíři vydáni na milost a nemilost ošetřujícímu personálu. Nelze říci, že by se v ústavní péči jednalo přímo o týrání seniorů, spíše se jedná o zanedbávání, nedostatky a hrubé chyby v péči. Ale jak je velký krok od podstaty pojmu zanedbávání k obsahu pojmu týrání? Jedná se:

– o nepřizpůsobení podmínek provozu domovů zvláštnostem seniorského věku (např. pro všechny obyvatele stejná hodina podávání snídaně);

- o nedostatek kvalifikovaného personálu – chybí spolupracnice, sociální pracovníci, i zdravotničtí pracovníci jsou omezeni a v dnešní době je nahrazují ženy z domácnosti s rekvalifikačním kursem;
- o nedostatečnou péči a nezájem vedení domovů o prevenci syndromu vyhoření u personálu;
- o nedostatek soukromí seniora (vícelůžkové pokoje);
- o nerespektování individuálních potřeb a specifik seniorského věku (např. stanovená hodina večerního klidu). (Kolektiv autorů, Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, str. 94, 95, 96, 97, 98)

**Zneužívání v instituci je možné dělit podle charakteru na:**

- zneužívající a útočné chování,
- zneužívající péče a léčba,
- zneužívající postoje a chování.

**Zneužívající a útočné chování** zahrnuje např. štípání, kopání, údery, tahání za vlasy, třesení. Většinou k němu dochází beze svědků a skrytě.

**Zneužívající péče a léčba** – tato kategorie je poměrně široká, odvíjí se od jednání a omezení, která „jen“ ztěžují život klienta, a může vyústit i v usmrcení. Z příkladů život ohrožující péče je možné uvést např. celonoční větrání i v zimě na pokojích se starými a nehybnými pacienty, ohroženými již svou imobilizací zápallem plic. Opakované ponechání inkontinentního nemocného v promočeném lůžku, nepolohování nehybných klientů – obojí zvyšuje riziko dekubitů, které hrozí vznikem sepse a následným úmrtím. Do této skupiny násilí může patřit i násilné krmení, katetrizace inkontinentních pacientů, podávání léků za účelem tlumení, připoutání na lůžko, nebo umístění do křesla omezujícího pohyb.



### **Zneužívající postoje a chování:**

- urážlivé, kritické a ponižující komentáře ošetřujícího personálu, např. spílání za příhody inkontinence,
- nerespektování práva na soukromí a intimitu, např. mytí nahého klienta před ostatními spolubydlíci, vysazování na mísu a toaletní křeslo v přítomnosti návštěv apod.
- oblékání pouze do ústavních pyžam a nočních košilí, zabraňování nebo neumožnění nosit přes den normální oděv,
- omezování osobního vlastnictví, vojensky srovnané noční stolky na určené straně lůžka, takže je-li klient na tuto stranu ochrnutý, má smůlu,
- ponižování, stejně jako infantilní žvatlání.

Příčiny výše popsaného chování mohou být různé a někdy se i vzájemně kombinují.

**K nejčastějším pramenům násilí na seniorech v ústavní péči patří:**

- kultura a struktura organizace,
- patologické rysy jednotlivých zaměstnanců,
- pracovní stres a syndrom vyhoření (viz též výše – str. 32).

Zneužívání v instituci je specifické tím, že je páchá osoba, která je odpovědná za poskytování péče v souladu s legislativou, morálním kodexem své profese a filosofií zařízení. U pacienta vykonává řadu intimních úkonů, není s ním však v intimním vztahu. Jedná se zejména o zdravotní sestry, ošetřovatelky, sanitářky a pracovníky v sociálních službách. Kvůli nízkému finančnímu ohodnocení i společenskému ocenění vykonávají tuto práci zejména ženy. Proto také bývají ženy častěji pachatelkami násilí a týrání seniorů. (Kolektiv autorů, Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, str. 99, 100)

### **3.3. Jiné formy násilí na seniorech**

Senioři jsou i v běžném občanském životě objektem nejrůznějších ústrků, ponižování až psychického týrání ze strany úředníků, prodavačů a pracovníků nejrůznějších služeb.

V těchto případech sehrávají svoji roli předsudky a skryté nebo i otevřené formy ageismu.

Ještě závažnějším faktem však je, že senioři jsou snadnou kořistí obecné kriminality. Média téměř denně informují o tom, kde a kdy zase někdo okradl, podvedl, zranil nebo dokonce zabil seniora. Prevence je složitá, protože senioři bývají důvěřiví a snadno ovlivnitelní. Někdy se také stydí za to, že se nechali „hloupě“ oklamat, a tak o trestném činu raději mlčí. V případech hrubého násilí nemají dost sil k přiměřené fyzické obraně, nezřídka tak musejí navštívit lékaře, aby jim poskytl odborné ošetření. Lékař má oznamovací povinnost, a proto tyto případy neunikají pozornosti. (H. Haškovcová, Fenomén stáří, str. 308)

Důvod, proč se senioři se velmi často stávají snadnou obětí pachatelů trestné činnosti, souvisí se zhoršenou schopností zaznamenávat, ukládat a využívat informace, se zpomaleným rozhodováním, sníženým sebevědomím a touhou po sociálním kontaktu. Takto ohroženy jsou bez výjimky všechny skupiny seniorů, ať už duševně nebo tělesně nemocní senioři, senioři osamělí, v tíživé životní situaci, ale také senioři zdraví, žijící běžným životem. Pachatelé, kteří si vybírají svou oběť z řad seniorů, využívají především jejich velké důvěřivosti a ochoty. Počet obětí mezi seniory je stále vysoký, a proto se Policie ČR pod záštitou policejního prezidenta zapojila v roce 2010 do vzdělávacího programu obecně prospěšné společnosti *PRO RESCUE* „Bezpečná domácnost“. Tento program je určen zejména pro pracovníky terénních služeb pečujících o seniory v jejich domácnostech, denních stacionářích, sestřím *Home Care* a pracovníkům pobytových zařízení.

Cyklus „Bezpečná domácnost“ je zaměřen na zásady bezpečného chování seniorů. Přednášející policista seznámí účastníky s nejčastějšími formami kriminality páchané na seniorech, doporučí jim osvědčené postupy ke zvýšení nejen bezpečnosti seniorů, ale také pečovateli. (J. Hrvolová, Z. Součková, Bezpečná domácnost, časopis Ošetřovatelská péče, číslo 1/2011)

*„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“*  
(Ladislav Klíma, filosof, bývalý děkan teologické fakulty Jihočeské univerzity)

## **4. Pomoc seniorům ohroženým násilím**

Situace osob ohrožených násilím je skutečně obtížná, dotčení jedinci mají jen malou, resp. žádnou šanci vyřešit problém sami – pouze vlastními silami. Potřebují zpravidla pomoc a to nejen praktickou, ale i psychickou podporu. Pomoc obětem domácího násilí by konkrétně měla zahrnovat:

- materiální pomoc – zajištění bezpečného bydlení a finančních prostředků na výživu,
- psychickou podporu – v podobě poradenství či doprovázení, zvyšování sebeúcty a sebedůvěry,
- právní pomoc – při řešení majetkoprávních záležitostí a především pak sociálně-právní poradenství.

Dříve byla situace obětí domácího násilí neutěšená. Jejich možnosti řešit a vyřešit tuto složitou situaci byly značně limitované. Časem se podařilo přijmout některá opatření, jež zlepšila jejich postavení především v oblasti práva. Specializované poradenství těmto osobám poskytovaly pouze některé neziskové organizace např. Bílý kruh bezpečí, ROSA, Pro-Fem, Acorus. Hlavně díky neúnavným aktivitám Bílého kruhu bezpečí byla zavedena nová praxe v řešení problematiky domácího násilí a od roku 2007 je účinný zákon č. 135/2006 Sb., na ochranu před domácím násilím, fungující navazující sociální služby pro osoby ohrožené domácím násilím (intervenční centra) a k tomu se druží další právní možnosti. (D. Ševčík, N. Špatenková a kol., Domácí násilí, str. 131, 132).

### **4.1. Právní rámec domácího násilí v České republice**

Přijetím zákona č. 135/2006 Sb., jímž se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím, se ČR zařadila mezi státy EU, které mají ve svém právním řádu komplexně upravenou ochranu ohrožených osob před domácím násilím. Zákon nabyl účinnosti 1. 1. 2007 a byl několikrát novelizován.

V našem státě je ochrana před domácím násilím založena na principu ochrany osoby ohrožené domácím násilím, a to v jejím přirozeném prostředí. Ze společné domácnosti, kde docházelo k týrání, odchází na přiměřenou dobu násilná osoba, nikoliv oběť, jak

tomu bylo ve většině případů před účinností tohoto zákona. Osoba ohrožená domácím násilím má tak čas a prostor na to, aby vyhodnotila situaci a naplánovala další kroky k jejímu zlepšení. Zákon na ochranu před domácím násilím má tedy výrazně preventivní účinek a tvoří tři pilíře ochrany: Policii ČR, intervenční centra a soud.

**Policie ČR** je oprávněna po vyhodnocení situace použít **institut vykázání**. Vykázání je v zákoně postaveno tak, že pokud lze na základě zjištěných skutečností, zejména s ohledem na předcházející útoky, důvodně předpokládat, že se osoba dopustí nebezpečného útoku proti životu, zdraví nebo svobodě nebo zvláště závažného útoku proti lidské důstojnosti, je policista oprávněn vykázat tuto osobu z bytu či domu společně obývaného s útokem ohroženým jedincem.

Vykázaná osoba má povinnost:

- opustit neprodleně prostor vymezený policistou v potvrzení o vykázání;
- zdržet se vstupu do tohoto prostoru;
- zdržet se styku nebo navazování kontaktu s ohroženou osobou;
- vydat policistovi na vyzvu všechny klíče od společného bydlení, které drží.

Ohroženou osobu musí policista poučit o:

- možnosti podat návrh na vydání předběžného opatření podle občanského soudního řádu;
- možnosti využití psychologických, sociálních nebo jiných služeb v oblasti pomoci obětem násilí;
- následcích, pokud vědomě uvedla nepravdivé údaje, k nimž policista při vykazování přihlíží.

Policie je také povinna provést nejméně jednou kontrolu dodržování povinností násilné osoby vyplývajících z vykázání, a to do třech dnů od vykázání. O všech provedených úkonech a opatřeních sepisuje policista úřední záznam. (D. Ševčík, N. Špatenková a kol., Domácí násilí, str. 132, 133, 134, 135).

## **Předběžné opatření**

Dalším průlomovým institutem na ochranu před domácím násilím je speciální typ předběžného opatření nařízeného **soudem**. Jeho cílem je zajistit ochranu ohrožené osoby (personální ochrana) a ochranu společného obydlí, kde docházelo k incidentům domácího násilí (teritoriální ochrana).

Pokud návrh na vydání předběžného opatření podá osoba ohrožená domácím násilím v době desetidenního policejního vykazání, prodlužuje se toto policejní vykazání do doby, než soud rozhodne o návrhu.

Obecně o předběžném opatření platí, že je příslušným soudem nařízeno v případě, je-li potřeba, aby byly zatímně upraveny poměry účastníků řízení, nebo je-li obava, že by výkon soudního rozhodnutí byl ohrožen.

Kromě uvedeného návrhu na vydání předběžného opatření a návrhu ve věci samé, což jsou prostředky soukromoprávní a vyžadují velkou aktivitu a iniciativu ze strany ohrožené osoby, působí a ochranu před domácím násilím zajišťují rovněž **veřejnoprávní prostředky**. Pokud policie vyhodnotí chování násilné osoby jako nebezpečné s jistou mírou intenzity, může věc předat přestupkové komisi k projednání **přestupku** nebo může zahájit **trestní řízení**. (D. Ševčík, N. Špatenková a kol., Domácí násilí, str. 136, 137, 140, 141).

## **Intervenční centra**

Tato centra mají nezastupitelnou roli v systému pomoci osobám ohroženým domácím násilím. K účinné pomoci osobám ohroženým domácím násilím nestačí pouze existence právní úpravy. Je nutné vytvářet podmínky pro následnou pomoc těmto osobám, jež v našem státě zajišťují intervenční centra prostřednictvím kvalifikovaných a odborně vyškolených pracovníků z oblasti sociální práce, práva a psychologie.

Intervenční centra (dále IC) působí zpravidla ve všech krajských městech ČR v úzké spolupráci s Policií ČR a dalšími institucemi. Smyslem IC je pomoc osobám ohroženým domácím násilím při vyřešení jejich krizové situace a při návratu k běžnému životu, přičemž IC jim poskytne bezprostřední individuální psychologickou a sociálně právní

pomoc. Jedná se zejména o socioterapeutické činnosti – prostřednictvím poradenství, krizové intervence, psychologické a emocionální podpory, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů – jde o poskytnutí právních a sociálně právních informací, pomoc při sepisování a podávání právních návrhů, pomoc při jednání s úřady, s poskytovateli jiných sociálních služeb.

IC poskytují služby:

- ambulantní – v prostředí intervenčního centra;
- terénní – v závažných a opodstatněných případech, tato forma služby je určena zejména osobám handicapovaným zdravotně či věkem, výjimečně z důvodů mimořádně složité sociální situace uživatele;
- pobytové – pokud to umožňují technické a prostorové podmínky jednotlivých IC, je také v souladu se zákonem nabízena pomoc při zajištění ubytování nebo pomoc při zajištění stravy. V opačném případě má mít IC sjednané pro případ potřeby krizové lůžko, popř. má mít navázanou spolupráci s jinými institucemi, které poskytují ubytování a stravování, např. azylové domy, ústavy sociální péče atd.

Povinností pracovníků IC je také jednat v zájmu uživatelů tak, aby nedošlo k jejich závislosti na sociální službě, popř. ke zneužívání sociální služby. Naopak jde o aktivizaci a převzetí osobní odpovědnosti uživatelů za řešení svých problémů. (D. Ševčík, N. Špatenková a kol., Domácí násilí, str. 143, 144, 147).

## **4.2. Postupy při zjištění týrání seniora v ústavní péči**

V každém pobytovém sociálním zařízení je nutné dodržet doporučení k prevenci týrání klientů a řešení již vzniklého týrání:

- Všichni pracovníci si musí všimnout všech projevů chování klienta (verbálních i neverbálních) a posoudit, zda se nejedná o známky týrání.
- Nadřízení pracovníci provádějí kontrolní činnost zaměřenou na oblast týrání klientů.

- Pracovník, který registruje nevhodné prvky chování svých kolegů svědčící pro týrání seniorů, neprodleně zjišťuje bližší okolnosti a ověřuje, zda potvrzují týrání.
- Pokud pracovník zjistí, že k týrání skutečně došlo, nebo je jeho přímým svědkem, okamžitě se snaží zabránit v jeho pokračování a upozorní týrajícího spolupracovníka na závažnost jeho počínání.
- O týrání klienta jiným pracovníkem musí informovat přímého nadřízeného pracovníka.
- Nadřízený pracovník se musí zjištěnou skutečností ihned zabývat a neprodleně ji řešit. Vede rozhovor s týrajícím pracovníkem i týraným seniorem, vyhodnotí výsledky rozhovorů a pozorování a podle závažnosti a rozsahu volí postup řešení.
- Při řešení týrání je vždy důležité odhalení příčiny, která k týrání vedla, v nezbytných případech je nutné řešit odchod pracovníka z pracoviště.
- Při zjištění týrání klienta v pobytovém zařízení musí být vypracován systém nápravných a preventivních opatření včetně zajištění zvýšené kontrolní činnosti.
- Pokud je pracovník svědkem týrání klienta jinou osobou, neprodleně zasáhne a zabrání týrající osobě v pokračování. Informuje nadřízeného a dále poskytuje podle jeho pokynů. Jestliže k týrání dojde v nepřítomnosti vedoucího pracovníka, situaci řeší sestra jako osoba s nejvyšší kompetencí na směně.
- Zjištěné týrání klienta jiným klientem pracovníci okamžitě řeší stejným postupem – zabrání týrajícímu klientovi v dalším konání, oznámí událost nadřízenému a postupují podle pokynů. V případě nepřítomnosti nadřízeného problém řeší sestra ve směně.

Problém s výskytem týrání seniorů nelze ignorovat a všechny jeho projevy se vždy musí řešit!!! Ignorování problému jen podporuje jeho další rozvoj. Jeden pracovník tímto závažným chováním snižuje hodnotu a kvalitu práce všech ostatních pracovníků a dopouští se přinejmenším porušování etických norem.

## **Prevence týrání seniorů**

Nesoběstační senioři jsou daleko častěji oběti týrání, než jejich zdatní vrstevníci, a to bez ohledu na to, zda pobývají doma a pečuje o ně rodina, nebo jsou v institucionální péči.

Důležitým preventivním opatřením je systematická příprava na stáří a udržování aktivního stáří. Žádoucí je nepoddávat se přibývajícím létům a pečovat o udržování a zachování schopnosti pohybu i mentálních funkcí. Senior v kondici nepůsobí tak křehce a zranitelně, nevyvolává u jiných osob pocit moci a vzbuzuje spíše přirozený respekt. Také zpracování vztahu k sobě samému, respekt vůči vlastní osobě, ovlivňuje, jak jsme vnímáni okolím. Na osobnostní rozvoj a zpracování svých problémů není nikdy pozdě. Odměnou je pak prožívání stáří v klidu a vyrovnanosti. (E. Malíková, Péče o seniory v pobytových zařízeních, str. 280, 281, 282)

*„Měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany.“ (J. F.Kennedy)*



## **5. Kazuistiky**

Pro zpracování praktické části formou kazuistik jsem se rozhodla proto, že již dlouhá léta pracuji mezi seniory a měla jsem možnost vyslechnout nespočet jejich životních příběhů. Mezi těmito příběhy samozřejmě nechyběly ty, které se přímo či nepřímo týkají týrání či zanedbávání seniorů a výstižně ilustrují analyzovanou problematiku. Z těchto kazuistik vybírám dvě, které nejen vystihují zvolené téma, ale snaží se upozornit také na složitost a někdy nejednoznačnost při posuzování těchto případů. Mými výzkumnými metodami byly participované pozorování a neformální rozhovory v několikaletém časovém horizontu.

V závěru uvádím pro srovnání jednu typickou kazuistiku z policejních spisů. Dokumentuje případ, kdy násilí na seniorech skončilo trestním postihem.

### **5.1. Domácí násilí**

#### **Anamnéza**

Paní J. N., věk 88 let, vdova, v současné době žije v domově pro seniory. Paní je absolventkou vysoké školy, je velmi sečtělá, vzdělaná, plně orientovaná, má velmi kultivovaný projev, běžně a naprosto přirozeně užívá při řeči latinské výrazy, při telefonickém kontaktu není poznat vysoký věk, naopak paní slovním projevem dělá dojem o 30 let mladší dámy. S paní jsem téměř v každodenním kontaktu, je klientkou našeho domova pro seniory. Nejdříve byl klientem našeho zařízení její manžel, který trpěl Alzheimerovou nemocí. Manželé mají jednoho syna, syn je inženýr a pracuje na vedoucí pozici.

Vzhledem k tomu, že se s paní znám již několik let, ještě z doby, kdy byl klientem našeho zařízení její manžel, měla jsem možnost poznat životní příběh paní J. N. z jejího vyprávění i pozorováním situací, kdy se jako rodina scházeli na návštěvách u manžela.

Paní J. N. pečovala o manžela prvních 5 let průběhu jeho choroby – Alzheimerovy demence. Jako partneři prožívali harmonické manželství, bylo pro ni naprosto samozřejmé, že v těžkých chvílích bude manželovi oporou. Pečovala o něj 24 hodin denně, když ztrácel schopnost číst a psát, paní se mu věnovala natolik, že jej to znovu

učila a udržovala jej v soběstačnosti. Bezesporu mu tímto svým přístupem prodloužila období prvních stádií choroby, kdyby neměl pan N. péči své manželky, jistě by nemoc postupovala rychleji. Bohužel pro paní J. N., po 5 letech této neustálé péče o manžela, ve které ji nikdo nezastoupil ani nevystřídal, upadla doma v kuchyni a zlomila si krček stehenní kosti. Následovala operace, rehabilitace, manžel mezitím musel být umístěn do psychiatrické léčebny.

### **Období závislosti na péči syna**

Po návratu z hospitalizace do domácího ošetřování, najednou zůstala paní J. N. sama osobou závislou na péči svého syna, s nímž měli posledních 10 let komplikovaný vztah. Jejich vztahy (rodiče – jediný syn) ochladly poté, co se syn oženil s rozvedenou paní. Synovi i jeho manželce bylo něco málo přes 40 let, do té doby bydlel s rodiči doma. Syn je bezdětný a jeho rodiče nepřijali volbu jeho životní partnerky, dokonce odmítli pozvání na svatbu. Krátce poté paní J. N. prodělala infarkt. Dodnes vyčítá své snaše, že dostala infarkt kvůli ní, protože jim dle jejího názoru „odvedla syna“. Podle představ rodičů se měl syn oženit s mladší partnerkou a měl ještě mít své vlastní děti. Domnívali se, že toto vše si měla jejich nynější snacha již předem uvědomit a neusilovat o sňatek s jejich synem.

V době, kdy paní J. N. pečovala o svého manžela doma, byl již syn ženatý a odmítal matce jakoukoliv pomoc s tím, že on není lékař a pro takové pacienty jsou ústavy. Situace se změnila s úrazem paní J. N. Její manžel byl umístěn v našem zařízení – domově se zvláštním režimem a paní zůstala sama v bytě v 5. patře, po dlouhodobé hospitalizaci se objevily nové choroby staré paní a ty dřívější choroby se postupně zhoršovaly. Najednou si paní již nemohla chodit nakupovat sama, byla odkázaná na to, až jí syn nakoupí. Když pečovala o manžela a potřebovali jet na nějaké vyšetření, vždy dostali od svého obvodního lékaře sanitku, teď byla paní i po této stránce odkázaná na syna, na to, až ji on odveze k lékaři. Vše, co syn musel pro svoji matku vykonávat, dělal s nevolí, nechutí, neustálými nemístnými poznámkami. Často se stávalo, že jí pouze 1x za týden nakoupil, nákup položil za dveře a jeho nemocná matka jej zase uviděla až za týden s dalším nákupem. Když syn vyřizoval a zařizoval umístění svého otce do domova, sliboval své matce, že jej budou spolu často navštěvovat a on ji tam bude vozit, kdykoliv o to požádá. Ale opak byl pravdou. Za manželem, se kterým prožili

více jak 50 let a byli na sebe fixovaní, ji syn odmítal vozit s odůvodněním, že nemá čas, že otci už stejně nepomůže, ať jej nechá v péči ošetrovatelského personálu a nestará se o něj. Vozil ji na návštěvy tak 1x za 3 týdny, vždy po velké hádce, kdy si to paní musela vynutit. Byla to nejslabší návštěvnost na našem oddělení.

Další ústrky a ponižování, které paní musela snášet, byly ohledně jejího zdravotního stavu. Syn neuznával žádné její zdravotní potíže, vše bagatelizoval, nadával jí, že si vše vymýšlí a dělá naschvál, přestože paní bylo již 85 let. Odmítal ji vozit na vyšetření po opakovaných pádech v domácnosti s tím, že jí nic není, že to jen hraje.

Do poslední chvíle setrvání v bytě si také paní musela vařit, zvládnout běžný úklid, vyprat, vyžehlit. S ničím z toho jí syn nepomohl, poslední dva roky neměla ani umytá okna a vyprané záclony. Syn jí to odmítal dělat, prohlašoval, že on nemá čas, a doporučoval jí, ať si zaplatí profesionální úklid. To ovšem paní J. N. odmítala, protože ve svém vysokém věku se bála cizích lidí v bytě.

Poslední 3 roky paní nebyla skoro vůbec venku, jen při cestě k lékaři, příp. za manželem. Po celou dobu péče ji syn nikdy nevzal někam ven do přírody, třeba jen na hodinu do parku. Ty poslední 3 roky se již paní sama nedostala z bytu, nedokázala si otevřít dveře od výtahu. Opakovaně v noci při chůzi na toaletu padala, někdy takhle ležela i několik hodin, než sebrala všechny síly a vstala. Do poslední chvíle bydlela v bytě sama.

Asi před půl rokem, po prožitém stresu z úmrtí manžela, se její stav zhoršil celkově natolik, že musela být hospitalizována na interním oddělení, následně v léčebně dlouhodobě nemocných a před měsícem byla přijata do našeho domova pro seniory.

## **Závěr**

Paní J. N. prožila a stále prožívá nejtěžší období svého života. Dle jejích osobních vzpomínek se nikdy neměla hůře než v současné době.

Měla jsem možnost být jí nablízku v období, kdy prožívala chvíle psychického týrání od svého syna, snažila jsem se pro ni hledat nějaké východisko a řešení jejích problémů a také jsem posléze v duchu hledala příčinu jejího těžkého stáří prožitého téměř v samotě a opuštěnosti a v ústrcích od nejbližšího a jediného příbuzného.

Nabízela jsem paní možnost odejít do domova pro seniory, což v letech, kdy jí nebylo ještě nejhůře, pochopitelně odmítala. Stále doufala a čekala, že syn se ve vztahu k ní změní k lepšímu a v závěru života jí doslouží, tak jak ona dosloužila svým rodičům a její manžel zase svým. Jejich jediný syn v tomto prostředí, kde se s láskou pečovalo o jeho prarodiče, vyrůstal. Očekávalo by se tedy, že i on převezme tento vzorec chování a svým rodičům s láskou a úctou doslouží. Zatím byl opak pravdou.

Také jsem paní nabízela možnost pečovatelské služby, *Home Care*, ovšem i toto paní striktně odmítala, že v žádném případě si nepustí do bytu cizí lidi. V posledních dvou letech jsem měla pocit, že paní nechce nic jiného než péči od svého syna. Sama sebe trápila pocity viny, že ho špatně vychovala, považovala před svým okolím za životní prohru, že se o ni syn nepostaral. Styděla se za to, měla výčitky svědomí.

Když jsem paní J. N. poznala a ona se mi začala svěřovat se svým trápením, viděla jsem vše jen černobíle a byla přesvědčena o její naprosté bezúhonnosti a synově tyranství. Jak mne paní J. N. postupně vtahovala do svého životního příběhu, začaly se mé prvotní představy a přesvědčení postupně bořit a se získaným vhledem do celé záležitosti jsem s údivem začala zjišťovat, že paní J. N. není tak dobrotivá a hodná stařenka týraná svým synem, že její syn je často vyprovokován nějakou její aktivitou. Většinou to byly negativní připomínky, které se týkaly jeho ženy a jeho manželství. Také paní nepřestala mít autoritativní postoj matky, která kritizuje své dítě, matky, která nepřijala synovu dospělost a nepropustila jej do života. Nedala svému synovi svobodu. Možná je to vlastnost vyprodukovaná až teď ve stáří, ale z jejích slov mám pocit, že syn by měl plnit každá její přání jako matky. Přání, která ona měla s jeho životem. A teď je zklamaná, že ani jedno z těch očekávání, která ona do svého jediného syna vložila, se nenaplnila. Někdy jsem sama udivená tím, co vše by od syna požadovala v současné době, kdy mu je přes 50 let, je zaměstnaný na vedoucí pozici, což pro něj znamená velkou odpovědnost i časovou náročnost a přesto ona by chtěla, aby byl každou chvílí jí k dispozici, 3x týdně ji vozil k různým lékařům - specialistům a každou noc byl na telefonu, kdyby se jí náhodou něco stalo. Absolutně neuznává, že by se on při dlouhodobé takové péči vyčerpal a že není v moci člověka, aby byl každou noc k dispozici a pak ráno šel do práce. Také jsem z její řeči vycítila, že i její snacha se snažila několikrát s ní navázat kontakt, ale to paní naprosto odmítá a téměř se s ní nestýká (1x za rok povinná vánoční návštěva). Paní si také nepřeje, aby za ní chodila

s jejím synem na návštěvy do nemocnice, chce jen syna. Snachu paní J. N. jsem nikdy neviděla, nemohu se tedy k její osobě vyjádřit. Ale paní J. N. je přesvědčena o zfištnosti této osoby a někdy mám pocit, že až paranoidně tvrdí, že snacha si brala jejího syna jen z prospěchu. Po zjištění těchto skutečností, do jisté míry měním pohled na jejího syna a myslím si, že utíká z jejího dosahu a nechce se nechat od ní manipulovat.

Přes vše, co jsem uvedla v předešlém odstavci, nesouhlasím s postojem syna ke staré matce. Ačkoli se snažím celou situaci posoudit nestranně a bez předsudků hledat kořeny současného hlubokého a bolestného nedorozumění, jsem přesvědčena z hloubi duše o tom, že paní J. N. měla poslední léta svého života prožívat harmoničtěji, mělo se jí dostat od syna více a kvalitnější péče a pokud to nezvládal sám, měl zařídit pro svoji matku péči z vnějšku. Je smutné, že iniciativa k zajištění této péče nepřišla z jeho strany.

## **5.2. Zanedbávání péče v ústavním zařízení**

### **Anamnéza**

Paní K. Z., 80 let, v 65 letech diagnostikována Alzheimerova nemoc. Stejně jako předchozí klientka žila paní K. také v harmonickém manželství; manžel si své ženy vážil, vždy o ní pěkně mluvil. Také manželé Z. měli jediného syna, tento syn je podnikatel, vlastní a řídí jeden velký obchod. Po finanční stránce tito manželé a následně ani jejich syn nikdy nestrádali. Proto když paní K. onemocněla a do 3 let ztratila schopnost sebeobsluhy a údržby domácnosti, najali si manžel a syn k paní K. pečovatelku. S její pomocí zvládali domácí péči o paní K. ještě další 2 roky, avšak po dosažení věku 70 let se zdravotní stav paní K. zhoršil natolik, že potřebovala 24hodinovou péči. A protože vztahy mezi jednotlivými členy rodiny byly harmonické a manžel i syn chtěli pro paní K. tu nejlepší péči, hledali, až našli dle jejich laického úsudku „něco lepšího“ než obyčejný domov důchodců. Podotýkám, že následující příběh se udál v roce 2002, a zařízení, jehož péči zde budu popisovat, v dnešní době již neexistuje.

## **Pobyt v soukromém ústavním zařízení**

Starší i mladší pan Z. vyhlédli pro manželku a maminku soukromé sanatorium, které lákalo již svým honosným názvem. Oba byli přesvědčení o vysoké kvalitě tohoto zařízení, neboť jeho majitelkou byla lékařka. Za měsíční pobyt platili 5x více než byly v té době ceny ve státním zařízení odpovídajícího typu. Brzy po nástupu paní K. však zjišťovali opakované a velmi citelné závady a nedostatky, které přerostly až v zanedbání péče. Třebaže stále měsíčně platili neúměrně vysokou sumu, nikdy a nikde si na kvalitu péče nestěžovali, protože se báli, aby po jejich podané stížnosti maminka netrpěla ještě více, popř. aby jí personál ještě „nějak jinak“ neublížoval.

Paní doktorka – majitelka tohoto zařízení, měla jistě dobrou vizi o poskytování péče těžce nemocným seniorům. Ale pravděpodobně posléze zjistila, že výdej na provoz takového zařízení stojí víc peněz než je jejich příjem. Proto se o 25 vážně nemocných starých pacientů staraly jen dvě a někdy i jen jedna sestra ve směně. Ta mohla stihnout tu nejzákladnější péči – ráno a večer pacienty rychle a nedokonale umýt, možná jen vyměnit plenu. Neexistovalo nemocného člověka nakrmit – to si musela zajistit rodina. Z tohoto důvodu pan Z. obnovil zájem o služby bývalé manželčiny pečovatelky a „příplácel“ jí za to, aby chodila v poledne a večer do sanatoria jeho manželku krmit, pokud nemohla ona, tak se u toho střídali se synem. Starší pan Z. byl na rozdíl od své ženy stále ve velmi dobrém zdravotním stavu, dokonce vypomáhal synovi v jeho podnikání.

V průběhu dalších týdnů pobytu paní K. vyšly najevo další šokující nedostatky péče. Nejenom, že personál odmítl krmit pacienta, který je nemohoucí, ale sestry neznaly ani pojem polohování. Téměř vždy nacházeli manžel a syn paní K. při svých návštěvách zanedbanou, neumytou, v promočeném lůžku, se suchými okoralými rty (na první pohled jasné, že paní nejen jedla, ale i pila naposledy včera, kdy u ní byla její pečovatelka). Když zjistili, že paní K. má na obou patách dekubity, jejich obdivuhodná trpělivost s tímto zařízením skončila. Na doporučení jedné své zaměstnankyně, která u nás měla umístěnou maminku a byla s naší péčí spokojena, zkusili pánové Z. předat maminku do naší péče. Pro jistotu si ale ponechali svoji soukromou pečovatelku, která ji chodila v poledne a večer krmit.

Protože jsem zpočátku neznala předchozí příběh, dlouho jsem nemohla přijmout skutečnost, že za paní K. dochází pečovatelka. Její přítomnost jsem vnímala jako projev nedůvěry, brala jsem jako jistou „urážku“, že si ještě najímají paní na krmení, jako kdybychom to my nezvládli nebo neudělali dostatečně dobře. Asi až po dvou letech jsem si na přítomnost této pečovatelky zvykla a nebrala ji jako kontrolu naší péče, ale jako i pomoc pro nás. Plně jsem ji přijala až po jednom dojemném vyprávění manžela, který také často a pravidelně svoji ženu navštěvoval, chodil ji krmit vždy, když její pečovatelka nemohla. Jednou se mi svěřil, že pro svoji ženu chce jen to nejlepší, chce, aby ji při podávání stravy někdo držel za ruku, aby s ní byl déle, než byly naše časové možnosti. Od té doby jsem její pečovatelku vnímala jako naši nezastupitelnou pomocnici a přestala jsem se cítit ublíženě. Paní K. u nás ležela 9 let. Posledních 5 let opravdu jen ležela, přesto neměla jediný dekubit. Za zmínku stojí, že její pečovatelka, která ji chodila krmit (byla to zdravotní sestra v důchodu), zemřela o 3 roky dříve než paní K. Po její smrti už žádnou další pečovatelku manžel nehledal. Byla jsem ráda, že nám začali důvěřovat a nechávali krmení na nás nebo se střídali se synem.

Paní K. zemřela na podzim roku 2011. Umírala tři týdny v jedné nejmenované brněnské nemocnici na interním oddělení. Její manžel byl na ni velmi fixován a nechtěl ji propustit ze své blízkosti z tohoto světa. Denně za ní docházel a denně nám volal a plakal do telefonu a děkoval za naši péči, protože na téhle interně si opět pan Z. připomněl začátky ústavního pobytu své ženy a zanedbání péče. Je smutnou skutečností, že jeho paní umírala ve velkých bolestech, měla všude po těle dekubity. Paní trpěla afázií, u nás posledních 5 let vůbec nemluvila. V posledních 10 dnech jejího života ji však manžel slyšel naříkat a hlasitě plakat už na schodech o celé poschodí níže! Jak nám později vyprávěl, v těchto okamžicích, přímo na těch schodech si uvědomil, že už nechce, aby jeho žena takhle trpěla, a pokud není naděje na uzdravení, že jí už přeje jen pokojný odchod z tohoto světa. Hlavně, aby už tolik netrpěla...

## **Závěr**

V této kazuistice upozorňuji na dvě zařízení, ve kterých byla zanedbána péče o těžce nemocnou nesvéprávnou klientku. Nechci se chlubit tím, že naše zařízení je bezchybné. To určitě není a i u nás se může vyskytnout pochybení podobného druhu, ale vždy to

bude selhání jednotlivce, protože vrchní sestra, která odpovídá za kvalitu poskytované péče, má u nás jednotlivé standardy do detailu propracovány a velmi jí záleží na vysoké kvalitě naší péče i dobrém jménu našeho zařízení.

Za pochybeními v obou těchto zařízeních stojí společný jmenovatel – nedostatek kvalifikovaného personálu, jeho přetížení. Pokud by zdravotní sestra vědomě, dobrovolně a bez jakýchkoliv výčitek svědomí takovým způsobem a takovou měrou zanedbávala péči, pak by se neměla vůbec považovat za zdravotní sestru. Osoby tohoto typu by měly rozhodně změnit povolání a zároveň si uvědomit, že jejich nedbalost (jakkoliv zdůvodňovaná či dokonce bagatelizovaná) může mít i trestně-právní důsledky.

### **5.3 Kazuistika z policejní praxe**

Dne 13.10.2006 bylo přijato písemné oznámení Úřadu MČ Brno-Jih, zaslané prostřednictvím Městského státního zastupitelství v Brně o podezření z trestné činnosti 36-ti leté H.J. vůči své matce J.J., otci L.J. a dceři K.J, k níž má údajně docházet po dobu nejméně půl roku v Brně na ul. XX. Při následně provedeném šetření zjištěno, že podezřelá H.J. v době nejméně od února 2006 ve společně obývaném bytě opakovaně a s četností nejméně jedenkrát za měsíc fyzicky i psychicky týrala nejen své 62-leté rodiče J.J. a L.J., ale také a současně i svoji zletilou dceru K.J. K týraní docházelo ve chvílích, kdy se H.J. nemírnou konzumací alkoholických nápojů přiváděla do stavu opilosti. Pak napadala své blízké velmi vulgárními výrazy, ponižovala je a dělala jim všelijaké schválnosti. V noci pak oba seniory i dceru budila a nenechala je spát. Vzácné nebyly ani případy fyzického napadení, kdy matku a dceru tloukla do hlavy i do obličeje, žduchala je nebo odstrkovala rukama. Dne 1.3.2006 během fyzické potyčky rozbila skleněnou výplň dveří u obývacího pokoje, rozházela připravené jídlo po kuchyni a na svoji dceru převrhla kuchyňský stůl. Pak následovala slovní rozepře s rodiči, která skončila tím, že matku udeřila pěstí do nosu. Toto zranění si vyžádalo lékařské ošetření seniorky ve Fakultní nemocnici U svaté Anny na chirurgickém oddělení.

V dalších měsících se útoky H.J. vůči poškozeným zintenzivňovaly, docházelo ke zkracování intervalů mezi jednotlivými slovními a fyzickými útoky. Oba senioři již



byli z chování H.J. a z příkoří, které jim svojí agresivitou způsobovala, zoufalí. Věc byla nakonec prověřována podle trestního řádu jako podezření z týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě dle § 215a/1 tr. zákona (účinného do 31.12.2009) a pro kvalifikovaný skutek byla H.J. obviněna a následně i odsouzena k podmíněčnému trestu odnětí svobody v délce 6 měsíců s podmíněčným odkladem na 3 roky. V té době ještě nebyla zaneseno do legislativy ČR možnost tzv. vykázaní. Od 1.1.2007 lze agresivního člena domácnosti ze společného obydlí vykázat (viz subkapitolu 4.1). Je pravděpodobné, že uvedený postup by byl uplatněn i ve výše popsaném případě.

Vzhledem k nutnosti ochrany osobních údajů bohužel neznám k uvedenému případu bližší detaily. Bylo by jistě zajímavé zjistit, z čeho pramenilo agresivní chování H.J., resp. z jakých důvodů se opíjela a pak trápila své nejbližší. Nelze vyloučit, že zde hrála určitou roli i nekompletnost rodiny – skutečnost, že paní H.J. nebyl nablízku žádný životní partner – tj. otec její dcery ani jiný muž, který by mohl být skutečnou životní oporou. Svoji roli mohly hrát např. i zážitky z dětství nebo mládí, způsob výchovy, negativní zkušenosti s jinými osobami, vliv „party“ nebo jiných asociálních žvlů atd. Podrobnosti o rodinné anamnéze a dalších vztazích H.J. se mi však dohledat nepodařilo, stejně jako o míře její závislosti na alkoholu, která mohla hrát v celém případě klíčovou roli a její případná úspěšná léčba by mohla být východiskem k budoucímu řešení situace.

Pro nedostatek anamnestických údajů lze tedy závěr popsané kazuistiky pokládat spíše za spekulativní. Je ale možné, že některé z nastíněných faktů hrály roli jako polehčující okolnosti při soudním líčení a následně i ve stanovení poměrně mírného trestu. Stejně jako v předchozích případech se však domnívám, že žádný důvod není natolik silný, aby omlouval arogantní a agresivní chování vůči seniorům, tím spíše, když jde o osoby natolik blízké, jakými jsou právě vlastní rodiče.

## Závěr

Násilí na seniorech je společenský problém, který na rozdíl od domácího násilí páchaného na ženách či dětech, není tak popularizován a medializován. Důvodů, proč se tak málo o těchto tématech mluví, je více. Senioři, kteří jsou týráni svými vlastními dětmi, se za tuto skutečnost stydí, trápí se tím, že špatně vychovali své děti a berou to jako svoji vinu. Proto také snáší hrubé zacházení od svých blízkých bez postěžování si. Někteří senioři už bohužel trpí poruchou kognitivních funkcí a obtížně rozeznávají, co ještě je a co již není normální v chování svých blízkých. A pokud si to ještě uvědomují, nemají často možnost nebo schopnost to někomu ohlásit. Je proto důležité, aby byli všímaví lidé, kteří mají přístup k seniorům v domácím prostředí, např. lékař, zdravotní sestra, pracovnice domácí péče, popř. i lidé ze sousedství, poštovní doručovatelé apod. Lhostejnost a nevšímavost způsobuje prodlužování trápení týraných a zanedbávaných seniorů.

Při zanedbávání péče v ústavních zařízeních leží velká zodpovědnost na bedrech vedoucích pracovníků. Velmi důležitá je zejména častá kontrola péče zvláště o těžce nemocné, imobilní seniory a pacienty s demencí. Také všímavost a kontrola ze strany spolupracovníků v ošetrovatelském týmu je bezpodmínečnou nutností úspěšné prevence těchto forem násilí. Je důležité, aby i příbuzní seniorů věděli, že mají právo a dokonce povinnost podat stížnost, pokud se jim v péči o jejich blízkého něco nezdá nebo je přinejmenším podezřelé. Většinou se příbuzní bojí tento krok učinit, protože se o své blízké nemohou starat doma a obávají se toho, aby se ošetřující personál po podání stížnosti nechoval ještě hůře. Tyto obavy by měly být v současných zařízeních, které usilují o akreditaci v sociálních službách, bezpředmětné. Součástí akreditace je bezpodmínečná nutnost poskytovat za všech okolností tu nejkvalitnější péči na odborné úrovni.

Ačkoliv problematika násilí na seniorech bývá z různých stran i důvodů často bagatelizována, její význam bude v souvislosti se zvyšováním věkového průměru lidské populace stále stoupat. Stejně tak bude nutné se více věnovat i dalším problémům seniorů, jako např. chorobám a krizím ve stáří a péči o nesoběstačné staré spoluobčany.

Cílem mé práce bylo seznámit veřejnost s prožíváním seniorů, s jejich trápením, problémy seniorského věku i s možnostmi řešení těchto problémů. Jsem si vědoma toho,

že kvalitativní metoda zpracování formou kazuistiky nenabízí obecně platné závěry zkoumaného problému, ale spíše poskytuje komplexní pohled na jednotlivé případy. Mou snahou nebylo získat a objevovat nové poznatky seniorského věku, spíše se pozastavit a poukázat na problémy, které mohou potkat každého z nás.

Vyhledávání zdrojů a psaní samotné práce mne osobně obohatilo, prohloubilo a rozšířilo mé dosavadní znalosti z oboru geriatric. Zvláště kapitoly o prožívání krizových situací, ať už vyrovnávání se s úmrtím životního partnera nebo s umístěním do domova pro seniory, byly pro mne velmi přínosné. Občas i mne při psaní zachvátila panika z toho, jak bude vypadat mé stáří, ačkoliv jsem si při své profesi myslela, že jsem s touto problematikou vyrovnaná a nemůže mne nic výrazně překvapit. Mé obavy rozptýlila a klid a vyrovnanost mi navrátila báseň, kterou bych celou bakalářskou práci ráda uzavřela.

### **Dobry den, stáři**

*Dobry den, sestro stáři!*

*Ach, viděla jsem Tě přicházet zdaleka*

*a nepodala jsem Ti ruku.*

*Dlouho jsem Tě nevlídně pozorovala.*

*Zdála ses mi škaredá, nešťastná, jako kdybys stále nosila smutek*

*a jako bys táhla za sebou pytel bídy,*

*hořkých dnů, samoty, zchátralosti.*

*Ne, nechtěla jsem, aby ses ke mně přiblížila!*

*Ty však stojíš těsně vedle mne, dotýkáš se mne.*

*Musím si asi zvyknout na Tvou společnost, protože mne už nikdy neopustíš.*

*Sbohem mládí! A navždycky!*

*Budeš zabírat stále více místa v mém životě,*

*a proto s proměnou svého srdce*

*volám ted' na Tebe ve vší upřímnosti: „Sestro moje“,*

*ted', když Tě vidím zblízka,*

*objevuji Tvůj půvab,*

*máš zkušenosti a všechno, jak má být,*

*dáváš věcem opravdový význam a milost,*

*osvobozuješ od strojenosti, zbytečnosti, pýchy*

*a vnášíš mě do pravdy.*

*mé tělo chátrá, má duše je však lehčí, aby se mohla lépe vznést.*

*Sestro stáří, přijímám Tě a mám Tě ráda,*

*protože jsem díky Tobě volnějši a pomalu se přibližuji k Bohu.*

(Paní G., 85 let)

(C. Pichaud, I.Thareaunová, Soužití se staršími lidmi, str.17)

## Resumé

Tématem této bakalářské práce jsou krizové životní situace, které přináší seniorský věk, se zvláštním zřetelem k násilí na seniorech. Abychom seniorskému věku a jeho krizím lépe porozuměli, zabývá se první kapitola biologickými, psychickými a sociálními projevy stáří. Na ni navazuje kapitola věnovaná již samotným životním krizím, které se objevují ve vyšším věku a to zejména úmrtí životního partnera, vlastní vážná nemoc a umístění do domova pro seniory.

Kromě těchto přirozených obtížných situací se mohou i v seniorském věku objevit krizové situace, které přirozené vůbec nejsou. Jedná se o agresivní, často až patologické chování vůči seniorům, které může vyústit až v trestný čin, konkrétně v domácí násilí, anebo v zanedbávání péče o těžce nemocné seniory. Těmito závažnými problémy se zabývá třetí kapitola s názvem Násilí na seniorech. Ve čtvrté kapitole hledám řešení a pomoc pro seniory, kteří se s nějakou formou násilí setkali, ať už doma od svých nejbližších nebo v ústavním zařízení.

Pro dokreslení závažnosti této problematiky jsem v praktické části blíže popsala tři modelové kazuistiky. První kazuistika pojednává o seniorce, která v domácím prostředí snáší ústrky a psychické týrání od svého syna, druhá kazuistika vypráví o zanedbávání péče v ústavním zařízení a třetí kazuistika je přímo z policejní praxe. V ní přerostlo domácí násilí v trestný čin.

V závěru konstatuji, že témata násilí na seniorech jsou stále ještě podceňována a zabýváme se jimi ve společnosti méně než např. domácím násilím na ženách a dětech.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou násilí na seniorech a krizovými životními situacemi, které seniorský věk provázejí. Nejdříve nám představí stáří jako přirozenou životní etapu, s jeho biologickými, psychickými a sociálními projevy a následně krize, které senium provázejí. Kromě přirozených životních obtíží se i ve stáří můžeme setkat s domácím násilím, týráním, zneužíváním seniorů či zanedbáváním péče o seniory. Také o všech těchto negativních situacích a hledáním východisek z nich pojednává tato práce. Pro dokreslení závažnosti problematiky násilí na seniorech jsou v praktické části popsány kazuistiky s touto tematikou.

### **Klíčová slova:**

Starý člověk, senior, stáří, senium, krize seniorského věku, domácí násilí, zanedbávání seniorů, zneužívání seniorů, týráním, násilí na seniorech, nemoc, smrt.

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with problems related to violence against seniors and with critical life situations accompanying the old age. At first my thesis introduces the old age as a natural period of life with typical biological, psychical and social properties. This is followed with information about crisis related to the elderly. Besides inherent life complications we can register domestic violence, elder abuse and/or mistreatment of seniors. These negative situations and searching for some possible solutions of them is a topic of this thesis as well. To illustrate the severity of problems related to violence against seniors the practical part contains case studies describing these issues.

### **Keywords:**

Old person, senior, elderly, old age, senium, crisis of senior's age, domestic violence, neglect, elder abuse, maltreatment, violence against seniors, illness, death.

## Seznam použité literatury:

1. DOŇKOVÁ, Olga, NOVOTNÝ, Jan Sebastian – Vývojová psychologie pro sociální pedagogy, Brno, IMS, 2009, 141 str.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena – Fenomén stáří, 2. vydání, přepracované a doplněné, Praha, Havlíček Brain Team, 2010, 365 str., ISBN 978-80-87109-19-9
3. HRVOLOVÁ, Jana, SOUČKOVÁ, Zuzana, Bezpečná domácnost, Ošetrovatelská péče, 1/2011, str. 4-5.
4. KALVACH, Zdeněk a kol., – Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II. díl, Praha, Karolinum, 1995, 214 str., ISBN 80-7184-001-7
5. KALVACH, Zdeněk a kol., – Úvod do gerontologie a geriatric, Praha, Karolinum, 1997, 190 str. ISBN 80-7184-366-0
6. KOČÁREK, Eduard – Biologie člověka 2, 1. vydání, Praha, Scientia, 2010, 207 str., ISBN 978-80-86960-48-7
7. Kolektiv autorů – Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech, 1. vydání, Praha/Kroměříž, Triton, 2006, 108 str., ISBN 80-7254-914-6
8. Kolektiv autorů – Zdraví pro třetí věk, 1. vydání, Dobřejovice, Rebo Productions, 2006, 270 str., ISBN 80-7234-536-2
9. KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman – Alzheimerova nemoc a další demence - 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 1998, 232 stran, ISBN 80-7169-615-3.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro – Psychologie nemoci, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2002, 200 str., ISBN 80-247-0179-0
11. MALÍKOVÁ, Eva – Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2011, 328 str., ISBN 978-80-247-3148-3
12. PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. – Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální zdravotnické pracovníky, 1. vydání, Praha, Portál, 1998, 160 str., ISBN 80-7013-440-2
13. PIDRMAN, Vladimír, KOLIBÁŠ, Eduard – Změny jednání seniorů, 1. vydání, Praha, Galén, 2005, ISBN 80-7262-363-X
14. RADVAN, Eduard, VAVŘÍK, Michal – Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách, Brno, IMS, 2009, 57 str.

15. SKUTIL, Martin a kol. – Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství, 1. vydání, Praha, Portál, 2011, 256 str., ISBN 978-80-7367-778-7
16. SVATOŠOVÁ, Marie – Hospice a umění doprovázet, Praha, Ecce homo 2003, ISBN 978-80-902049-2-9
17. ŠEVČÍK, Drahomír, ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. – Domácí násilí, 1. vydání, Praha, Portál, 2011, 186 str., ISBN 978-80-7367-690-2
18. TOPINKOVÁ, Eva – Geriatrie pro praxi, 1. vydání, Praha, Galén, 2005, ISBN 80-7262-365-6
19. VÁGNEROVÁ, Marie – Vývojová psychologie, 1. vydání, Praha, Portál, 2000, 528 str., ISBN 80-7178-308-0
20. VÁGNEROVÁ, Marie – Vývojová psychologie II.,dospělost a stáří, 1. vydání, Praha, Karolinum, 2007, 461 str., ISBN 978-80-246-1318-5



## **Seznam příloh:**

Příloha č. 1 : Teorie psychosociálního vývoje Erika Eriksona

Příloha č. 2 : Práva uživatelů Domova pro seniory

Příloha č. 3 : Etický kodex zaměstnance Domova pro seniory

Příloha č. 4 : Informační leták k projektu „Interdisciplinární přístup k řešení domácího násilí“

## Příloha č. 1

# TEORIE PSYCHOSOCIÁLNÍHO VÝVOJE ERIKA ERIKSONA

Teorie, jejímž autorem je Erik H. Erikson, je postavena na sociálních a kulturních aspektech vývoje. Od ostatních teorií se odlišuje tím, že zahrnuje celý život, nikoli pouze dětství.

Podstatou vývoje je podle Eriksona zvládnutí psychosociálního konfliktu, typického pro každé období života. Tento konflikt obsahuje vždy dva konfliktní póly a tím nabízí člověku možnost růstu i ohrožení, podle toho, jak daný konflikt zvládne. Po úspěšném zvládnutí tohoto konfliktu si člověk osvojuje specifickou „**ctnost**“ (osobnostní a sociální schopnost či vlastnost) a posunuje se ve vývoji dále. Ten sice pokračuje dále, ale nevyřešené konflikty se v pozdějším věku znovu dostávají do popředí a je nutné je vyřešit.

Erikson popsal vývoj v rámci osmi stádií, které označuje jako „**osm věků života**“.

### **Základní důvěra proti základní nedůvěře**

Toto období odpovídá Freudovu orálnímu stadiu (první rok života). Kojenec je v tomto období zcela závislý na péči matky (rodičů). Sám se nedokáže bránit ohrožujícím vlivům okolí. Pečující osoba mu tak svojí péčí a ochranou poskytuje zážitek bezpečí. Důležitým aspektem je především předvídatelnost jejího chování.

Dítě si má pomocí tohoto stálého a kvalitního vztahu vytvořit pocit důvěry ve svět, přesvědčení, že život je v podstatě dobrý. Tento pocit důvěry mu pak pomáhá vytvořit a rozvinout si účinné způsoby zvládnání náročných situací (v tomto období např. růst zubů apod.) Ctností, kterou má dítě v tomto období získat je **naděje**, kterou Erikson chápe jako základní podmínku toho, aby člověk zůstal naživu.

## **Pocit autonomie proti pocitům studu, zahanbení a pochybností**

Druhé období, odpovídající Freudovu análnímu stádiu (2-3 roky), se vyznačuje mimo jiné učením se ovládat vyměšování. I Erikson vidí v této činnosti významný aspekt vývoje, vycházející z vyváženosti zadržování a uvolňování stolice. Toto (análně-svalové) chování má totiž podle něj důsledky pro pozdější sociální interakce.

Dítě v tomto období musí zvládnout především rozpor mezi vlastní rodící se autonomií (vycházející ze stále lepších možností pohybu) a pocitu studu ze stále existující závislosti na druhých. Ctností, kterou si má dítě osvojit je **vůle**.

## **Vlastní iniciativa proti pocitu viny**

Předškolní období (3-6 let) představuje pro dítě nutnost vyřešit si konflikt mezi vlastní iniciativou a pocitu viny. Dítě v tomto období rádo a hodně plánuje (různé činnosti), experimentuje, pouští se do nových činností a aktivně se snaží zvládat různé úkoly. Rozšiřuje tak získanou autonomii o prvek plánování a aktivity.

Iniciativa je pro dítě důležitá především z pohledu vlastního vývoje (např. pro budoucí činnostní motivaci atd.). Přehnaná iniciativa, či snaha o vlastní úspěch, která nebere ohled na potřeby druhých, ale může vést k pocitům viny. Stejně tak mohou tento pocit viny vzbuzovat (zamýšlené i skutečné) cíle. A konečně ho mohou evokovat i některé sexuální (jedná se o Freudovo falické stadium). V tomto období tak dochází i k **vytvoření svědomí**.

Ctností, kterou by si mělo dítě osvojit, je **účelnost**.

## **Vlastní snaživost proti pocitu méněcennosti**

Odpovídá školnímu Freudovu latentnímu) období, tj. 6 -11 let. Dítě v tomto období přechází od hry spíše k produktivním činnostem a plnění úkolů v podobě práce nebo (a především) školní činnosti a učení. Musí se tak naučit využívat různé dovednosti, používat některé nástroje apod. Dítě tak musí být snaživé, musí vynakládat energii k získání úspěchu

Jestliže je dítě úspěšné, vyvolává to u něj především pocit radosti. Naopak, pokud ve své snaze často selhává, hrozí mu pocitu méněcennosti, přesvědčení,

že na nic nestačí, „na nic nemá“. To se může stát i ve chvíli, kdy dítě selže při plnění úkolu, na který vývojově nemá.

Ctností tohoto období je **kompetence**.

## **Identita proti pocitu nejistoty o vlastní roli a zmatení rolí**

Podstatou tohoto, kryjícího se s obdobím dospívání (pubertou a adolescencí, tj. mezi 12-18 lety), je především hledání vlastní identity, tj. hledání odpovědi na otázky „kdo jsem já?“, „jaký je smysl mého života?“, „jak se na mne dívají druzí?“. Významné je přitom soustředování se na to, jak dospívajícího vnímají druzí.

V rámci tohoto stadia by se měly sjednotit všechny předchozí představy člověka o něm samém. Dosažení této jednoty a vědomí identity vlastního ega pak dává dospívajícímu pocit důvěry v tom, že jeho vlastní sebepojetí odpovídá tomu, jak jej vidí druzí.

V průběhu dospívání a hledání vlastní identity se hovoří o tzv. **moratoriu**. To vyjadřuje skutečnost, že dospívající se ocitá na pomezí mezi dětstvím a dospělostí a nese v sobě atributy obou těchto významných období lidského života. Při hledání vlastní identity tak dostává určitou volnost ze strany okolí (z pohledu požadavků a nároků), zkouší si různé role a identity, identifikuje se s nimi, aby si je „osahal“ a ověřil. Na konci tohoto procesu by pak mělo být rozhodnutí se pro jednu z nich a ztotožnění se s ní.

Ctností tohoto období je **věrnost**, ve smyslu osobní oddanosti zvolené identitě, povolání a životní filosofii.

## **Intimita proti izolaci**

Období mladé dospělosti (do 25-30 let), které pokrývá tuto fázi psychosociálního vývoje, klade na člověka nový požadavek a tím je ochota vzdát se části své právě získané identity ve prospěch někoho jiného. Ta by měla vycházet z navázání partnerského vztahu.

Intimita podle Eriksona představuje zdravé spojení vlastní identity s identitou druhého (partnera) beze strachu z toho, že člověk sám svoji identitu zcela ztratí. Intimita by také měla obsahovat závazek a odpovědnost a často bývá vyjádřena i sexuálně.

Spojení vlastní identity s identitou partnera přitom může být způsobem, jak si vlastní identitu vyjasnit. Pokud člověk nedokáže obětovat část své identity

ve prospěch intimity, upadá postupně do izolace, která představuje sklon vyhýbat se všem stykům, které člověka nutí k intimitě.

Ctností tohoto období je **láska**.

### **Generativita proti stagnaci**

V dalším průběhu dospělosti se člověk zaměřuje ve svém psychosociálním vývoji mimo sebe. Jeho cílem je tak zplození a vedení příští generace. A zatímco dítě potřebuje, aby o něj bylo pečováno, dospělý potřebuje být užitečný někomu jinému. Zapojuje se proto do různých činností společnosti tak, aby vytvářel něco hodnotného. Tím může být vlastní rodina a děti, práce, materiální hmotné statky, duchovní počiny (umělecká díla, tvůrčí, originální myšlenky apod.).

Pokud se člověku nedaří udržet si tuto generativitu, tuto angažovanost v životě, péči o druhé a produktivní konání, rozvíjí se u něj pocit stagnace a osobního ochuzení.

Ctností tohoto období je **pečování**.

### **Integrita ega proti zoufalství a strachu ze smrti**

Ve stáří, jako posledním období lidského života, je úkolem člověka dosáhnout opravdové vnitřní integrity. Ta se projevuje tím, že se člověk může ohlédnout za svým životem s pocitem dobře vykonaného díla a osobního naplnění. Jedná se tedy o přijetí vlastní životní historie a svých činů jako něčeho, co muselo být a nemohlo být jinak.

Vzhledem ke své povaze ale není integrita otázkou aktuálního stavu, ale otázkou celého předchozího života a jeho smysluplným zavržením. Pokud člověk postrádá integritu a uspokojujivý pohled na vlastní život, dostává se u něj zoufalství a strach ze smrti. Člověk s pocitem integrity se smrti tolik nebojí, protože ji vnímá jako přirozené zakončení něčeho dobrého a smysluplného.

Ctností tohoto období je **moudrost** jako výsledek celého vývojového cyklu člověka.

## **Příloha č. 2**

### **PŘÁVA UŽIVATELŮ**

- 1. Klient má právo na volbu Domova, ve kterém chce prožít svůj život.**
- 2. Klient má právo na soukromí a důstojnost.**
- 3. Klient má právo na odbornou zdravotnickou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči zajišťovanou kvalifikovanými pracovníky.**
- 4. Klient má právo na sociální a právní poradenství a na pomoc s finančními a administrativními úkony.**
- 5. Klient má právo přijímat návštěvy v průběhu celého dne při respektování nočního klidu a soukromí spolubydlících .**
- 6. Klient má právo volného pohybu se společenských prostorách Domova i mimo areál Domova v souladu s pravidly stanovenými Domácím řádem.**
- 7. Klient má právo si vybrat různé zájmové aktivity, které zlepšují jeho kondici a kvalitu života.**
- 8. Klient má právo na informovanost .**
- 9. Klient má právo se vyjadřovat k věcem, které se ho týkají.**
- 10. Klient má právo zemřít v klidu a důstojně.**

### **Příloha č. 3**

#### **ETICKÝ KODEX ZAMĚSTNANCE DS NOPOVA**

- 1. Péči poskytuje bez ohledu na národnost, rasu, víru, věk, pohlaví a sociální postavení klienta.**
- 2. Je odpovědný za kvalitu poskytované péče a za obnovování odborných znalostí dalším vzděláváním.**
- 3. Chová se v souladu s morálními zásadami a dodržuje pravidla slušného chování.**
- 4. Respektuje individualitu klientů, jejich soukromí a lidskou důstojnost.**
- 5. Nese odpovědnost za svá rozhodnutí.**
- 6. Problémy pracovních interpersonálních vztahů nepřenáší na klienty.**
- 7. Je diskrétní a taktní při nakládání s důvěrnými informacemi, zachovává mlčenlivost o zdravotním stavu klientů.**
- 8. Spolupracuje s ostatními pracovníky DS a respektuje přínos jednotlivých členů týmu.**
- 9. Svým klidem, pochopením a laskavostí vytváří atmosféru domova pro uživatele a vlídnou pracovní atmosféru pro spolupracovníky.**
- 10. Nebere úplatky.**
- 11. Je loajální ke svému zaměstnavateli**

**NEZAVÍREJME OČI PŘED  
DOMÁCÍM NÁSILÍM**

**nezáleží na tom kde žijete a s kým, vždy si zasloužíte důstojné stáří bez násilí**

**Projekt „Interdisciplinární přístup k řešení domácího násilí“  
je realizován za finanční podpory města Brna a Jihomoravského kraje.  
Zvláštní poděkování: Občanskému sdružení Život 90**

design: [www.sju.cz](http://www.sju.cz)



## **Jak násilí na seniorech předcházet a jak se bránit?**

- udržujte kontakt s přáteli a sousedy
- o svých záležitostech máte právo rozhodovat sami, máte právo na informace
- trvejte na dodržování vašeho práva na soukromí, v bytě i v zařízení sociální péče
- nebojte se využít služby tísňové linky (policie, záchranná služba)
- před převodem rodinného majetku se porad'te s právníkem (navštivte občanskou poradnu)
- zavolejte na bezplatnou a anonymní **SENIORLINKU**:

telefon: **800 157 157**

nebo **800 200 007**

- **V BRNĚ HLEDEJTE POMOC U:**

**SPONDEA** intervenční centrum

adresa: Sýpka 25

telefon: **739 078 078** (nonstop)

**PERSEFONA** občanské sdružení

telefon: **737 834 345** (9:00 - 17:00)

**OBČANSKÁ PORADNA BRNO**

adresa: Anenská 10

telefon: **545 241 828**

**BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ**

adresa: Slovinská 41

telefon: **732 842 664**

(út, čt 17:00 - 20:00)



