

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

Týrání seniorů – závažný sociální problém společnosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. et Mgr. Zdeňka Vaňková

Vypracovala:
Miroslava Zimolová

Brno 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Týrání seniorů – závažný sociální problém společnosti“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Ve Vítkově dne: 8. 3. 2009

.....

Poděkování

Srdečně děkuji paní PhDr. et Mgr. Zdeňce Vaňkové za odborné a metodické vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad.

Děkuji také svému manželovi za trpělivost, toleranci a morální podporu po celou dobu mého studia.

Miroslava Zimolová

MOTTO:

Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením, nedostatkem kyslíku, likvidací mořských řas a deštných lesů, a také ne proto, že se vědomě vystavujeme nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot. Před tímto nebezpečím musíme varovat stejně důrazně jako před elementárním ohrožením životního prostředí, které je výsledkem naší civilizace.

Konrad Lorenz

OBSAH

Úvod	4
-------------	----------

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Uvedení do problematiky

1.1 Stárnutí, stáří	7
1.2 Definice násilí	8
1.3 Tradiční formy péče o seniory	10
1.4 Demografické aspekty	12
1.4.1 Prognózy stárnutí obyvatelstva ve světě	13
1.4.2 Prognózy stárnutí obyvatelstva v České republice	14
1.5 Důsledky stárnutí a stáří	14
1.6 Dílčí závěr	16

II. ANALÝZA A SYNTÉZA PROBLÉMU

2. Násilí na seniorech

2.1 Domácí násilí na seniorech	18
2.1.1 Rodina a její funkce	19
2.1.2 Typologie domácího násilí	21
2.1.3 Specifické znaky domácího násilí	22
2.1.4 Rizikové skupiny a rizikové situace	23
2.1.4.1 Kdo se stává obětí domácího násilí	25
2.1.4.2 Mýty a předsudky o obětech násilí	26

3. Institucionální násilí	26
3.1 Instituce, organizace, ústavy	27
3.2 Druhy násilí na seniorech v institucích	27
3.3 Jednání pracovníků	29
3.3.1 Historie konkrétního zařízení	31
3.3.2 Jak jsme začínali	32
3.3.2.1 Nastavení podmínek k ochraně práv klientů	34
3.3.2.2 Psychické týrání klienta pracovníkem	37
3.4 Nástroje k minimalizaci jevu v instituci	39
3.4.1 Standardy kvality v sociálních službách	40
3.4.2 Obecné principy při poskytování služeb	41
3.4.3 Zákon 108/2006 o sociálních službách	43
3.4.4 Profesionální bedlivost	44
3.5 Nástroje k minimalizaci jevu v domácnosti	44
3.5.1 Jak postupovat v případech podezření	46
4 Senioři a právní normy	47
4.1 Právní normy	47
4.2 Chronologie významných právních dokumentů	50
4.3 Zpráva českého helsinského výboru za rok 2007	51
5. Sledovaná problematika ve světle čísel	
5.1 Čísla o násilí a zneužívání v ČR	54
5.2 Čísla o násilí a zneužívání ve světě	57
5.3 Reakce společnosti na problém	57
5.3.1 Reakce společnosti na problém ve světě	58
5.3.2 Reakce na problém v České republice	59

5.3.3 Občanská sdružení a specifické organizace	62
5.3.3.4 Organizace věnující se podpoře zdraví seniorů	63
5.3.3.5 Organizace působící v oblasti sociálních služeb	63
5.3.3.6 Organizace prezentující zájmy seniorů – důchodců	64
5.3.4 Kde hledat pomoc	65
6. Návrh řešení problému ve společnosti	66
6.1 Co a jak lze změnit	66
6.2 Dílčí závěr	70
Závěr	72
Resumé	74
Anotace	75
Zkratky a slovníček pojmů	76
Literatura a prameny	78

Kde se dotýkáme duše, léčíme tím, čím jsme, ne tím, co známe.

SIGMUND FREUD

ÚVOD

Stárnutí populace s sebou nese množství problémů sociálních, zdravotnických i ekonomických. Snižování úmrtnosti a prodlužování lidského věku způsobilo, že do nového tisíciletí vstupujeme jako nejstarší populace v celé historii lidstva. Starší lidé dnes tvoří 15 – 20 % evropské populace a během dalších padesáti let se tento poměr, podle demografických odhadů, zvýší na 20 – 30 %. Na tento jev však jako společnost nejsme připraveni. Na jedné straně stále věříme mýtu o stáří jako o období nemoci, bezmoci a ekonomické nebo fyzické závislosti. Jsme konfrontováni se stále narůstajícími celospolečenskými náklady na udržení současného penzijního systému a rostoucími výdaji na zdravotní a sociální péči o starší populaci, které – jak bývá mnohdy prezentováno – mohou ohrozit ekonomickou stabilitu systému. Na druhé straně nám moderní gerontologie nabízí nové modely zdravého, aktivního a „úspěšného“ stárnutí. V evropské společnosti, vycházející z křesťansko - židovských kulturně historických tradic, má stále své místo mezigenerační solidarita a celospolečensky je přijímána odpovědnost střední generace za zabezpečení „závislé“, tj. ekonomicky nevýdělečné populace dětí a seniorů. Proto je současný vztah společnosti ke starším spoluobčanům v mnohém ambivalentní, není jednoznačně přijímána současná role početně narůstající seniorské populace a zákonně definována práva a povinnosti jednotlivých generací.

Pracuji patnáctý rok v Domově pro seniory ve Vítkově jako vrchní sestra a ve své práci vidím vývoj těchto jednotlivých mezigeneračních vztahů, ale i vývoj vztahů ke starší populaci ve společnosti. V současné době špatné zacházení se seniory nabývá nových podob.

Zdravotníci a pracovníci v sociální sféře jako pachatelé násilí je téma delikátní a v naší republice není mnoho diskutované a většina těchto pracovníků by se rázně

ohradila, nebo by existenci násilí razantně popřela. Přitom některé projevy existujícího týrání ve zdravotnických a sociálních zařízeních lze poměrně dobře popsat. Vhodným kritériem jsou: dehydratace popřípadě malnutrice svěřené osoby, nadměrná indikace zklidňujících farmak, restriktivní opatření v podobě kurtování pacientů či uživatelů, či jiná omezování osobního pohybu, stav chrupu, výskyt dekubitů a pádů. Další formy týrání – například omezení nebo chybění možnosti rozhodovat sám o sobě v procesu vyšetření, ošetření a léčby, souhlasit či nesouhlasit s přemístěním do jiného pokoje - jsou těžce prokazatelné a zůstávají skryté.

Otázkou však je, kde končí svoboda jedince a kde začíná ochrana společnosti? V mnoha případech již uživatel naší služby není schopen posoudit svůj zdravotní stav, okolnost a neumí rozhodnout o svých potřebách. Kde je tato etická hranice? A uvědomují si pracovníci v pomáhajících profesích, že mnohdy, byť v dobré víře pomoci, konají násilí na svěřených seniorech? Mají zájem o toto téma a uvědomují si úskalí své práce? Setkávají se ve své profesi s tímto, společensky velmi nebezpečným, jevem? Obávám se, že ani samotní zanedbávání a týrání senioři netuší, že je to násilí, které je na nich pácháno. Chybí celospolečenská diskuze, aby se tento fenomén dostal do povědomí kompetentních osob, ale i seniorů, kteří jsou ohroženi. Ve školách, ale i v sociální a zdravotní sféře chybí výchova ke stáří jako k životní etapě, k seniorům jako osobnostem s vlastní autonomií, a úctě k jejich životní cestě.

Cílem mé práce je shrnout a popsat dostupné informace o tomto závažném sociálním jevu ve společnosti. Prací bych chtěla poukázat na nedostatek ochrany seniorů proti násilí ve společnosti, a na jejich křehkost. Budu usilovat o to, abych přiměla sebe i čtenáře k zamyšlení nad možností dalších postupů v této oblasti. Dále bych chtěla upozornit na problém, kdy v odborné literatuře jsou tomuto patologickému jevu věnovány drobné kapitoly, spíše se objevují články v odborných časopisech, problémem je roztržitost. Získat ucelený obraz o problematice násilí je velmi těžké. Chybí také ucelené výzkumy k zobektivizování problému. Pokud o tomto problému nebudeme ve společnosti mluvit, jakoby neexistoval. Chtěla bych se pokusit zmapovat situaci a zjistit příčiny problému, popsat problém.

Metody: Dosud chybí dostatečně reprezentativní výzkum na celostátní úrovni, proto je tato práce shrnutím dostupných a dosavadních publikovaných dílčích výsledků spolu s osobními zkušenostmi autorky. Metodami jsou analýza dostupných materiálů a publikovaných prací o této problematice, analýza vybraných událostí veřejné politiky, tisku a dalších dokumentů, a následná syntéza, logické a deduktivní vyvození řešení a závěrů.

Měla jsem i zformulovány hypotézy:

1. Domnívám se, že existují různé formy násilí na seniorech a předpokládám, že se profesionálové v sociální sféře i zdravotnictví s týráním seniorů ve své práci setkávají.
2. Usuzuji, že se o problému nemluví ve společnosti dostatečně a až s blížícím se stářím se začínáme o tento problém zajímat.

Mám rozpracovaný vlastní výzkum. Jedná se o 247 dotazníků, respondenty jsou profesionálové ve zdravotnictví a sociální sféře. Zařazením tohoto výzkumu bych však ještě zvětšila rozsah této bakalářské práce. Proto jsem se rozhodla, že jej použiji v magisterské diplomové práci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Uvedení do problematiky

Na základě vlastních zkušeností z praxe se domnívám, že je třeba překonat a změnit stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Změna postojů jednotlivců i společnosti se musí stát základem pro přípravu na stáří, východiskem ke změně vnímání stárnutí a stáří, a k posílení pozitivních postojů společnosti ke stáří.

1.1 Stárnutí, stáří

Stárnutí a stáří nejsou pojmy totožné.

Stárnutí, neboli *senescence* je proces, jehož výsledkem je stáří. Je to specifický a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Jeho průběhu říkáme život. Stárnutí je proces všeobecný – stárne celá populace, ale zároveň individuální, kdy stárne celý jedinec. Lidé nestárnou stejně rychle. Dokonce ani jednotlivé orgány nestárnou souběžně. Proto věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému. Zatímco genetické dispozice nemůžeme ovlivnit, způsob života si každý z nás může vhodně uspořádat a to jak individuálně, tak i společensky, neboť bylo prokázáno, že ze zevních faktorů mají nepochybně vliv na výskyt některých chorob a délku života i sociálně psychologické vlivy.

Stáří. Je konečnou etapou stárnutí a jeho definování není snadné. Po staletí se jej snaží definovat umělci a filosofové a v poslední době též přírodovědci. Rozeznáváme stáří kalendářní, biologické, psychické, demografické, sociální. Dnes se ve většině zemí přijímá 15letá periodizace lidského věku tak, jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace (dále WHO).

Podle ní se stáří člení na tato **období**:

období středního věku: 45 – 59 let;

období raného stáří (období staršího věku): 60 – 74 let;

období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku): 75 a více let;

období dlouhověkosti: 90 a více let.

Podle kritérií Organizace spojených národů (OSN) se dělí obyvatelstvo na tři hlavní věkové skupiny: 0 – 14 let, 15 – 64 let a 65 a více let.¹

Podle ekonomického hlediska se dělí věk na produktivní, poproduktivní a v současné době je populární označení stáří jako **třetí věk**. Kalendářní věk je sice důležitou charakteristikou člověka, nevypovídá však nic o jeho **funkčním věku**. Ten je důležitým hodnotícím kritériem geriatrické medicíny. Nehodnotí jen biologický věk daného jedince, ale hodnotí jej ve všech psychosociálních souvislostech.²

1.2 Definice násilí

Pojem „domácího násilí“ vznikl jako překlad anglického termínu „domestic violence“. Jedná se o vzorec donucovacího chování užívaného jednou osobou k ovládnutí jiné, nebo jiných osob. V českých zemích nedošlo ke sjednocení terminologie, nejčastěji se hovoří o týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů, či o špatném zacházení se seniory. K tomuto jevu dochází ve všech zemích a sociálních vrstvách bez ohledu na vzdělání, náboženskou orientaci, věk nebo etnickou příslušnost.

Týráním se rozumí zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které tato osoba pociťuje jako těžké příkoří.³

Násilí je záměrné použití fyzické síly nebo moci, hrozící nebo aktuální, proti sobě samému, proti jiné osobě, nebo proti skupině či komunitě, které vede, nebo vysoce pravděpodobně povede k poranění, psychickému poškození, porušenému vývoji, nebo deprivaci. Tak definuje násilí Světová zdravotnická organizace.

¹ ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

² TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 1995, s. 304, ISBN 80-7169-099-6.

³ *Trestní zákon č. 140/1961 Sb. v platném a účinném znění.*

Agrese je chování, které vědomě a záměrně poškozuje druhého, ubližuje mu a způsobuje utrpení, popř. ho omezuje a násilně mu brání v pohybu a ve výkonu činností (encyklopedie Diderot).

EAN – elder abuse and neglect (týrání a zanedbávání starších). Anglosaská literatura používá tuto definici převzatou z National Center On Elder Abuse (Washington, 1993): jednotlivý nebo opakovaný čin nebo chybění přiměřené činnosti, který poškozuje seniory, nebo jim způsobuje utrpení a k němuž dochází ve vztahu, kde se předpokládá důvěra.

Zanedbávání znamená odmítnutí či selhání v uspokojování některých potřeb u osoby se závazky či úkoly, mající zodpovědnost za nutnou péči (National Center On Elder Abuse, Washington, 1993).¹

Z definice WHO vyplývá: násilí nemá jen fyzickou formu a odborníci hovoří o násilí psychickém, které je mnohem sofistikovanější a propracovanější, dále o násilí sociálním, institucionálním i mediálním. Další charakteristikou je jeho bezohlednost a destruktivnost, může mít různou délku trvání – od jedné ataky po opakovaná napadání až k dlouhodobému stavu. Týrání určité trvalosti postihuje zejména rodiny, členy uzavřených komunit, osoby svěřené do péče – ať již rodinné, či profesionální – zdravotnické a sociální. Faktické dopady násilí jsou velmi pestré a oběť se obvykle není schopna sama vymanit ze své těžké situace a není schopna nést sama následky.²

Pro praktické účely se odborníci přiklání k definování pojmu agrese jako pojmu širšího, zatímco násilí považují za pojem užší.

1.3 Tradiční formy péče o seniory

O kultuře dané společnosti vypovídá úroveň její péče o hendikepované, duševně nemocné a staré lidi. Prakticky již na úsvitu lidských dějin byla ve společenství zajišťována potřeba sociálního bezpečí vlastní každému člověku. Byla to rodina, kdo se

¹ LIPNER, M. Viktimologie v sociální péči. *Sociální péče*, ročník 2, č.3/2001, s. 15, ISSN 1213-2330.

² HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

o tyto lidi staral. Nedělejme si však iluze o idylické formě péče. Někteří staří nemocní již tehdy měli rodinu dysfunkční, někteří ji neměli vůbec a žili v nedůstojných podmínkách, potulovali se a žebřali. Byli břemenem společnosti a budili jak opovržení, tak soucit. Proto se postupně se rozvíjí charitativní formy péče o chudé, mají dobročinný charakter, poskytuje ji především šlechta a církve. Pojem charita vznikl z řeckého *charis*, které znamená lásku k bližnímu. Problémem této péče však byla nahodilost, chyběla soustavnost. Později byly zakládány chudobince, starobince a chorobince, provozované nejčastěji kláštery. Plnily především azylové funkce. Do útulků tohoto typu přicházeli všichni ti, kteří potřebovali střechu nad hlavou a jídlo, tady nemajetní, bezzemci a staří lidé. S postupujícím časem a potřebami ve společnosti se z chorobinců transformovaly špitály, z chudobinců a starobinců jisté formy ošetrovatelských zařízení, faktická péče však byla především laická.

Ve 14. a 15. století vznikají na Balkáně *domovy pro staré osoby*, v Nizozemí jsou organizována zařízení s malými pokojíčky pro seniory *hofjes* a v roce 1504 vzniká v Anglii *první zákon na ochranu starých lidí*. Později královna Alžběta I. vydává *první chudinské právo* a to platí téměř nezměněno dalších 200 let.

Podobně se vyvíjela péče v Americe, kde vznikaly *farmy chudých* a dobročinné veřejné domy, pro situované zde byly zřizovány různé varianty *penzionů pro dámy a pány*.

Byla to předzvěst systematické péče o staré lidi, která se začíná rozvíjet ve 20. století, zejména po druhé světové válce, kdy začínají vznikat různé systémy sociální péče. V jejich rámci jsou zřizovány domovy důchodců a další typy specializované ústavní péče.¹

I u nás lze vystopovat podobný vývoj. Po etapě charitativní péče jsou už v 15. a 16. století v Čechách zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. Tyto instituce však kapacitně nestačily, a mnoho lidí je odkázáno na almužny a žebrotu. Za vlády Ferdinanda I. byla proto v říšském policejním řádu formulována povinnost obcí postarat se o své staré a chudé. Později vyhlášené *domovské právo* mělo významnou regulační

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie* 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2004, 72 s. ISBN 80-7013-363-5, str. 32.

funkci v péči o ubohé. Podle něj se mohl potřebný občan obrátit v nouzi na tu obec, kde se narodil a tato obec se musela postarat o hendikepované, staré, vdovy i sirotky. Byly zřizovány obecní pastoušky. Bylo to právo mimořádně pokročilé, protože potřebné neponechávalo nahodilé dobročinnosti, snažilo se odstranit žebráctví, celý systém se stával institucionalizovaný. Zaniklo až v roce 1948. V roce 1779 uvedl hrabě Buquoy do života tzv. farní chudinské instituty. Tato péče se osvědčila a byla stále rozšiřována. Josef II. vydal zákon o chudinském právu a za jeho vlády byla otevřena Všeobecná nemocnice v Praze spolu s chorobincem, nalezincem a zaopatřovacím ústavem chudinským. Statistické údaje z této doby uvádí, že v Čechách bylo 1711 ústavů, na Moravě 326 a ve Slezsku 117 ústavů. Byla v nich poskytována péče celkem 40 494 osobám. Po vzniku samostatného Československa, byla v roce 1919 ustanovena správa pro otázky sociální péče, která spadala pod Ministerstvo sociálních věcí. I přes zjevné úsilí vykazovala péče o staré lidi v předmnichovské republice značné rozdíly. Nebyla dostupná všem potřebným a tak stále si mnozí získávali obživu žebrotou. Pomoc takovým lidem poskytovaly různé organizace a spolky (Diakonie, Charita a Červený kříž). Teprve v roce 1960 byly převedeny všechny ústavy sociální péče a zmíněné organizace pod jednotnou správu. Ve druhé polovině 20. století je péče rozdělena na zdravotní a sociální. Ve zdravotnictví jsou budována ošetrovatelská lůžka, kde nachází pomoc staří a nemocní lidé. Tyto typy zdravotnických oddělení však mají zpravidla neblahou pověst *odkladových interen*. Teprve vznikem *léčeben pro dlouhodobě nemocné, specializovaných doléčovacích a rehabilitačních oddělení* se situace kvalitativně vylepšila. V sociální oblasti jsou budovány Domovy důchodců, do kterých odcházejí lidé staří a prakticky zdraví. Zejména ti, jejichž domácí a ekonomické zázemí bylo nízké nebo problematické, i ti, kteří měli nevyhovující a přeplněné byty, čekali v domově důchodců pohodlnější život. Ale i to mělo svůj vývoj. Pokoje s velkým počtem obyvatel, nemožnost vzít si sebou svůj nábytek, uniformní způsob života, ztráta autonomie a zlepšení materiálních podmínek způsobily, že později odmítají lidé odcházet do těchto zařízení „příliš brzy“ a jsou ochotni akceptovat ústavní péči jen při výrazném zhoršení zdravotního stavu. Takovým požadavkům nebyl zprvu resort sociálních věcí schopen dostát, a proto bylo nutné posílit jeho zdravotnickou kompetenci. Navíc byl kritizován segregovaný typ péče na lůžku v sociální oblasti, a proto vznikají další formy v podobě penzionů, domovů s pečovatelskou službou,

domácí péče a domovinek. Nesporné je, že se teprve v průběhu času ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o staré lidi bylo k neprospěchu věci.¹

1.4 Demografické aspekty

Stáří obyvatelstva je výsledkem demografického stárnutí. Demografie je nauka o obyvatelstvu a zkoumá jeho složení a pohyb. Složení obyvatelstva je výsledkem jeho pohybu a dlouhodobých reprodukčních procesů. Významnou charakteristikou obyvatelstva je jeho věkové složení.

Demografické stáří je měřeno podílem osob vyššího věku v populaci. Není totožné se stářím biologickým. A vztahy mezi nimi jsou velmi složité. Demografické stáří je determinováno stářím biologickým a to tím intenzivněji, čím více se blíží střední délka života k maximální hranici lidského života. Také sociální faktory podstatně ovlivňují rychlost a stupeň demografického stárnutí.

Z hlediska demografického rozeznáváme: **absolutní stárnutí** – znamená zvyšování počtu starých lidí v populaci, je výsledkem snižování úmrtnosti a prodlužování střední délky života. **Relativní stárnutí** - znamená zvyšování podílu (procenta) starých lidí v populaci a je výsledkem jak snižování úmrtnosti v populaci, tak především snižování porodnosti.

Nejpoužívanějším ukazatelem demografického stáří je podíl osob vyššího věku (tzv. starých lidí) na celkovém počtu obyvatelstva. Nejznámější stupnice demografického stáří podle klasifikace OSN (podíl 65letých a starších):

1. mladé obyvatelstvo: do 4 %
2. zralé obyvatelstvo: 4 – 7%
3. staré obyvatelstvo: 7% a více.²

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

² ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8 str. 13.

Podle stupně stáří populace je možno vyhodnotit i společenské a ekonomické důsledky stárnutí obyvatelstva. Je uváděno, že dosáhne - li podíl osob starších 65let 12% v celkové populaci, je nutno se v celostátním měřítku zabývat systémem péče

o staré občany jako součást zdravotní a sociální politiky a při 14 % a více se tato péče stává základním problémem zdravotnictví.¹

1.4.1 Prognózy stárnutí obyvatelstva ve světě.

Obyvatelstvo světa jako celku je na hranici demografického stáří tj. 7 % osob nad 65 let. Mezi nejstarší kontinenty patřila v r. 1995 Evropa s 13,8 % a nejmladší Afrika s 3,2 %. Odhaduje se, že v roce 2020, ve srovnání s rokem 1996 vzroste světová populace nad 65 let o 82 %, v rozvojových zemích až o 110 %, a v rozvinutých zemích přibližně o 40 %.²

Tabulka č. 1 ukazuje prognózy stárnutí obyvatelstva České republiky

Rok	60 let a více	65 let a více	80 let a více
2000	18,4	13,8	2,41
2005	20,0	14,2	3,20
2010	23,0	15,7	3,75
2015	25,5	18,5	4,01
2020	27,0	20,9	4,30

Zdroj: ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, str. 17

1.4.2 Prognózy stárnutí obyvatelstva v České republice (ČR)

Za 50 let (1900 – 1950) se na území ČR podíl osob nad 60 let zvýšil z 8,8% v roce 1900 na 12,4 % v roce 1950. Ale jen za dalších 20 let (1950 – 1970) se tento

¹ ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8 str. 13.

² tamtéž-str. 15

podíl zvýšil na 18,3 % v roce 1970. Z toho vyplývá, že populaci ČR můžeme považovat za starou – podle kritérií OSN - již v roce 1950. ¹

Český statistický úřad konstatuje, že podle demografického vývoje by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně tři miliony osob. V roce 2007, podle Českého statistického úřadu, v ČR žilo 1 400 000 občanů starších 65let, což je přibližně 15 % populace. ²

1.5 Důsledky stárnutí a stáří

Stárnutí a stáří přináší jednotlivcům řadu problémů a nepříznivých důsledků. Především sem patří:

- **snížení a ztráta soběstačnosti.** S tím souvisí problémy se zajišťováním denní péče o sebe i domácnost;
- **zhoršující se zdravotní stav.** Dochází k postižení tělesných funkcí, důležitých pro udržení soběstačnosti;
- **zajištění přiměřených finančních prostředků,** které by měly zabezpečit přiměřenou životní úroveň;
- **zabezpečení adekvátního bydlení;**
- **ztráta životního programu.** Často je to velký problém po odchodu do důchodu, kdy je potřeba najít vhodné aktivity pro vyplnění volného času, utváření nových denních stereotypů, úprava denního rozvrhu;
- **problémy psychologické** – zvládání rizikových situací, problematika psychické aktivity – rodinné a společenské kontakty, nebezpečí sociální izolace, jako je osamělost, opuštěnost. ³

Kardinálními problémy jsou nesoběstačnost a osamělost.

¹ tamtéž-str. 16

² více na <http://mpsv.cz/cs/2856>, 3. 4. 2008

³ ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8. str. 20.

Soběstačnost je schopnost postarat se o sebe a svoji domácnost. Zahrnuje stránku fyzickou – především mobilitu, psychickou – především zařizovat své osobní věci samostatně, ekonomickou – dostačující příjmy, stránku sociální – začlenění v rodině a společnosti. Při poruše v některé ze složek dochází k **nesoběstačnosti** - *dysaptibilitě* – problémům se zabezpečením sebeobsluhy. Pokud se starému člověku dostává pomoci, která mu umožní žít ve svém prostředí, případně upraveném prostředí, jeho stav je označován jako zabezpečení. **Osamělost** lze zmírňovat citlivým přístupem rodiny, veřejnosti, zajištěním potřebné pomoci a udržováním společenských kontaktů.

Diskriminace / ageismus

Jan Lorman, předseda občanského sdružení ŽIVOT 90 konstatuje, že diskriminace a ageismus jsou pojmy moderní a vznikly před desítkami let. Ve Sborníku, vydaném z mezinárodní konference, kterou uspořádalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, cituje Roberta N. Butlera, ředitele amerického institutu pro stárnutí, který formuloval **ageismus** v roce 1968 takto: *„Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní ve své morálce a dovednostech...Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi...Ageismus je manifestován širokým spektrem fenoménu jak na individuální, tak na institucionální úrovni: stereotypy a mýty, otevřené opovržení a averze nebo jednoduše vyhýbání se kontaktu, diskriminační praktiky v bydlení, v zaměstnání a službách všeho druhu, přídomek, kreslené seriály a vtipy. Někdy se ageismus stává účelnou metodou, jakou společnost propaguje pohledy na starší osoby, s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim. Jindy ageismus slouží jako vysoce osobní objektiv chránící osoby mladší (obvykle ve středních letech) – často za vysokou emocionální cenu – před přemýšlením o věcech, kterých se bojí (stárnutí, nemoc, smrt)“.*¹

¹ *Postavení a diskriminace seniorů v České republice.* Sborník z mezinárodní konference MPSV ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností v Hradci Králové dne 25. listopadu 2005. vydání 1, Praha: MPSV, 2006, 140 s. ISBN 80-86878-52X str. 52

Dále se, ve stejném sborníku,¹ autor odvolává na Erdmana B. Palmora, který definoval **diskriminaci** v roce 1990 jako „*jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny. Předsudky vůči věkové skupině jsou negativní stereotypy vůči této skupině nebo negativní postoje založené na stereotypu*“. „*Diskriminace vůči věkové skupině je nepatřičné, nemístné, negativní zacházení se členy dané věkové skupiny*“.²

1.6 Dílčí závěr

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Kdo nezemře mlád, ten mu neujde. A měl by proto na ně být připraven. Mladí lidé a většina osob středního věku o stáří mnoho neví. Není důvod se o ně zajímat, protože se zdá být v nedohlednu. Struktura společnosti se však rychle mění. Stárnoucích a starých lidí přibývá. A tito lidé potřebují pomoc. Díky medicíně víme, jaký způsob života máme vést, co máme jíst, pít, jak máme cvičit. Ale kdo nás připraví na fakt, jak stáří unést? Jak se vypořádat s osamělostí, ztrátou životního programu, odchodem do důchodu, vlastní bezmocností? A v které situaci je člověk nejzranitelnější? Ohrožen diskriminací, násilím, zanedbáváním? Co znamená nést odpovědnost za svůj život, v čem spočívá spoluodpovědnost druhých a co mohou žádat od společnosti?

Stáří je složité období, důstojné stáří je složitá problematika, na které nutně musí participovat stát. Příprava na stáří je nezbytná a společnost by měla vytvořit vhodnou atmosféru a podmínky pro mezigenerační dialog.

¹ tamtéž str. 54

² *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Sborník z mezinárodní konference MPSV ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností v Hradci Králové dne 25. listopadu 2005. vydání 1, Praha: MPSV, 2006, 140 s. ISBN 80-86878-52X str. 54.

II. Analýza problému

2. Násilí na seniorech

Otázky násilí na seniorech jsou středem pozornosti mnoha vyspělých států. První zprávy o týrání seniorů se objevují v 70. letech minulého století ve Velké Británii. Systematicky sledovaným tématem se násilí vůči seniorům stalo teprve v posledních dvaceti letech. První zásadní práce vyšly z anglosaského prostředí, zejména ze Spojených států amerických (USA) a Velké Británie (Habart in Eastman 1984; Pillemer, Moore 1989). V roce 1980 proběhlo slyšení o tomto problému v USA ve Sněmovně reprezentantů a tato problematika se počátkem 90. let promítla do veřejné a sociální politiky USA.¹

Můžeme se ptát, proč byl tento závažný sociální problém tak dlouho tabu a procházel bez povšimnutí odbornou i laickou společností? Biggs, Phillipsona a Kingston 1995 (in Habart, 10) říkají, že zhruba od poloviny 60. let minulého století začala společnost nahlížet na dodržování jistých standardů v péči o seniory a začal se rozvíjet koncept práv seniorů. V této době dochází k oslabování úlohy tradičních rodinných sítí, změnila se charakteristika samotných seniorů, podmínek jejich života rozvojem domácí péče, samostatným bydlením.

U nás se tento vývoj opožďoval a k plnému rozvinutí většiny z těchto iniciativ dochází až po roce 1989. Současná společnost začíná klást vysoko na žebříček hodnot právo na sebeurčení, nezávislost, autonomii. Hnutí za práva žen, dětí a handicapovaných občanů či národnostních nebo etnických menšin jsou jen logickým vyústěním těchto oprávněných požadavků. Postupující demokratizace se dotýká i zdravotnictví a sociální sféry. Jsou publikovány Charta práv pacientů a z iniciativy České gerontologické a geriatrické společnosti i Evropská charta pacientů seniorů. Pozornost se začíná věnovat kvalitě péče v nemocnicích, sociálních ústavech a později i v domácí péči. Otevírají se tabuizovaná témata jako je smrt, euthanasie, sexualita, ale také problematika diskriminace, týrání a zneužívání – především nejzranitelnějších

¹ HABART, P. *Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice*. Práce byla zpracována v rámci podpory řešení výzkumného závěru FSV UK „Rozvoj české společnosti v EU: výzvy a rizika“ – MSM 002162084 str. 352.

skupin populace jako jsou děti, senioři a handicapované osoby. Otázky špatného zacházení se starými lidmi, včetně týrání, zneužívání a zanedbávání ze strany rodinných pečovatelů, nebo profesionálů byly dlouho na pokraji zájmu. Přitom, jak říká literatura, s některou formou špatného zacházení se můžeme setkat u 3 – 5% populace, což je v naší zemi asi 60 000 seniorů za rok.¹ Smutné je, že pachatelé násilí jsou ze dvou třetin partneři a z jedné třetiny potomci a dnes se už konečně hovoří o násilí v občanském životě ze strany úředníků, prodavačů, pracovníků služeb, a i o násilí institucionálním – ve zdravotnictví a sociální sféře. Návaznost na jev zvaný ageismus, kde terčem nevráživosti je starý člověk, je zřejmá.

1.1 Domácí násilí na seniorech

Zneužívání (týrání, abusus) seniorů je celosvětovým závažným problémem. Na rozdíl od diskriminace, pro kterou je charakteristický vztah ve skupině, je zneužívání aktem vůči jednotlivci. Začíná ztrátou respektu, pokračuje nevědomým zanedbáváním a ekonomickým zneužíváním až k otevřené agresii. Je často podceňována míra tohoto problému, spojená s neochotou označit viníky nejčastěji z důvodu strachu, studu, pocitu vlastního selhání, což poskytuje pachatelům volné pole působnosti. Klíčovým problémem je pak obecně nízká znalost tohoto jevu v celé české společnosti.

Pro pochopení tohoto problému je třeba poukázat na řadu aspektů vyplývajících ze změn zdravotního a psychického stavu těchto osob a jejich dopadů na životní styl a kvalitu života vůbec. Tyto změny jsou vysoce individuální a každý člověk je intenzivně vnímá. Stárí s sebou nese soubor nejrůznějších znaků v oblasti somatických, sociálních i psychických změn. Důsledkem snížené pohyblivosti může být postupné omezování sociálních kontaktů a narůstající vlastní pocit izolace od okolního světa. Typickým příznakem stáří je úbytek senzorických schopností. U 30% je výrazně zhoršen sluch. To vede k dalšímu znesnadnění kontaktu s okolím, prohlubuje pocity nejistoty a vede k pocitu zvýšené závislosti na druhých a vlastní méněcennosti. Se stářím dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, paměť a myšlení doznávají změn. V paměti,

¹ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Průvodce pro zdravotníky a pečovatele. 2. vydání Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN80-238-9505-2 str. 5.

především ve složce vstřípivosti a reprodukce, myšlení ztrácí plynulost a jeho obsah se zužuje.

Mezi další úskalí seniorského věku patří i projevy nejrůznějších duševních onemocnění a jsou typická pro období stáří a choroby. Lze se setkat se specifickými projevy psychopatie, která může být vyvolána celou řadou změn a adaptací na nové životní podmínky, různými formami neuróz a depresí pramenících ze změn hodnotového systému, pocitů bezmocnosti a závislosti na svých pečovateli a okolí spojené s potřebou lásky, uznání a pochopení. Projevy těchto chorob bývají provázeny nedůvěrou, labilitou, emoční nevyrovnaností, které v kombinaci se zapomnětlivostí mohou vyvolávat konflikty. Mohou se vyskytovat i daleko závažnější onemocnění CNS a různých stupňů a typů demence, které jsou doprovázeny zvýšenou dráždivostí, úzkostí, roztržitostí, ztrátou volných vlastností a sníženou sebedůvěrou.

Řada lidí, zvláště mladých, si pravděpodobně dokáže jen obtížně představit tyto odlišnosti fungování lidské psychiky dané věkem a obvykle posuzuje chování starších lidí podle sebe.

Stáří a chorobu však nelze v žádném případě ztotožňovat, i když tomu tak v laické i profesionální veřejnosti nejednou bývá.

2.1.1 Rodina a její funkce

Podle sociologického slovníku se rodina definuje jako: malá, primární, intimní skupina, která je tvořena lidmi spojenými příbuzenskými vztahy manželskými a pokrevními a která plní funkci sexuální, ekonomickou, reprodukční a výchovnou, typické je pro ni intimní soužití ve společné domácnosti, její členové se řídí stálými vzory chování. Nukleární rodinu tvoří rodiče a děti.

Rodina by měla být zdrojem hierarchie hodnot a morálních zásad, jako je láska, spravedlnost, pravdomluvnost, přístup k povinnostem, práci, nezištnost, citová výchova a další.

Za posledních padesát let se funkce a struktura rodiny výrazně změnila. Je zřejmý a trvalý pokles počtu dětí, změnil se životní styl rodiny a životní úroveň, postavení muže a otce v rodině, upevnilo se postavení ženy. Mění se vztahy mezi rodiči a dětmi, zvětšily se názorové rozdíly mezi generacemi. V minulosti, zejména na vesnicích, bylo běžné soužití tří generací. Dnes s dětmi bydlí asi 12 % rodičů, ve stejném městě 60 % rodičů¹. Rodina je přitom v péči o starého člověka nezastupitelná. Rodina však musí splňovat několik předpokladů pro dobrou péči o potřebného starého člena rodiny a to: musí **umět, chtít a moci**.

Umět – vědět, jak pomoci, v jakém rozsahu, aby nedocházelo ke ztrátě aktivity seniora, vědět, jak vypadá např. chování u Alzheimerovy demence, nebo jiných handicapů (zrak, sluch afázie).

Chtít – snažit se hledat možnosti a řešení, mít dobrou vůli.

Moci – mít podmínky k péči o seniora: fyzické, psychické, ekonomické, sociální, bytové.

Asi 80 % péče o staré a nesoběstačné osoby je zajišťováno rodinou, průměrná doba pečování je 4 – 5 let. Podle některých údajů nejčastěji pečují děti (53 %), manželka nebo manžel v 21 %, vzdálenější příbuzní v 10 %, 16 % tvoří pečující cizí osoby. Převážně pečují ženy – v 64 % (tamtéž). Tato dlouhodobá péče je velmi náročná fyzicky i psychicky. Záleží na rozsahu fyzického a psychického postižení starého člověka a stupni soběstačnosti. Mnoho rodinných příslušníků, kteří žádali o přijetí některého ze svých rodičů do našeho ústavu, přiznávalo, že po létech pečování docházelo v rodině ke konfliktům z únavy a nikdy nekončícího kolotoče povinností. Přes výraznou vůli **chtít**, mnohdy **neuměli**, nebo již **nemohli** pomoci (M. Z.).

¹ ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326 - 8.

2.1.2 Typologie domácího násilí

- **Fyzické týrání:** vědomé způsobování fyzické bolesti, zraňování, bezdůvodné fyzické omezování, trestání, fyzikální nátlak (vědomé vystavování chladu např. u otevřeného okna, omývání studenou vodou). Příznaky: škrábance, podlitiny, zlomeniny, popáleniny, stopy po kousnutí, nevysvětlitelné a opakované pády;
- **Hmotné (ekonomické, finanční) zneužívání:** nezákonné nebo nečestné zneužívání nebo používání prostředků a zdrojů starého člověka. Příznaky: nepřesná, zmatená nebo žádná povědomost o vlastní finanční situaci, nevysvětlitelná nebo náhlá neschopnost platit účty neodpovídající ekonomické situaci seniora, nerovnoměrnost mezi příjmy a životní úrovní seniora, viditelný strach, když se začne mluvit o penězích, náhlý a bezdůvodný převod majetku na druhou osobu;
- **Sexuální zneužívání:** je těžce rozpoznatelné a prokazatelné. Příznaky: obtíže při chůzi či usednutí, bolest, podlitiny, nevysvětlitelná venerická onemocnění nebo genitální infekce, zpravidla nezanechává viditelné stopy. Není vzácností, policejní statistiky uvádí 8 – 10 případů ročně;¹
- **Aktivní zanedbávání:** odmítnutí nebo selhání v ošetrovatelských povinnostech včetně vědomé a úmyslné snahy vyvolat fyzické a emoční utrpení starého člověka, nebo takové zanedbávání, které ohrožuje fyzické i psychické zdraví seniora. Příznaky: dehydratace, malnutrice, zanedbanost až zápach, nedostatečné až nevhodné oblečení, absence brýlí, naslouchadel, zubních protéz, dekubity, nevysvětlitelné zhoršení zdravotního stavu, příznaky požití nadměrného množství léků, nevhodné užívání nebo naopak chybí potřebná terapie;
- **Pasivní zanedbávání:** pečující osoba není schopna se postarat, ať už z důvodu neznalosti, nebo pro velké zatížení, nebo již rozvinutý syndrom vyhoření;
- **Zanedbávání sebe sama:** tzv. Diogenův syndrom (syndrom zanedbaného starce). Je výsledkem neschopnosti osamělého, nesoběstačného a nezabezpečeného seniora postarat se o sebe alespoň v základních věcech;
- **Psychické týrání:** vyvolávání duševní úzkosti, ponižující výroky, sekýrování včetně hrozeb odloučení od rodiny a přátel. Příznaky: nespavost, dezorientace, rezignace,

¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Senioři*. Vyšlo jako příloha časopisu Policista č.6/2007 str. 2.

úzkostné či panické stavy, pokusy o sebevraždu, útoky z domu, abusus alkoholu, analgetik. ¹

- **Mediální násilí:** je zvláštní formou násilí a jeho podstatou je mezigenerační konflikt. V televizním vysílání v obrazovém doprovodu, kdy se mluvené slovo obsahově týká stárnoucí, či staré generace, v obraze se zpravidla objevují senioři v devalvujících pozicích, v nedůstojném oblečení, s neodmyslitelnou hůlkou. Často bývá opomenut souhlas s takovouto prezentací. ²

K dalším typům zneužívání spadajících do výše uvedených kategorií nebo jeho variacím patří:

Podávání a předepisování léků – záměrné, nebo neúmyslné, které zahrnuje neposkytnutí či nepodání potřebných léků, nebo jejich podávání v dávkách, které starší osobu utlumují, nebo způsobují tělesnou újmu.

Systémové zneužívání – marginalizace seniorů v institucionální praxi, v sociální nebo ekonomické politice a její realizaci, která vede k nespravedlivému přidělování zdrojů a diskriminaci v poskytování služeb. ³

2.1.3 Specifické znaky domácího násilí

Často lidé nevědí, co lze považovat za násilí v rodině, jak rozpoznat domácí násilí. Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět, lze však stanovit společné znaky domácího násilí.

Charakteristickými znaky, podle kterých lze domácí násilí identifikovat, jsou:

¹ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Průvodce pro zdravotníky a pečovatele. 2. vydání Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN80-238-9505-2 str. 15.

² HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál o násilí*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397-X. str. 24.

³ zpráva generálního tajemníka OSN, dostupné na stránkách: www.mpsv.cz/files/clanky/zprava_OSN.pdf. 28. 10.2008

- **blízké vztahy intimního charakteru:** nejčastěji jedná se o osoby v příbuzenském vztahu;
- **společné bydlení:** násilná i ohrožená osoba žijí ve společném bytě a ohrožená osoba nemá možnost toto bydlení opustit;
- **jasné rozdělení rolí:** vzájemné postavení je nerovné a role se v průběhu incidentu nemění, oběť je dlouhodobě udržována v závislém, nerovnoprávném postavení;
- **dlouhodobost:** násilí trvá několik let a stále eskaluje;
- **opakovanost:** jedná se o nepřetržitý koloběh útoků, ať již slovních nebo fyzických, přerušovaný fázemi usmiřování, slibů a období relativního klidu. Tyto fáze se postupně zkracují, zatímco období vytváření napětí a útoků se rozšiřuje;
- **postupný nárůst intenzity:** útoky jsou každým dalším opakováním brutálnější;
- **skrytost:** obvykle dochází k násilí za zavřenými dveřmi. ¹

2.1.4 Rizikové skupiny a rizikové situace

Působení sociálních faktorů ve vyšším věku je zvláště výrazné. Za rizikové jsou považovány ty osoby, které nejsou schopny se rychle a účinně přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo změnám zdravotního stavu a dochází k dekompenzaci celkové sociální situace.

Podle expertů WHO jsou rizikovými:

1. velmi staré osoby nad 80 let věku;
2. osaměle žijící;
3. staré ženy, zejména osamělé a svobodné;
4. lidé umístění v ústavních zařízeních;
5. izolovaně žijící;
6. bezdětní;
7. lidé nesoběstační se závažnými chorobami a vadami;

¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Senioři*. Vyšlo jako příloha časopisu Policista č.6/2007 str. 2

8. nesoběstačný životní partner;
9. lidé se špatným hmotným zabezpečením.

Některá období života starých lidí přispívají ke zvýšení rizikové situace. Takovým obdobím je odchod do důchodu, kdy dochází ke ztrátě kontaktů, změně životního stereotypu. Dalším velkým rizikem je náhlé úmrtí životního partnera nebo blízkého příbuzného. Rizikem je i nedostatečně nebo nevhodně vybavená vlastní domácnost (např. riziko pádů). Výrazným rizikovým mezníkem v životě seniora je pak přemístění do zdravotní či sociální ústavní péče.¹

Tabulka č. 2 ukazuje výskyt některých rizikových gerontologických faktorů u osob nad 60 let věku (v %)

Zdroj: ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, str. 37.

Rizikové skupiny	Osoby nad 60 let věku
1. Staří lidé nad 80 let věku	12,4
2. Osamělí	32,7
3. Lidé bez kontaktu s dětmi a přáteli	1,8
4. Ovdovělé ženy nad 75 let věku	15,2
5. Špatný zdravotní stav	11,1
6. Bezdětní	16,0
7. Nesoběstační	7,1
8. Nesoběstačný životní partner	1,3

2.1.4.1 Kdo se stává obětí násilí

Podnětem k týrání seniorů vyplývá u rodinných příslušníků obvykle z dlouhodobé zátěže, dlouhodobou anamnézou špatných vztahů v rodině, ale i z lhostejnosti. Agresivní chování je z velké části naučeno v dětství a mládí jako způsob řešení konfliktů, tedy přejímáním vzorů z původní rodiny. K tomu se přidává řada dalších negativních vlivů, jako je obtížná bytová, nebo ekonomická situace, chronický

¹ ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

nedostatek času, přepracovanost, alkoholismus. Dalším faktorem může být skutečnost, že pečovatel je často jen do jisté míry schopen pochopit, že jeho činy jsou násilné. Někteří členové rodiny se někdy domnívají, že jsou oprávněni používat moc, aby mohli své oběti trestat a ovládat. Další významným faktorem bývá sociální izolace, protože ti, kterým je ubližováno, mívají méně sociálních kontaktů než ti, kteří tímto problémem netrpí.

Občanské sdružení GEMA – podpora zdraví seniorů, které se touto problematikou zabývá, upozorňuje na další faktory, které **riziko zvyšují**:

- při výrazném postižení smyslů a řeči, kdy dochází k obtížnému dorozumívání;
- senior trpí chronickou chorobou, která ovlivňuje jeho intelekt (demence, parkinsonismus), hybnost a další funkce, které mohou způsobovat problematické jednání a poruchy chování nebo výrazné změny osobnosti – agresivitu, bloudění, utíkání, opakování myšlenky;
- jestliže dojde k dalším neočekávaným a nepříznivým změnám v rodině;
- jestliže je pečující v důsledku péče nucen výrazným způsobem změnit svůj způsob života;
- jestliže je pečující izolován a nemá další podporu společenskou a psychickou, možnost realizace;
- jestliže je změna rolí, že děti přejímají vládu nad rodiči, seniorem nepříznivě chápána a vnímána.¹
- senior vyžaduje plnou péči, která je nad reálné síly pečovatele, zátěž odstartuje stresovou reakci a ta končí násilím. Podle statistik jen jedna pětina obcí nabízí respitní péči – konstatují H. Kunstová, O. Bastlová ve zprávě Českého helsinského výboru za rok 2006.²

¹ Více na stránkách: www.gerontocentrum.cz/gema/spatnedoma/php 24. 2. 2008

² dostupné na www.helcom.cz

2.1.4.2 Mýty a předsudky o obětech násilí

Značná část veřejnosti považuje násilí v rodině za záležitost výhradně soukromou, a proto je podceňováno. Vznikají tak různé mýty a předsudky, které znesnadňují odkrývání násilí. Jsou velmi rozšířené, a tento problém je spjat s řadou představ. Snad nejčastější mýtus o domácím násilí zní: *“Neměl (a) bych se do toho plést, není to moje věc“*. Žádný případ týrání není soukromou záležitostí a není možné jej tolerovat. Každý má právo na ochranu své důstojnosti, zdraví a života. A pravda o něm bývá obvykle horší než to, co vyšlo najevo!

- **Mýtus o sociálně slabých rodinách.** Je to velmi rozšířená představa, že domácí násilí se ve středních a vyšších vrstvách nevyskytuje a že postihuje jen sociálně slabé rodiny. Pravdou je, že tento problém nesouvisí s materiálním zázemím, ani vzděláním aktérů. Naopak, v dobře zajištěných rodinách může být domácí násilí urputnější, je těžší s ním vyjít na veřejnost.
- **Mýtus o typickém pachateli.** V laické veřejnosti koluje představa, že pachatel násilí je primitivní, impulzivní, nevzdělaná a vždy útočná osoba. Pravdou je, že domácí násilník mívá dvojí tvář, ve svém okolí je často pokládán za úspěšného, konformního a společenského člověka, násilnický je pouze ke své oběti a před svým okolím vystupuje jako solidní, seriózní osoba.
- **Mýtus o typické oběti.** Mnohdy si laická veřejnost myslí, že týraná osoba nevypadá jako oběť. Laická veřejnost často věří, že oběti se mohou stát jen pasivní, nesamostatné, závislé osoby. Je chybou předpokládat, že víme, jak vypadá typická oběť. Domácí násilí má mnoho podob a vzdělání, pracovní úspěchy ani materiální jistota nechrání nikoho před násilím za zavřenými dveřmi.
- **Mýtus o vině oběti.** Je to chyba oběti. Týrá ji (jeho), protože si to zaslouží. Zde platí doporučení: místo abychom se ptali „proč“ ji (jeho) uhodil, mějme na mysli, že nikdo nemá právo ubližovat.
- **Mýtus o vlivu alkoholu.** Lze ho vyjádřit větou: „Bije ji, protože pije“. Pravdou je, že alkohol a jiné závislosti komplikují domácí násilí, ale nebyvají příčinou. ¹

¹ BÁRTLOVÁ, S. „Domácí násilí na starých lidech“. *Sestra*, ročník 14, č.11/2004, s. 27, ISSN 1210-0404.

3. Institucionální násilí

Problém institucionálního násilí je závažný a bude třeba mu věnovat patřičnou pozornost. Pro zlepšení situace může každý zdravotník či sociální pracovník mnoho vykonat. Je proto třeba vědět, jaké formy násilí se v institucích mohou vyskytovat a jak jim předcházet. Nejvyšším cílem těchto pracovníků musí být eliminace násilí ve zdravotnictví a sociálních službách.

Zatímco týraným dětem a ženám je již věnována patřičná pozornost, týraní a zneužívání staří lidé stále stojí stranou veřejného zájmu. Má to mnoho důvodů. Jeden z nich je ten, který bude nejhůře odstranitelný: starý člověk se o svém příkoří bojí hovořit, protože se obvykle jedná o osobu, na které je nějakým způsobem závislý. Skutečný stav věci zůstává skryt. O to více je potřeba profesionální bedlivosti a znalosti v odhalování všech typů násilí na seniorech. Další překážkou v řešení problémů bude hluboké přesvědčení mnohých zdravotníků a pečovatелů, že k násilí ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních nedochází. Odtabuizovat problém násilí bude proto nezbytné.

3.1. Instituce, organizace, ústavy

Instituce – slovo pochází z latinského *instituere* (zařizovat, zřizovat) a označuje zvyklost, zákon, praxi a také organizaci. Podle sociologů je to například církev, školství, právo, ekonomický systém. V tomto významu se tento termín používá v některých evropských jazycích od 16. století. Teprve o 200 let později dostává význam v souvislosti se zařízením pro veřejné, výchovné nebo církevní účely a je spojován s budovou, v níž zařízení sídlí.

Organizace – slovo pochází z řeckého slova *organon* (nástroj) a v sociologii znamená mj. účelově vytvořenou skupinu lidí se společným cílem.

Ústav – zařízení, ve kterém skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu nějak handicapovaných lidí. Ústav je zvláštní fenomén: personál je v něm zaměstnán, pro klienty je to dočasná nebo trvalá náhrada domova. Tento rozdíl v očekávání a

postojích je ústředním problémem ústavní péče. Personál považuje klienty za objekt své práce, klienti chtějí být individuálními subjekty. ¹

3.2 Druhy násilí na seniorech v institucích

Jak již bylo konstatováno v úvodu této práce, některé projevy existujícího násilí v institucích lze velmi dobře popsat. Jsou to: dehydratace - odvodnění organismu, spojená s těžkou akutní změnou somatického stavu, jako je např. prudký pokles krevního tlaku, těžká dezorientace. Malnutrice – podvýživa při nedostatku potravy, ale také jako následek špatného chrupu, která může končit těžkou kachexií, až smrtí. Nekvalitní strava s nedostatkem bílkovin, kdy dochází k nedostatečnému hojení ran, nebo naopak k tvorbě proleženin. Zacévkování močového měchýře za účelem snížení počtu inkontinenčních pomůcek a ke zjednodušení osobní hygieny u starého člověka, kdy nemusí být hlídána potřeba vyprazdňování, a tím i vysazování na WC, které je v tomto případě vnímáno jako zbytečná snaha se zbytečnou ztrátou času.

Některé druhy týrání jsou totožné s domácím násilím. Mnohé zdroje v literatuře se shodují na tomto výčtu, který začíná být ustálený:

- **fyzické týrání:** způsobování fyzické bolesti, trestání, bití, strkání, chemický nátlak (studená voda u sprchování, otevřené okno proti vůli uživatele), neobvyklý váhový úbytek na váze;
- **emocionální týrání:** vyvolávání duševní úzkosti, bezdůvodné omezování pohybu restriktivními opatřeními, nadměrná indikace zklidňujících farmak, omezení možnosti rozhodovat sám o sobě v procesu vyšetření, ošetření, souhlas či nesouhlas s přestěhováním do jiného pokoje. Verbální vyhrožování, jehož obsah je zaměřen na přestěhování, vystěhování, bezmocnost, nadbytečnost, obtížnost, méněcennost. Omezování sociálních kontaktů, bránění sledování oblíbených pořadů v televizi;
- **zanedbávání vědomé či nevědomé:** odmítnutí nebo selhání v ošetrovatelských povinnostech, kdy starý člověk není schopen se sám najíst a napít, jehož

¹ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha: SLON, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1 str. 17.

následkem je malnutrice, dehydratace nebo naopak násilné krmení, nekvalitní strava, nechtěná dieta, nevysvětlitelné pády, dekubity, stav chrupu, neposkytnutí první pomoci při akutním zhoršení zdravotního stavu, dlouhodobé neposkytnutí lékařské péče;

- **nerespektování důstojnosti:** oslovování zdrobnělinami, nevhodné doteky, úchopy, nadužívání pomůcek pro inkontinenci, cévkování jako prevence pomočování, ponechávání starého člověka na klozetové židli, vstup bez klepání, přemísťování osobních věcí bez povolení, ponižování, přehlížení, neposkytnutí soukromí, odpojení signalizace, nevhodné oblečení;¹
- **ekonomické násilí:** neoprávněné vymáhání finančních částek za již uhrazenou službu (při rozdělení na služby fakultativní a základní, dané zákonem o sociálních službách-přičemž fakultativní služba je nad rámec příspěvku na péči-pozn. autorky). Finanční obnosy za přijetí do zařízení, které jsou nazývány sponzorskými dary. Není výjimkou ani zvyšování úhrad nad finanční možnosti uživatele, kdy domovy evidují rozdíl mezi stanovenou výší úhrady a faktickou částkou, kterou je uživatel schopen platit, a tento rozdíl evidují jako pohledávku.²

3.3 Jednání pracovníků

Ne vždy dochází k porušení práv uživatelů „výraznými“ situacemi. V běžném životě jsou to mnohem častěji přehlédnutelné a přehlížené způsoby chování nebo poskytování služby. Metodický průvodce pro poskytovatele při zavádění standardů³ uvádí následující způsoby chování nebo postoje poskytovatele služby:

- **zneschopňování** – zabránění uživateli, aby činil rozhodnutí, kterých je schopen: přeprat si drobné prádlo, chůze po schodech s berlí, oblékání uživatele personálem, protože je to rychlejší atd.;

¹ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Průvodce pro zdravotníky a pečovatele. 2. vydání Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN 80-238-9505-2.

² kancelář veřejného ochránce práv, dostupné na www.ochrance.cz 15.8.2007

³ ČERMÁKOVÁ, K. JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Průvodce poskytovatele. 1. Vydání. 2003, 112 stran, ISBN 80-86552-45-4 str. 13.

- **infantilizace** – blahosklonné chování personálu, upravování oděvu klienta, zdrobňování (papat, nožička), hlazení po hlavě, používání výrazu – zlobí, používání kojenecké láhve k podávání tekutin atd.;
- **zастраšování** – vzbuzování strachu u klienta s cílem přimět ho k nějaké činnosti: vyhrožování hospitalizací při nedodržování diety, vyhrožování uzamčením pokoje při utíkání atd.;
- **nálepkování** – označování uživatele podle chování: ležáci, „ten, co se pořád svléká“, „ta zmatená“, nebo podle diagnózy: „ta dementní“;
- **stigmatizace** – viditelné označení oděvů a jiných osobních věcí klienta, používání „bryndáků“, poskytnutí jen lžice k jídlu, izolace určité skupiny klientů pouze ve vymezených prostorách;
- **nerespektování tempa** – podávání informací nevhodnou formou, nerespektování osobního tempa při denních činnostech jako je jídlo, oblékání, mytí, chůze;
- **zneplatňování** – pracovník dává najevo, že neuznává to, co uživatel říká a odpovídá mu káravě, nebo nevhodným žertováním;
- **odhánění** – odmítání klienta např. při klubových sezeních s tím, že by: „rušil“, „včera zlobil“, „nezvládl by kontrolu nad svým vyměšováním“;
- **zvěčňování** – manipulace s klientem bez upozornění, co chce udělat (polohování klienta), činnosti okolo klienta bez slovního doprovodu;
- **ignorování** – vcházení do pokoje klienta bez dovození, zaklepání, výměna informací a komentáře o klientovi v jeho přítomnosti jako o třetí osobě;
- **vnucování** – nerespektování klientova práva na výběr, svobodnou volbu, nátlak na uživatele – nechat si ostříhat vlasy, protože je to praktické, nutit klienta vzít si čepici, protože je venku chladno;
- **vyrušování** – přerušování činnosti klienta, nebo narušování jeho soukromí, protože je čas oběda, koupele;
- **ponižování** – chování pracovníka, které poukazuje na neužitečnost, bezcennost a snižuje sebedůvěru klienta.

Reminiscence: v domově bydlí poměrně mladá klientka – 66 let, s Korsakovovou demencí (letitý abusus alkoholu v anamnéze), t. č. bez abusu, hezkého, mladistvého vzhledu. Každé ráno a za každého počasí, odchází do městečka za nákupem cigaret,

oděna jen ve svetru, sukni, bez punčocháčů, v papučích. Podotýkám, že žijeme v oblasti, kde je v zimě nezřídka dva metry sněhu a dvacetistupňový mráz. Mnohdy nás „to bolí“. Upozorníme ji na skutečnosti, ale nenutíme k činnosti. Dcera této klientky požádala o zbavení způsobilosti k právním úkonům, zmíněné okolnosti to však nezmění.

V této souvislosti se nabízí celá řada otázek: jak lze objektivně posoudit soulad fyzického vzhledu a psychických schopností starší osoby, její rozhodnutí, její vůle? A co tomu řekne laická veřejnost? Jak posoudí „naši péči“? Často dochází k odsouzení ze strany okolí (*labeling – štítek, označení*), kdy není objektivně posouzen duševní stav starého nemocného člověka, a ten svým rozhodnutím může poškodit své vlastní zájmy, nebo zájmy svého okolí.

3.3.1 Historie konkrétního zařízení

Domov pro seniory (tehdy Domov důchodců) vznikl z objektu bývalého internátu textilního závodu. Rekonstrukce budovy proběhla v období od ledna 1993 do března 1994, a k 1. dubnu tohoto roku byl domov otevřen. Domov je stavebně řešen jako bezbariérový o celkové kapacitě 106 lůžek umístěných v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích s umyvadlem na každém pokoji. Sociální zařízení jsou společná na patrech jednotlivých oddělení. Na každém oddělení je jídelna a společenská místnost. Pokoje jsou stísněné, každý z nich má 16 (!) metrů čtverečních. Domnívám se, že toto řešení nebylo šťastné a dalo nám mnoho práce a úsilí „polidštit“ a „proteplit“ rekonstruované prostory. Dlouhé uniformní chodby, řada dveří, všechna oddělení (dvě budovy po třech patrech) podobná si jako vejce vejci, a to vše dovršeno „barevností“ v kombinaci bílé s průmyslovou šedí. Pro mladého člověka orientace v těchto prostorách jistě nebyla problémem. Pro seniory to však byla katastrofa, navíc v kombinaci s faktem: „byl jsem donucen životními okolnostmi opustit své milieu a dožiji v ústavu“. Klienti bloudili v nových prostorách a nebylo záchytných bodů. A tak jsme sami zhoršovali již mnohdy špatnou orientaci klienta danou jeho onemocněním i věkem.

Od začátků prošel domov velkými proměnami. Sháněli jsme sponzory, abychom mohli nakoupit nábytek, koberce, záclony a tím se pokusit o přiblížení domácímu

prostředí. A protože dnes již nikdo nepochybuje o vlivu barev na psychiku i nálady člověka, dveře i stěny jsme natřeli pastelovými barvami tak, aby každé oddělení mělo svůj odstín a typický charakter vzhledu, odlišný od toho dalšího.

Přímá péče je poskytována kvalifikovaným zdravotnickým personálem, sociálními pracovníky a pečovatelkami (pracovníci v sociálních službách) 24 hodin denně. Každý klient má vypracován individuální plán péče s definicí cílů v sentencích zákona.

Dnes je domov rozdělen na dva typy služby podle zákona č.108/2006 o sociálních službách. První typ služby je zaregistrován jako **Domov pro seniory** podle § 49 zákona 108/2006 o sociálních službách. Zde žije 60 žen a 28 mužů, věkový průměr činí 81,7 let (k říjnu/2008).

Pro rostoucí počet klientů s vysokým stupněm demence jsme se rozhodli v roce 2004 vybudovat speciální oddělení pro takto postižené uživatele. Situováno je zde 18 lůžek, je zde ubytováno 14 žen a 4 muži s věkovým průměrem 77,3 roku (k říjnu/2008), se kterými pracuje speciálně proškolený personál. Postupovali jsme podle zásad České Alzheimerovské společnosti, se kterou jsme všechny naše potřeby konzultovali. Dnes je tato služba zaregistrována jako **Domov se zvláštním režimem** podle §50 zákona č. 108/2006 o sociálních službách.

3.3.2 Jak jsme začínali

Začínali jsme složitě. Každý přišel z jiné profese – sestry z nemocnic a ambulancí (éra divokých privatizací, kdy se lékaři chovali k sestrám majetnický a kořistnický), pečovatelky s několikatýdenním kurzem se rekrutovaly z řad tkadlen, jeřábnic, skladnic a jiných pestrých profesí. Nikdo z nás nevěděl, co ho čeká, všichni jsme stáli na začátku. Nejenže jsme začínali bez jakéhokoliv technického vybavení, kdy chyběly i tak zásadní věci jako madla okolo stěn, chodítka a invalidní mechanické vozíky, ale nebyli jsme ani metodicky vedeni.

Kromě nakládání s majetkem domova a základních organizačních nutností, jako jsou náplně práce, stanovená pracovní doba a jiné, nebyla definována žádná pravidla – neexistovaly metodiky, standardy sociální ani zdravotnické.

Režim zařízení se často řídil potřebami pracovníků, jejichž zájmy hájily odborové organizace, a potřebami provozu. *Reminiscence: večere pro obyvatele (dnes uživatele) začínala v 17.00 hodin, protože dvěma kuchařkám nejel autobus zpět domů.*

Člověk žijící v domově se musel přizpůsobit velké skupině lidí a pravidlům pro provoz specifických pracovišť, jako je stravovací provoz, nebo ubytovací zdravotnické zařízení. Obyvatel bydlel fakticky v „provozovně“, kde bylo nutno dodržovat zvláštní pravidla, jako jsou hygienické normy (nesměl vstoupit do kuchyně a uvařit si), nesměl mít u sebe léky, nesměl mít v pokoji elektrický spotřebič z bezpečnostních důvodů.

Dodnes platí, že pokud klient nebydlí v jednolůžkovém pokoji, musí se přizpůsobit svému spolubydlícímu: nemůže zhasínat a rozsvěcet, kdy by chtěl, nemůže nahlas poslouchat hudbu, nemůže v klidu číst, protože je rušen činnostmi jiných. Většina jeho projevů je stále pod něčí kontrolou a hrozí, že někomu nebude vyhovovat. Dodnes také platí, že majetek, který si senior přináší do domova, se zužuje na osobní věci a pár drobností, jako jsou obrázky, hrneček, budík či rodinné fotografie. A tak se senior, který přišel z bytu nebo domu, ocitá v malém pokoji, kde má přiděleno židli, lůžko a skříň. Pokud domov definujeme jako místo, kde můžeme být sami sebou, kde nemusíme dodržovat konvenci společenských rolí, v tomto smyslu domov nemůže být domovem téměř nikdy.

V některých domovech bylo v této době zavedeno i omezování vycházek delších než 24 hodin, protože to nebylo ekonomicky výhodné pro zařízení z ekonomického hlediska - klient dostával vrácené peníze za neodebrané jídlo a služby (tzv. „vratky“ upravené vyhláškou č. 83/1993 Sb. o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče), a byly určeny i „návštěvní hodiny“ jako v nemocnicích.

V Domácím řádu jednoho nejmenovaného domova bylo dokonce určeno, jak bude vypadat domácí úbor obyvatele (!!!).

Reminiscence: Jednou za mnou přišli zájemci o službu. Ptali se na vše a přišla otázka, co si má maminka donést z oblečení na všední den. A při té příležitosti jsem se dověděla, že v některém z domovů měli přesně určeno, co ženy budou mít na sobě: bavlněnou propínací zástěru. Naopak, některé návštěvy se divily, že vůbec nějaké denní

šatstvo budou jejich rodinní příslušníci potřebovat, protože obyvatelé zůstávají celý den přece v posteli....

Užívaný systém byl založen převážně na diagnózách, které nevypovídaly o dostatečné míře potřeb, chyběl nástroj k zjišťování jejich míry.

Reminiscence: obyvateli s amputací obou dolních končetin byla poskytována plná péče, přestože ten byl zcela orientován všemi směry a spoustu úkonů si měl udělat sám.

Neexistoval zákonem upravený nástroj na ochranu obyvatel. To vše vedlo k omezování soukromí, osobní svobody a lidské důstojnosti. Ústav měl nad obyvatelem nepřiměřenou moc. Ale co s tím? Jak tuto moc rozptýlit?

3.3.2.1 Nastavení podmínek k ochraně práv klientů

„Nikdo není ostrov“, jak říká německý spisovatel J. M. Simmel. Ani já jsem nebyla sama, koho tyto otázky pálily, měla jsem okolo sebe tým, který chtěl dělat správné věci správně. A tak jsme se, bez přítomnosti druhé osoby a ohleduplně, ptali dál: nahrazujeme svému uživateli domov? V mnohém to není realizovatelné, ale v mnohém to jde. Tudíž: nemůžeme budít brzy ráno, nemůžeme uživateli určovat, kdy chce jíst, kdy půjde spát, co si chce obléci. K tomu, abychom ho mohli pochopit v mnohých věcech a za mnoha okolností, potřebujeme znát jeho „životní cestu“. V týmu byl vypracován příjmový dotazník, který obsahoval všechny složky holistické péče: bio - psycho – sociální a spirituální. Jaká je zdravotní anamnéza přijímaného seniora? Které nemoci ho trápí? A jaké jsou jeho tělesné potřeby? Co ještě v sebeděči zvládne sám? Jaké má vztahy s rodinou? A má ještě vůbec nějaké kamarády, kteří by ho mohli navštěvovat? Jaké měl a má koníčky? Je věřící? Nabídneme mu možnost účasti na mši? Jaké má zvyky?

Reminiscence: jednou mi nově příchozí uživatelka při těchto otázkách sdělila, že už třicet let nespala v posteli, ale v křesle, a i u nás v tom chce nadále pokračovat. Bylo jí vyhověno, ale po čase se sama postupně na noc začala ukládat do postele.

Byla řešena režimová opatření, která jsou nezbytná vzhledem ke společnému charakteru soužití, a snažili jsme se je skloubit se svobodou rozhodování uživatelů. Řešili jsme možnost uzamknout si svůj pokoj, toaletu, koupelnu. Vnímání pokoje jako bytu uživatele, a tudíž klepání na dveře, oslovení příjmením jsme považovali za elementární slušnost a nikdy zde nebyl zásadní problém. Horší to bylo s organizováním času – s jakýmsi harmonogramem prací. Ten musel existovat, aby byla smysluplně využita pracovní doba pracovníka. Ne však uživatele. A tak se pečovatelé museli učit, že ne vždy se teď právě chtěl jít uživatel koupat, teď právě se mu nechtělo obědvat. Mnohým pečovatelkám dělal problém prostý fakt „individuální“ péče. Problémem byla i volba spolubydlícího. Bylo řešeno i kouření (kde najít místnost pro kuřáky), nadměrný abusus alkoholu.

V kolektivu byly vypracovány metody a postupy práce, ošetřovatelské standardy, etický kodex pracovníka v sociálních službách, metodika k zapracování nového pracovníka, ucelená dokumentace a jiné. Ano, dobře nastavená koncepce a dobře zpracované dokumenty ještě neznamenají zvnitřnění těchto norem.

Zdá se to všechno jednoduché a prosté? Připomínám, že mluvím o době před téměř patnácti lety. „Práva pacientů, definitivní verze, jsou u nás platná od roku 1992 a 16. prosince 1992 došlo k vyhlášení „Listiny základních práv a svobod“ jako součásti ústavního pořádku České republiky. První standardy sociální práce, vytvořené MPSV, vychází v roce 2003.

Reminiscence: Když jsem nechala v našich začátcích vsadit do pasparty Práva pacientů a pověsila je na chodbu tak, aby byly dostupné všem – uživatelům i personálu, dobře si vzpomínám, s jakou nedůvěrou za mnou chodili a ptali se: „To je myšleno vážně? Bude si opravdu pacient rozhodovat o léčbě? A může ji odmítnout?“

Jen okrajově se mohu zamýšlet nad poměry ve zdravotnických zařízeních, jako jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné (dále LDN) a gerontopsychiatrie. Je pravdou, že mám dva výrazné zážitky v souvislosti s LDN. Jeden je hořce úsměvný (viz reminiscence), druhý traumatizující.

Reminiscence: náš 98(!) letý klient, orientovaný všemi směry a velmi čiperný, přišel po několika týdnech z nemocnice, kde byl hospitalizován pro dnu. Vrátil se zarostlý, nekoupán a nespokojen, říká: „K vám do domova by se sestry z nemocnice měly chodit učit chování k nám, pacientům“.

Traumatizující zážitek popíšu v kazuistice.

Kazuistika č. 1: *klientka, 83 let, byla do našeho zařízení přijata z LDN jednoho velkého města a jedné fakultní nemocnice. Žena je orientovaná osobou plně, místem a časem hrubě, je zcela imobilní, kachektická. Díváme se do milé tváře, bystrých očí. V lékařské propouštěcí zprávě, která je povinnou „výbavou“ každého pacienta při ukončení hospitalizace, je zmínka o dekubitech. Konfrontace se skutečností je otřesná: osm dekubitů, většinou všechny čtvrtého stupně – tedy nejtěžší možné poškození. Po rozbalení ran se s kolegyněmi díváme na lidskou anatomii a somatický marasmus v „přímém přenosu“. Jsou postižená typická predilekční místa: rameno, kyčel, obě paty, kost křížová (do rány by se vešla celá moje pěst), dekubit je dokonce na ušním boltci. Výrazněji je postižena levá strana, z čehož plyne, že k lůžku nebyl přístup ze všech stran. Rána na kyčli je tak hluboká, že chybí prakticky celá svalovina a my vidíme všechny úpony kloubů a obnažené, pohybující se jednotlivé části kloubu. Rány jsou povleklé hnisavým sekretem a silně zapáchají. Oslovuji ortopeda, žádám předpis některých polohovacích pomůcek do lůžka. Kupujeme antidekubitní vzduchovou matraci s pulsátorem, který v určitých intervalech vhání do matrace vzduch tak, aby zatěžované partie těla vlastní vahou byly odlehčovány. Zdůrazňuji, že těchto matic máme v domově okolo dvaceti a poslední čtyři roky dekubity vzniklé v našem zařízení nemáme žádné!!! Ortoped je skeptický a prognózuje, že klientka do měsíce zemře na sepsi. Syn, který je na matku značně citově fixován, pláče. Dvakrát denně děláme převazy, o kterých vedeme protokoly k objektivizaci hojení. Sháním sponzory na modernější léčbu, součástí které je třeba stříbro, nebo mořské řasy a nové technologie, které umožňují převaz rány i v třídním intervalu, takže rána „má čas“ na odpočinek. Tuto léčbu hradí zdravotní pojišťovny jen částečně, a syn ani klientka na doplatky nemají dostatečné finance, protože ty jdou řádově do několika tisíc za měsíc. Kupujeme speciální bílkovinnou tekutou stravu, která je podávána v podobě sippingu (připíjení, usrkávání), a která zajišťuje dostatečný přísun bílkovin, jako podpora k obnově tkání. Tento stav je ošetrovatelsky velmi náročný, protože zde musíme polohovat co dvě*

hodiny, sledovat příjem tekutin, příjem potravy, je nutná velká starost o čistotu těla i lůžka. A je zde lidský rozměr - nezměrné utrpení. Mezi klientkou a ošetřujícím personálem vznikají velmi silné citové vazby. Klientka si přeje, abychom jí říkali křestním jménem, a my přijímáme. Helenka umírá po dvou letech života u nás na srdeční selhání. Některé dekubity jsou zhojeny, ty nejhlubší jsou vyplněny růžovými tkáněmi bez hnisavých povlaků, na mnohých se objevují ostrůvky nové kůže. Mému ošetřujícímu personálu patří velké poděkování. Helenka se stala naší legendou.

Chci zdůraznit, že když jsem si vybírala téma pro svou bakalářskou práci, do skandálů, které popsal redaktor MF Dnes (MF Dnes: Za zdmi LDN – pacient je nula. 7. 7. 2008) v jedné pražské LDN, zbývalo několik měsíců, a veřejnost o nich zřejmě neměla potuchy. Snad jen o některých věděla víceméně ze svých osobní zkušeností, nebo sdělení svých známých.

Objektivněji pak mohu posoudit život v domovech pro seniory. Odbornou praxi jsem absolvovala ve dvou domovech pro seniory a došla jsem k závěru že, přestože chod každého domova byl mírně odlišný, jen jsem si potvrdila, že práva seniorů jsou zde důsledně řešena i dodržována. Chci zdůraznit, že tato doba však není dostatečně dlouhá, abych mohla hodnotit. Analyzovat budu jen vývoj událostí v našem domově. Přesto mohu prohlásit, že v tomto prostředí pracuji patnáctý rok a znám se velmi dobře s mnoha pracovníky jiných domovů na všech pracovních pozicích, i psychosociální atmosféru „jejich“ zařízení. Samozřejmě, každý domov se liší v mnoha parametrech: v počtech uživatelů (od 23 uživatelů do 650 uživatelů – M. Z.), v počtu personálu i profesním složení týmů, jednotlivá zařízení se liší vybaveností občanskou i počtem pomůcek zdravotnické techniky, lokalizací zařízení v centru města, nebo zcela mimo něj. Všechny tyto faktory mají vliv na kvalitu poskytované péče.

Podle statistik Ministerstva práce a sociálních věcí bylo v roce 2006 u nás necelých 400 domovů s necelými 40 000 lůžky. V roce 2005 čekalo na místo 30 000 lidí (MF Dnes: Stáří v bludném kruhu. 25. 3. 2008).

V současné době je, podle údajů Světové zdravotnické organizace, mezi seniory přibližně 5% umístěno v závěru svého života do ústavní péče.¹ Vzhledem k tomu, že senioři jsou v těchto ústavech v drtivé většině přihlášení k trvalému pobytu, stává se ústav seniorovým domovem.

3.3.2.2 Psychické týrání klienta pracovníkem

V našem domově byly s pracovním kolektivem, mimo jiné, stanoveny indikátory kvality péče (počty nově vzniklých dekubitů, počty a příčiny pádů, mimořádné události), které jsou pravidelně sledovány a vyhodnocovány. Máme stanovená pravidla pro oslovování klientů, v našem zařízení neexistují restriktivní opatření v pohybu klientů, dbáme na kvalitní komunikaci a personál je v ní neustále vzděláván, pěstujeme kolegiální vztahy, pracujeme týmově, hlídáme mezilidské vztahy, dbáme na práva klientů. Přesto jsem již psychické týrání ze strany pečovatelky řešila.

***Kazuistika č: 2** klientka, 93 let, bývalá učitelka, kultivované vyjadřování i chování, imobilní, ale zcela orientovaná všemi směry a duševně velmi čilá. Poslouchá rádio a má přehled o dění v republice i ve světě, orientuje se v politice, píše do ústavního časopisu o dění v domově i o svých celoživotních zážitcích. Optimisticky laděná, umí formulovat své potřeby a umí zdravě vyžadovat jejich uspokojení.*

V určité době začíná být zamklá, pesimistická, její oblíbené činnosti ji přestávají bavit. My, ošetřující personál, se trápíme změnou, která u ní nastala, a hledáme příčiny vedoucí ke změně chování. Po mnoha diskuzích a konzultacích mezi sebou se začínáme domnívat, že dochází k involučním změnám s postupujícím věkem. V této době za mnou přichází dcera naší klientky a začíná mi popisovat chování jedné z pečovatelek z ošetřujícího týmu. Je to těžko uvěřitelné. Vždy, když tato pracovníce přijde do pokoje její maminky (na pokoji bydlí maminka ještě s další klientkou, se kterou si rozumí), velmi nápadně zdraví jen tuto druhou obyvatelku a maminku pečlivě ignoruje. A tak je to se všemi činnostmi, které ženy potřebují: spolubydlící je předloženo jídlo s přáním dobré chuti, mamince beze slov. Totéž při odchodu z pokoje. Komentáře o činnostech,

¹ *Násilí na seniorech.* Sborník příspěvků z pracovního semináře. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, Právnická fakulta, 2002, 65 s. ISBN 80-244-0409-5. str. 34

třeba u ranní toalety, probíhají vždy jen se spolubydlicí, maminka je ošetřována v tichosti. Ještě mi dcera zdůrazňuje, že si pečovatelka (podle maminčina vyprávění) dává důsledně pozor, aby při tomto chování nebyl na pokoji přítomen nikdo další z personálu, z čehož usuzuji, že si je pracovnice velmi dobře vědoma svého jednání a začínám věřit, že se jedná o šikanu. Trápím se, protože se jedná o prověřenou, spolehlivou pracovníci. Dále je pro mne těžké si přiznat, že by se mi klientka s tímto problémem nesvěřila (nebo někomu jinému z ošetřujícího kolektivu), když o její rodině známe každou podrobnost. Ale také si uvědomuji, že musím jednat rychle a bezodkladně, aby se problém neprohluboval. Pečovatelka, která dosud neměla žádné pracovní problémy, samozřejmě všechno popírá, tváří se velmi nešťastně, že je vůbec podezřelá z takového jednání, a protože ho nepřipouští, neumí ho ani vysvětlit. Popírá problémy v kolektivu a neguje problémy v rodině. Překládám tuto pracovníci na jiné oddělení a čekám, zda dojde k úpravě chování postižené klientky. Tato během krátké doby zase začíná mít zájem o veškeré dění okolo sebe a začíná mít svou „jiskru“ v oku. Po nějaké době mi sama popisuje trápení, které si prožila a uvádí, že pokud byla tato pečovatelka přítomna na jejím oddělení, bála se o problému mluvit. Tímto potvrzením skutečnosti jsem pracovníci nabídla dobrovolný odchod z našeho pracoviště pro ztrátu důvěry a ona jej přijala.

Tato záležitost je několik let stará a já si stále uvědomuji, jak těžké je odhalit a dokázat toto velmi nebezpečné chování. Současně si uvědomuji, že i léty prověřený pracovník může za určitých, zřejmě těžko zjištělných okolností, selhat.

3.4 Nástroje k minimalizaci jevu v instituci

V posledních dvou uplynulých letech jsou to jednoznačně **Standardy kvality v sociálních službách a zákon 108/2006 o sociálních službách** ze dne 14. 3. 2006 s účinností od 1. ledna 2007.¹

¹ Ve zdravotnictví jsem se v žádném metodickém pokynu, vyhlášce ani zákonu nesetkala s řešením tohoto nebezpečného jevu. Kromě ohlašovací povinnosti o podezřelých zraněních pacienta, kde je podezření z týrání blízkými osobami, se zřejmě nepočítá s touto nebezpečnou trestnou činností páchanou zdravotníky, jak píšou na jiném místě této práce (M. Z.).

Standardy sociálních služeb jsou metodikou formulující kvalitu a parametry poskytované služby, jakési **ISO** používané v technických odvětvích. Zákon o sociálních službách staví klienta do roviny plnohodnotného partnera.

K těmto dvěma nástrojům bych ještě přidala kvalitu lidských zdrojů, kterou považuji za alfu a omegu v této oblasti. Jedním ze zásadních předpokladů dobré péče je zabránění špatnému zacházení s ubytovanými seniory. Úroveň sociálních služeb závisí na lidech, kteří v nich pracují. Pracovníci jsou nejcennějším zdrojem těchto služeb. Lidé, kteří zde pracují, se setkávají s nelehkými životními příběhy, musí se umět rychle rozhodovat, rozpoznávat ohrožení a umět účinně klientům pomáhat. Další vzdělávání je jedním z důležitých aspektů, jak pracovníkům pomoci dobře zvládat každodenní pracovní činnosti. Stejně jako v rodině zde platí: **chtít, umět a moci**.

3.4.1 Standardy kvality v sociálních službách

Vznikly v rámci Česko – britského projektu, který měl podporovat Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) při reformě sociálních služeb v letech 2002 – 2003. Tyto koncepční materiály vznikly na principech konzultačního procesu a na zkušenostech získaných přímo v praxi.¹ Jsou to stanovené požadavky MPSV na kvalitu poskytování sociálních služeb.

Standardy kvality sociálních služeb (dále jen Standardy) jsou pomůckou pro poskytovatele, a říkají jim, **jak** mají poskytovat dobré služby. Uživatelům a jejich rodinám říkají, **co** mohou od nabízené služby očekávat. Hlavními úkoly v této oblasti je prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném společenství, ochrana zranitelných skupin před porušováním jejich občanských práv a před neodborným poskytováním těchto služeb. Standardy nejen popisují, jak má vypadat kvalitní služba, ale jsou i souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, které průkazným způsobem posoudí kvalitu služby. Přesné znění standardů a kritéria k jejich naplňování jsou definována v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. zákona č. 108/2006 o sociálních

¹ ČERMÁKOVÁ, K. JOHNOVÁ, M. M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Průvodce poskytovatele. 1. vydání. Praha, 2003, 112 stran, ISBN 80-86552-45-4

službách. Jsou to veřejné dokumenty. Jejich naplňování bude předmětem **inspekce** - kontroly, která je ukotvena v §97 tohoto zákona.

3.4.2 Obecné principy při poskytování služeb

V „Bílé knize v sociálních službách“ je popsáno sedm tvůrčích principů, které tvoří základ všech sociálních služeb.

1. Nezávislost a autonomie – nikoli závislost.
2. Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení.
3. Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami, neexistuje model, který vyhovuje všem.
4. Partnerství – pracovat společně, ne odděleně.
5. Rovnost bez diskriminace.
6. Kvalita – její záruka poskytuje ochranu zranitelným lidem.
7. Rozhodování v místě.¹

Reminiscence: poprvé jsem se pracovně setkala s jakýmsi náčrtem standardů v roce 2000 na širším pracovním setkání v rámci okresu. Zdály se nám logické a viděli jsme v nich potřebný řád s určenými mantinely. Od té doby prošly standardy mnoha úpravami a i v našich myslích muselo dojít k mnoha změnám. Z vlastní zkušenosti musím říci, že představa o vizi organizace, ve které pracuji, pro mne byla těžká. Často jsem přemýšlela, zda je reálné skloubit existující rozpory - malé pokoje, postupně se objevující nové potřeby klientů, očekávání pracovníků...a zda to vůbec bude možné. Celou řadu věcí jsme si museli s týmem stále ujasňovat. Nebylo vždy příjemné pohlédnout na skutečnosti tak, jak jsou. Do dnešního dne v mnohém hledáme. Okolnosti i věci se mění, mají svůj vývoj.

Že věci stále nejsou tak, jak by měly být, dokazuje i zpráva ombudsmana z roku 2007 z návštěv ve dvaceti sedmi domovech různých zřizovatelů v celé České republice. Kritizuje v ní velikost domovů (doporučuje upravovat kapacitu zařízení do 50 lůžek),

¹ Bílá kniha v sociálních službách, konzultační dokument, únor 2003

počet lůžek v pokoji (stále existují pokoje o pěti a více lůžkách – M. Z.), zkonstatoval nedostatek pracovníků, přitom počet pracovníků považuje za určující faktor pro kvalitu života v domově. Studium vnitřních předpisů (Domácí řád a jiné) odhalilo nerespektování individuálních potřeb klientů (zákaz konzumace alkoholu v zařízení, omezování osobních vycházek, zákaz elektrických spotřebičů na pokojích). Omezování pohybu klientů mechanickými překážkami jako je absence výtahů, komplikovaná architektura, která znesnadňuje orientaci a doporučuje zajištění snadné orientace v objektech pomocí barevného značení (pochopili jsme před léty – M. Z.) nebo použitím různých povrchů. Za omezující opatření jsou v jeho zprávě stále považovány postranice k lůžku. Ombudsman nesouhlasí s jejich použitím (ani tam, kde při neklidu hrozí riziko pádu – M. Z.), pokud si je klient nemůže sám spustit.

Reminiscence: přijímala jsem novou klientku, kterou doprovázel syn. Klientka byla orientována hrubě jen osobou, zcela imobilní a navíc s diagnózou, která bránila vysazování do křesla během dne. Syn byl velmi vstřícný, navíc pracovník ve zdravotnictví. Velmi podrobně jsme řešili používání zábrany. Klientka zábranu nechtěla a nakonec i syn zkonstatoval, že zábrana není nutná, protože doma z postele maminka nikdy nespadla. Hned první noc došlo k pádu klientky z postele. Pád se obešel bez zranění a poté, co jsem syna telefonicky informovala o vzniklé situaci, požádal o zábranu.

Dále je ve zprávě ochránce lidských práv kritizováno nedodržování soukromí, svoboda versus režimová opatření, kritizuje malý zájem odborníků o práci v sociálních službách (lékaři, rehabilitační pracovníci aj.) jako nenaplnění práva na odbornou péči, hospodaření s finančními prostředky klientů, nekvalitní smlouvy s klientem a další (kancelář veřejného ochránce práv, 15. 8. 2007, dostupné na www.ochrance.cz).

Považuji rozvoj sociálních služeb za dlouhodobý projekt, který bude potřebovat energii a oddanost mnoha profesionálů po dobu několika následujících let. Potvrzuje to skutečnost, že MPSV připravuje vytvoření nového dokumentu o Standardech kvality v sociálních službách na měsíce listopad/prosinec 2008 (M. Z.).

3.4.3 Zákon 108/2006 o sociálních službách

V roce 2006 byl širokou shodou politických stran přijat zákon o sociálních službách, který po osmnáctiletém úsilí o rehabilitaci odvětví sociálních služeb přinesl uživatelům reálnou naději na lepší dostupnost a kvalitu.

Hlavním posláním zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, krizová životní situace a mnoho dalších příčin. Vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi. V zákoně je upravena oblast týkající se podmínek práce pro pracovníky v této sféře. Vymezuje také práva a povinnosti poskytovatelů. Problém týraného a zneužívaného seniora však zde není samostatně zmiňován, ani popsán ve standardech kvality v sociálních službách. Je zde jen odkaz na respektování lidské důstojnosti.

ČÁST DRUHÁ, HLAVA I., tohoto zákona, popisuje **příspěvek na péči**, jeho stupně a podmínky nároku na příspěvek. Stupně jsou čtyři: v I. stupni je osoba považována za lehce závislou, ve II. stupni je osoba středně těžce závislá, ve III. stupni se jedná již o těžkou závislost a IV. stupeň definuje závislost úplnou. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. O příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností.

V ČÁSTI TŘETÍ, HLAVĚ I., Díl 1 jsou vyjmenovány a popsány základní druhy, formy a činnosti sociálních služeb.

Tento zákon přinesl poskytovatelům poměrně mnoho zpřesnění, pravidel a vysvětlení. Upravuje oblasti, situace a procesy, které byly před rokem 2007 napříč Českou republikou rozdílné, jinak chápané i realizované.

Jeho účinnost byla datována k 1. 1. 2007, a již během jednoho roku prošel mnoha změnami. V letních měsících roku 2008 bude k vnějšímu připomínkování zveřejněna novela zákona, která nabude platnosti k 1. 7. 2009.¹

Zákon je dostupný na webových stránkách MPSV: www.mpsv.cz.

¹ HORECKÝ, J. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, *Zpravodaj* 3/2008, str. 17

3.4.4 Profesionální bedlivost

Profesionální bedlivost považují za další manažerský nástroj k minimalizaci jevu v instituci. Uvědomování si problému týrání, schopnost rozpoznat indikátory špatného zacházení a jeho aktivní vyhledávání na pracovišti, ale také mezi klienty navzájem. Aktivní boj proti stresu na pracovišti a „profesionálnímu vyhoření“, podpora zdravé komunikace, správné předávání informací, pozitivní motivace pracovníků v přímé péči.

Je důležité najít správnou rovnováhu mezi zjištěním objektivních potřeb uživatele a jeho svobodou: tzv. „**přiměřené riziko**“ (risk of dignity). Jde o složitý etický problém. Paternalistický přístup, který ještě mnohde převládá, zabraňuje jeho rozumné míře uplatňování.

3.5 Nástroje k minimalizaci jevu v domácnosti

V době, kdy společnost bojuje s nevíšavostí lidí, budeme svědky domácího násilí a metody pomoci hledat těžko. V těchto případech bývá důležitou a někdy jedinou osobou, která může pomoci identifikovat fyzické násilí, osoba lékaře, nebo profesionálního pečovatele. Tito jsou nejčastěji jediným cizím člověkem, který vstupuje do domácnosti seniora, a který má možnost objektivně posoudit somatický, ale i psychický stav starého člověka (podlitiny, jizvy po spáleninách, časté pády, velký úbytek na váze, úzkost, deprese). Pokud budou lékaři, nebo profesionální pečovatelé informováni o nutnosti zaměřit se na zjevné projevy fyzického násilí u seniorů, a budou mít přesné mechanismy, jak postupovat, může dojít ke zlepšení situace. Totéž se týká zdravotních sester, sociálních pracovníků, ale i sousedů. Řešení tohoto jednoznačně patologického společenského jevu je věcí interdisciplinární a multidisciplinární.

U konkrétního podezření se doporučuje, aby lékař nebo jiný odborník položil ohleduplným způsobem cílené otázky týkající se zneužívání nebo týrání. Například: „Cítíte se doma bezpečně?“. „Máte často neshody se svými nejbližšími?“. „Ublížíje Vám někdo?“. „Co se děje při takových neshodách?“. „Máte možnost vycházet ze svého bytu?“. „Jak přesně došlo k poraněním?“. Otázky by měly být kladeny v soukromí a bez přítomnosti druhých osob. Pokud někdo z rodiny nepřipustí, aby zdravotník, nebo jiný

profesionál se seniorem zůstal o samotě - již tento fakt je alarmující. Při podezření na špatné zacházení se starým člověkem je nutné zajistit sociální šetření v místě bydliště.

Podstatným faktorem v geriatrické diagnostice je zhodnotit rodinné poměry, ale i prostředí, ve kterém starý člověk žije, a ve kterém se může sám zranit:

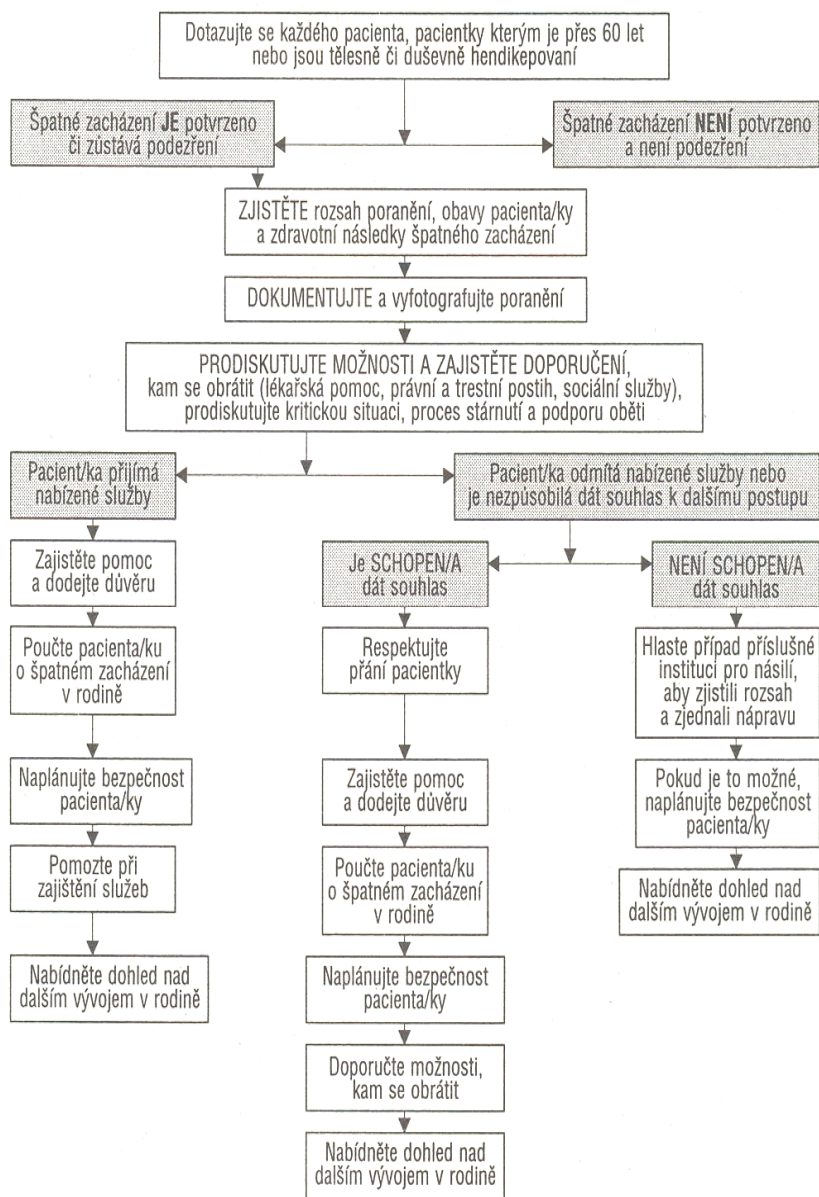
- provoz domácnosti a bezpečnost bytu, jeho velikost – kluzké podlahy, vysoké prahy, nepřítomnost madel, nevhodný nábytek, kusové koberce, nevhodná obuv, typ topení;
- způsob, jakým by si senior přivolal pomoc v případě nehody;
- soběstačnost seniora, ale zároveň i míra ochoty zaopatřit sebe sama, partnera nebo domácnosti vlastními silami;
- denní aktivity seniora;
- znalost léků a schopnost jejich pravidelného užívání ve správných dávkách;
- forma bydlení – město, vesnice, samota, patro, výtah.

Reminiscence: přijímaná klientka, na otázku jak užívala doma léky, šťastně vytáhla ze zavazadla velkou třílitrovou uzavíratelnou sklenici, ve které byly smíchány léky všech rozmanitých velikostí, barev, tvarů, druhů a síly. Byly vyloupany z blister a vysypány z obalů, bez možnosti zjištění názvu, síly, nebo expirace léku. Když jsem se jí v úžasu zeptala, jak je schopna léky rozpoznat a správně si je nadávkovat, odpověděla mi: „Je to zcela jednoduché, barvy a tvary si vybírám podle toho, jakou mám náladu“. Nebyla výjimkou. Často přišli klienti s prádlovým košem plným léků, prošlých, znehodnocených, ale evidentně šťastni množstvím, které stačili nashromáždit.

3.5.1 Jak postupovat v případech podezření na špatné zacházení se staršími osobami

Doktorka Tamara Tošnerová, přední česká gerontoložka, která se touto problematikou zabývá, ve své příručce „Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině“ popisuje na jednoduchém algoritmu, jak postupovat v případě zjištění týrání, či zneužívání seniora: viz další strana.

Algoritmus postupu podle Tošnerové:



4 Senioři a právní normy

Na chování a praktiky, které představují zneužívání seniorů, je nutno pohlížet jako na porušování jejich základních práv. V právní oblasti není dostatečně ošetřena problematika špatného zacházení se seniory. Mnozí právníci hodnotí tuto situaci za vysoce rizikovou – jak v rámci domácího násilí, tak na systémové úrovni.

4.1 Právní normy

Od 1. 1. 2007 platí **zákon č. 135/2006 Sb.**, který mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím v platném znění. Díky této právní úpravě tak mohou oběti „vystoupit na veřejnost“ a domácí násilí nemusí být pouze „soukromou záležitostí“. Tento zákon upravil nově **institut vykázání**: preventivní správní opatření, které činí policie (§21a, odst. 1 a 2 zákona č.283/1991 Sb., o policii České republiky). K vykázání na dobu 10 dní jsou oprávněni policisté, kteří spolupracují s intervenčními centry v každém kraji. Intervenční centrum kontaktuje co nejdříve týranou osobu a ta si během těchto deseti dnů může rozmyslet co dál. Podle policejních statistik byl institut vykázání uplatněn u závažného případu domácího násilí vůči seniorovi, který se stal v Praze. Začátkem roku byla vykázána žena, která týrala vlastní matku.¹

Pokud se ohroženou osobou stane **starší** či **nemohoucí osoba**, je nutné kontaktovat odbor sociální péče a popřípadě zajistit lékařské ošetření, nebo převoz do zdravotnického zařízení a podobně.

Domácí násilí může mít znaky **přestupku** (§ č. 49, odst. 1, zákona č.200/1990 o přestupcích – přestupky proti občanskému soužití – lze projednat na návrh). Přestupek prověřuje policie, ale dále správní řízení koná správní orgán, městský či obecní úřad.

Domácí násilí může vykazovat **znaky různých trestných činů**, podle příslušných ustanovení trestního zákona – např. trestné činy proti zdraví, lidské důstojnosti: §215a – Týrání svěřené osoby ve společně obývaném domě či bytě, §221 – Ublížení na zdraví,

¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Senioři*. Vyšlo jako příloha časopisu Policista č.6/2007

§ 231 – Omezování osobní svobody, nebo §§ 232 – Zbavení osobní svobody, § 235 – Vydírání. V takových případech zasahuje a koná policie.¹

Způsobí-li pečovatel, rodinný příslušník – starší osobě **úmyslné ublížení na zdraví**, nebo jí z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán až na dva roky (na tři až osm let - způsobí-li takovým činem smrt), nebo zákazem činnosti. Jestliže se senior rozhodne podat na svého pečovatele trestní oznámení, bude se na něj vztahovat ustanovení § 163 a trestního řádu. To umožňuje mj. pokračovat jen se souhlasem poškozeného. V praxi to znamená, že starší člověk musí dát souhlas k zahájení a pokračování trestního stíhání pachatelů, kterými jsou často jeho rodinní příslušníci nebo pečovatelé. Je třeba ochránit žalujícího podobně jako svědka. Tato procedura je pro seniora psychicky velmi náročná. K tomu je třeba uvést, že jednou odepřený souhlas – v kterémkoliv stádiu trestního stíhání – již nelze znovu udělit, což znamená, že pachatel za tento konkrétní skutek už nemůže být nikdy potrestán. Jestliže je však starší osoba soudem zbavena způsobilosti k právním úkonům, nebo je tato její způsobilost omezena (jedná se o občanskoprávní řízení), bude možno špatné zacházení ze strany pečovatele kvalifikovat jako trestný čin **týrání svěřené osoby**. Za tento čin umožňuje zákon trest odnětí svobody na šest měsíců až tři léta.

Rozlišení, zda jde o týrání svěřené osoby nebo ublížení na zdraví, je velmi důležité z pohledu trestního práva ve dvou směrech:

1. Osoby (např. ošetřující lékař), které se hodnověrným způsobem doví, **že někdo jiný připravuje, páchá nebo spáchal trestný čin týrání svěřené osoby**, mají podle trestního zákona **povinnost takový čin překazit nebo oznámit** orgánům činným v trestním řízení (ustanovení § 167 a §168). Povinnost mlčenlivosti, uloženou zákonem o péči o zdraví lidu, před touto povinností uloženou trestním zákonem ustupuje.
2. V případě, že na pachatele týrání svěřené osoby bude podáno trestní oznámení a jeho jednání se začne vyšetřovat, týraná osoba **nemá možnost trestní stíhání zastavit** tak, jak je tato možnost u ublížení na zdraví. Znamená to, že bude-li

¹ Trestní zákon č. 14/1961 Sb. v platném a účinném znění.

senior soudem zbaven způsobilosti k právním úkonům a svěřen do péče, není v procesu trestního stíhání zohledněna vůle týraného seniora.

Otázkou zůstává, jak bude posuzována situace, kdy senior způsobilosti k právním úkonům zbaven není, ani mu není omezena, ale **fakticky** není schopen o svých záležitostech rozhodovat. Komentář k trestnímu zákonu¹ (Jelínek. J., Sovák Z.: Trestní zákon a trestní řád, 8. Vydání, Linde Praha a.s. 1997, ISBN 80-7201-068-9 in Tošnerová) uvádí, že ustanovení o týrání svěřené osoby poskytuje ochranu i osobám zletilým, které z jakéhokoliv důvodu (nemoc, stáří, invalidita apod.) jsou odkázány na péči jiných osob. Není přitom rozhodující, na jakém základě se péče poskytuje, zda se jedná o péči vyplývající ze zákona, soudní rozhodnutí, smlouvu.

Reminiscence: v domově žije muž, 86 let, občas dezorientován všemi směry. Někdy odchází ze zařízení. Není zbaven způsobilosti k právním úkonům, ale často se neumí (z různě odlehlých částí města kam dojde) vrátit, a doveze ho státní nebo městská policie. Přestože jsme si stanovili v rizikovém plánu, jaké riziko tomuto klientovi hrozí, a kde toto riziko minimalizovat, ptám se, jak odhadnou to „přiměřené riziko“ (risk of dignity), protože mnohokrát se tento klient ze své „vycházky“ uměl vrátit. Někdy se nám podaří odvést jeho pozornost od odchodu z domova, někdy odejde zcela nepozorovaně, protože jsme otevřené zařízení. Na tento problém existuje řada právnických výkladů – od náležitého dohledu (kdy u osob postižených duševní poruchou není rozhodující, zda byly zbaveny způsobilosti k právním úkonům), přes přiměřené riziko, po právo na osobní svobodu plynoucí ze Základní listiny práv a svobod, až po trestný čin útisku.

Podle Mgr. Radky Macháčkové, právničky Institutu pro kriminologii a sociální prevenci v Praze, v článku (in Tošnerová, 2002) „Práva starších osob v České republice pohledem právníka“ neexistuje v ČR právní výzkum zabývající se problematikou práv seniorů, EAN není samostatně upraveno, řídí se občanským a trestním zákoníkem a je vždy třeba vyčkat výklad soudu. „Aktuální a těžko zodpověditelnou otázkou zůstává,

¹ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Průvodce pro zdravotníky a pečovatele. 2. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN80-238-9505-2.

jaká část případů týraných seniorů se do stádia řízení před soudem dostane“, konstatuje tato výše jmenovaná právnička.¹

4.2 Chronologie významných právních dokumentů seniorské problematiky

V naší republice, v Evropě i v dalších částech světa, ve snaze ochránit seniory, vzniklo mnoho významných dokumentů, které byly postupně přijímány různými státy:

- **Evropská sociální charta (Rada Evropy 1964/1988):** cílem je zajistit takové podmínky, aby senioři mohli zůstat platnými členy společnosti; zajistit možnost svobodné volby životního stylu a lidem v ústavech zajistit vhodnou podporu a respekt soukromí. Základní definované prostředky: dostatečné prostředky pro slušný život a aktivní úlohu ve společnosti; poskytování informací; hodnota nezávislého života, bydlení přiměřené potřebám, zdravotní péče.
- **Listina základních práv a svobod** jako součást ústavního pořádku České republiky, vyhlášena 16. prosince 1992. Ústavní zákon č.2/1993 sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.
- **Práva pacientů**, definitivní verze, jsou vyhlášena 25.2.1992. **Práva pacientů**, definitivní verze, jsou vyhlášena 25.2.1992.
- **OSN** v roce 1991 vyhlásila **Zásady pro starší osoby** a vybídla vlády k jejich zahrnutí do národních programů.
- **Charta základních práv EU:** byla přijata v Nice v r. 2000 a reagovala na potřebu upravit práva občanů členských států. Je to rozsáhlý dokument, právně nezávazný, ale politický význam je značný.
- **Evropská charta pacientů seniorů** byla vyhlášena v Madridu, 1997, schválené Českou geriatrickou a gerontologickou společností a Českou alzheimerovskou společností.
- **Evropská charta pacientů postižených demencí a těch kdo o ně pečují**, vyhlášena v roce 1998 a přijata Evropskou alzheimerovskou společností.

¹ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násill v rodině*. Průvodce pro zdravotníky a pečovatele. 2. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN80-238-9505-2.

- **Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby.** Francie, 1996, připomíná a uznává mimo jiné práva jako svoboda volby, přítomnost a role blízkých příbuzných, aktivní život, úctu ke konci života, uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností.¹

Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat skutečnost, že senioři s omezenou soběstačností mají stejná práva a stejnou důstojnost, naplní se poslání těchto dokumentů (M. Z.).

Přesto Zpráva českého helsinského výboru o právech seniorů za rok 2007 není příznivá – viz níže.

4.3 Zpráva českého helsinského výboru za rok 2007 o naplňování práv seniorů

*„Stav lidských práv seniorů v ČR v roce 2007 nedoznal podstatných změn proti roku předchozímu“.*² Konstatují v tomto dokumentu autorky článku H. Kunstová a J. Stojanová. Dále konstatují, že přes změny velkého rozsahu, které přinesl zákon č. 108/2006 o sociálních službách, a přesto, že se jedná o vysoký počet občanů, kterých se týkají, nedošlo k výrazným změnám i proto, že senioři nebyli dostatečně informováni přiměřenou formou a je pro ně těžké vyznat se ve spleti zákonů.

Spekulace o tom, že vznikne konkurenční prostředí a nové formy terénní péče se také nepotvrdily, protože příspěvek na péči je chápán spíše jako přílepení k důchodu a není používán k původnímu účelu. Chybí kvalifikovaní pracovníci, kteří měli v praxi sledovat využití příspěvku a zjišťovat potřebu a rozsah sociálních služeb v komunitách.

Senioři sice zůstali ve svém přirozeném prostředí (hlavně na venkově), ale terénní služby jsou omezeny na dovoz obědů, vyzvednutí léků nebo doprovod k lékaři.

¹ podrobněji na www.vups.cz/Fulltext/vz_232.pdf

² <http://www.hwlcom.cz/view.php?cisloclanku=2008030407> 14. 5. 2008

Obecným faktem je malý zájem o problematiku seniorů, včetně komunitní úrovně. Patrně na mnohých zastupitelstvech neexistuje dostatečný přehled o počtu seniorů, ale ani demografické údaje i přes to, že legislativa stanovuje povinnost takovou evidenci vést. Z této nekvalitní informovanosti plyne závažnost situace, která spočívá v nedostatečném plánování zásadních opatření ve spojitosti s rychlým nárůstem generace seniorů. Konstatuji, že za celá dlouhá léta v oboru ještě nebyli vyzváni kompetentní pracovníci našeho zařízení, aby se podíleli na komunitním plánování (M. Z.).

Chybí dotační politika obcí, jež by zvýhodňovala investory, kteří budou stavět různé typy bydlení: např. chráněného bydlení. Chybí podpora přiměřených úprav domácího prostředí, zejména pro seniory závislé a nesoběstačné, která by částečně eliminovala problémy s bydlením. Odpovídající bydlení je pro seniora zvláště důležité. Oddaluje nebo zamezuje odchod seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty. V současné době jsou přijímáni do rezidenčních zařízení osoby s nejvyšším příspěvkem na péči. Ti, kteří žádný příspěvek na péči nepobírají, začínají mít mnohde problémy s úhradami za poskytované služby. Transformace pobytových zařízení pro seniory působí problémy jak jejich uživatelům, tak jejich provozovatelům.

Dále je v této zprávě konstatováno, že doporučení různých přijatých evropských dokumentů vyznívá v tom smyslu, že by měly být vypracovány politiky na podporu mezigenerační solidarity, na podporu dialogu v rodinách, zajištění nezbytných podmínek pro plný rozvoj rodiny, ale také postupů k řešení finančních problémů, právní a sociální ochrany rodiny. Ochrana rodiny je však v mnoha případech jen formálním opatřením: *„Jaké úlevy má, na rozdíl od mladých rodičů pečujících o své dítě, syn nebo dcera, kteří pečují o své staré, většinou zdravotně oslabené či postižené rodiče? Pokud přitom chodí do práce, mají nárok pouze na úpravu délky pracovní doby a na možnost flexibilních variant zaměstnání, pokud to charakter práce dovolí. Jen přepravit rodiče k lékaři je někdy velmi náročný úkon. Míra zátěže dospělého syna či dcery v péči o rodiče je často nadměrná“* *„Na mnoha místech pokulhává zdravotní péče o seniory, není jim věnována plnohodnotná péče jako dospělým (pracovně aktivní) generaci, dovolat se lékařské pomoci v ústavech je často velkým problémem, kliniky se starých lidí*

bezohledně zbavují.....“Bezohlednost jde tak daleko, že to někdy lze s klidným svědomím nazvat týráním jak fyzickým, tak i psychickým“.

„Předpokládáme, že vláda bude na jeho plnění trvat důrazněji, než jak trvala na plnění programu předchozího. Celou situaci budeme pečlivě sledovat a hodnotit“ jak uvádějí již citované autorky.

Dne 9. 1. 2009 schválila vláda České republiky usnesení č. 8 o Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života), kterým tento program schvaluje. První zpráva o plnění cílů a opatření programu bude předložena Radě vlády pro seniory a stárnutí populace do 30. 6. 2009 (M. Z.).

5. Sledovaná problematika ve světle čísel

K zobjektivizování výskytu týrání seniorů ve společnosti by přispěly ucelené výzkumy, které by mohly poskytnout dostatečný vhled do tohoto společensky závažného problému a společnost by (předpokládám) byla schopna nastavit přesnější pravidla k detekci i omezení jevu. Dosud však ve společnosti chybí dostatečně reprezentativní průzkum na celostátní úrovni, zejména pak chybí průzkum z institucionálních zařízení, proto je tato kapitolka shrnutím dosavadních publikovaných dílčích výzkumů.

5. 1 Čísla o násilí a zneužívání v České republice

V roce 2001 zveřejnila agentura STEM výsledky prvního reprezentativního výzkumu s názvem „Povědomí české veřejnosti o domácím násilí“. Výzkumu se zúčastnilo 1724 respondentů starších 15 let.

Zjištěná fakta: každý šestý občan přiznává násilí ve svém partnerském vztahu tj. 16 % občanů starších 15 let. Společnost tento jev nemůže tolerovat, protože jde o závažný jev a rodina jej sama nevyřeší – to je názor 71 % populace. V 84 % domácností poznamenaných násilím vyrůstají děti a 69 % domácího násilí se odehrává přímo v přítomnosti dětí.¹

Dále je v tomto příspěvku konstatováno, že násilí na seniorech je veřejností chápáno jako problém: zcela závažný 10 %, poměrně závažný 45 % a pouze za okrajový tento jev považuje 13 % Čechů. Z médií a doslechu ví o problému polovina dotázaných, 10 % uvedlo, že se s týráním setkalo v širší rodině, 4 % pak v rodině vlastní, konstatuje se v tomto výzkumu.

Větší pozornost věnují násilí lidé s přibývajícím věkem. Za zásadní považuje tento problém 67 % osob starších 60 let, ale jen 50 % lidí mezi 18 – 29 lety.²

V roce 2004 provedla Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta výzkum s problematikou špatného zacházení se seniory. Na dotazníkové šetření odpovídalo 1600 seniorů starších 60 let a tento výzkum je zatím považován za nejúplnější. V této skupině byli senioři žijící sami doma (750 respondentů), senioři čerpající některou z terénních sociálních služeb (250 respondentů) a 300 seniorů žijících v Domově důchodců (DD). Doplnujícím souborem bylo 200 pracovníků v přímé péči v DD a 105 kompetentních pracovníků z referátu sociálních věcí a zdravotnictví.³

Na otázky autorů – „Setkali jste se, či jste byli sami fyzicky napadeni svým okolím? Napadl Vás fyzicky některý člen rodiny? Stalo se někdy, že Vám bylo vyhrožováno, či přímo použito fyzické násilí“? – odpovědělo kladně 13 % respondentů žijících doma i v ústavním zařízení. Dále tato zpráva uvádí, že: 9 % obyvatel DD se setkalo se zesměšněním či hrubým a neuctivým jednáním (psychické týrání) ze strany personálu.

¹ *Násilí na seniorech*. Sborník příspěvků z pracovního semináře. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého, Právnická fakulta, 2002, 65 s. ISBN 80-244-0409-5. str. 17

² HABART, P. *Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice*. Práce byla zpracována v rámci podpory řešení výzkumného závěru FSV UK „Rozvoj české společnosti v EU: výzvy a rizika“ – MSM 0021620841, str. 355.

³ BURIÁNEK, J.; KOVAŘÍK, J.; ZIMMELOVÁ, P. et.al. *Domácí násilí na mužích a seniorech*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006, 108 s. ISBN 80-7254-914-6. str. 86 -101.

11,5 % v ústavních zařízeních mělo pocit zanedbávání, jejich problémy jsou zlehčovány, strava a léky nejsou poskytnuty včas a v dostatečném množství.¹

Z řad pečovatelů se ve své praxi setkalo se zanedbáváním 41 % respondentů, 84 % udávalo, že nijak nezasahují.

Pouze 16 % seniorů přiznává týrání, ale celých 84 % nepřiznává týrání vůbec. Je to nazýváno onou pověstnou špičkou ledovce. Konstatují autoři tohoto výzkumu.

Ze spisové dokumentace referátu sociálních věcí plyne, že: 20 % starších osob doma je zneužíváno fyzicky, 11 % psychicky, 38 % (!) ekonomicky, 2 % sexuálně a 29 % zanedbáváním, píše Stolín v téže práci.²

V roce 2007 Džamila Stehlíková, bývalá ministryně pro lidská práva a národnostní menšiny zahájila výzkum o týrání a zneužívání seniorů v institucích s názvem „Život v domovech pro seniory 2007“. Tisícovka obyvatel v domovech pro seniory (dále DS) vyplňovala obsáhlé dotazníky s otázkami: „Co Vás trápí“? „Setkali jste se někdy s ústrky nebo týráním“? „Vadí Vám, jak se k Vám chovají mladí lidé“?

Výzkumu se zúčastnil Ústecký, Moravskoslezský kraj a Praha. Bylo do něj zapojeno třicet domovů pro seniory.³

V následujícím roce, dne 11. 3. 2008 byla vydána zpráva o tomto výzkumu. V ní sice bylo zkonstatováno, že se situace v porovnání se zprávou ombudsmana z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory postupně zlepšuje, přesto dospěl výzkum k alarmujícím zjištěním, která poukazují na nedostatek soukromí seniorů, ochrany vlastnictví, či omezené možnosti rozhodovat o svém každodenním životě. Některou formu špatného zacházení v různé intenzitě zažilo téměř 20 % dotázaných. 18 % obyvatel uvedlo, že pracovníci při vstupu do pokoje neklepou. 13 % seniorů uvádí, že

¹ tamtéž-str. 88

² tamtéž-str. 101

³ http://zpravy.idnes.cz/petina-senioru-zazila-tyrani-djv-/domaci.asp?c=A070509_08220_24_2_2008

někdo vzal jejich věci bez svolení. 67 % klientů může provádět svou intimní hygienu dle vlastních potřeb, 37 % se musí podvolovat režimu domova.¹

10 % respondentů přiznalo finanční výpomoc rodině, z čehož 7 % tak činí z pocitu povinnosti. Více než polovina seniorů, před příchodem do domova, vlastnila nemovitost, kterou později převedla na příbuzné, je konstatováno v této zprávě.

Autoři konstatují, že téměř 6% respondentů se stalo v domově terčem špatného zacházení, týrání či zanedbávání péče.

Pouze polovina seniorů žije v domovech ze zdravotních důvodů, neboť potřebuje celodenní péči, přitom podle zákona 108/2006 o sociálních službách by ústavy měly sloužit právě lidem s vysokým stupněm závislosti. 15,5 % klientů uvedla důvod odchodu do domova, že nemá nikoho, kdo by se o ně postaral, téměř 10 % se cítilo osaměle a bezmála 5 % opustilo vlastní domov kvůli tomu, „aby rodina měla klid“ konstatuje se v téže zprávě.

Závěry zprávy projedná Rada vlády pro seniory a stárnutí populace a připraví soubor opatření, která postoupí vládě.

Musím konstatovat, že přestože jsem se o tento výzkum intenzivně zajímala, neexistovaly informace mezi pracovníky v sociálních službách, neinformoval o něm zřizovatel, přestože zčásti probíhal v našem kraji, nebylo o něm diskutováno na sjezdech Asociace poskytovatelů sociálních služeb, nemohla jsem najít nikde jeho výsledky a závěry. Závěry jsem posléze našla na uvedených webových stránkách vlády ČR. Domnívám se, že o tomto výzkumu měla být vedena větší diskuze v médiích, jeho závěry měly být transparentně zveřejněny, aby existovala zpětná vazba pro poskytovatele sociálních služeb, ale i pro celou společnost. (M. Z.).

¹ <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?d=32518>, 9. 10. 2008

5. 2 Číslo o násilí a zneužívání ve světě

Na Slovensku v roce 2002 provedli výzkum v Martině. Byli dotazováni jak senioři samostatně žijící, tak žijící v rodině i v Domově důchodců. 45 % seniorů nad 60 let uvedlo, že se setkává se zneužíváním. 44 % se bojí závislosti, tehdy si připadají nejzranitelnější. Až 28 % respondentů v této práci uvádí, že se střetlo s násilím různých forem a páchaného různými lidmi: násilí ze strany cizích osob – 10 %. Násilí ze strany vlastních dětí – 4,5 %, zetě a snachu uvádí v 1,5%, profesionálního pracovníka (sestru, lékaře) v 0,7 %.¹

A hned v této práci srovnávají autoři další svá zjištění s výzkumem v USA z roku 1994 a nejčastějšími druhy násilí: fyzické násilí 16,2% versus USA 15,7%, hmotné vykořisťování 40,5% versus USA 12,3% (připomínám, že Stolín ve výzkumu Jihočeské univerzity uvádí 43% M. Z.). Psychické (emocionální) zneužívání na Slovensku uvádí 54% versus USA 7,3 %, srovnávají autoři.

Ve zprávě generálního tajemníka OSN, na druhém zasedání přípravného výboru Druhého světového shromáždění o stárnutí v New Yorku, od 25. února do 1. března, v roce 2002 bylo konstatováno, že studie provedené ve vyspělých zemích (např. Austrálie, Kanada a Velká Británie), včetně národních průzkumů a průzkumů zaměřených na menší společenství prokázaly, že procento zneužívaných nebo zanedbávaných seniorů se pohybuje mezi 3 a 10 %. V Kanadě je podle těchto zjištění: nejběžnější formou komunitního zneužívání a zneužívání v domácí péči: v 55 % případů šlo o zanedbávání péče, v 15 % se jednalo o tělesné týrání a ve 12 % o ekonomické vykořisťování.

Zpráva generálního tajemníka mluví i o trendu vývoje tohoto problému ve Spojených státech: podle zjištění národního střediska, které se zabývá problematikou zneužívání (National Center on Elder Abuse), a je zde od roku 1986 vedena statistika domácího násilí na starých osobách, došlo v letech 1986 až 1996 ke zvýšení počtu případů nahlášených ochrannými službami o 150% ! Pachatelé zneužívání byli v 37 % dospělé děti (ostrý kontrast se Slovenskem – M. Z.), jiní rodinní příslušníci v 11%.² „O

¹ ČIŽMÁROVÁ, I. „Krehká a zranitelná“. *Sestra – slovenská verze*, ročník 3, č. 11/2004, s. 32-33, ISSN 1335-9444.

² více na http://www.mpsv.cz/files/clanky/3023/zprava_OSN.pdf, 6. 10. 2008

výskytu zneužívání v institucionálním prostředí je k dispozici jen málo dat“, konstatuje generální tajemník v tomtéž dokumentu. V ústavních zařízeních žije 4 – 7 % seniorů. V jedné americké studii uvedlo 36 % členů pečovatelského personálu, že v posledních dvanácti měsících byli svědky tělesného zneužití. 10 % se jich aspoň jedenkrát tělesného zneužití dopustilo, 81 % bylo svědkem psychického zneužití a 40 % se dopustilo verbálního násilí na klientovi. Uvádí generální tajemník v této zprávě.

V méně rozvinutých zemích (**Indie, Brazílie, Argentina**) byl k dispozici pouze omezený soubor statistických dat o zneužívání, vykořisťování a opuštění starší osoby získané ze zdrojů jako jsou např. kriminalistické záznamy, zprávy ve sdělovacích prostředcích, záznamy úřadů sociálního zabezpečení a studií malého rozsahu, které nemusí být reprezentativní, a pro formulaci obecných závěrů mohou být použity jen v omezené míře. Například v Indii bylo tělesné zneužívání zachyceno ve 4 %. 20 % osob uvedlo, že jsou doma zanedbáváni. V Argentině 45 % vzorku starších občanů uvedlo psychické zneužívání a v Brazílii, v provedené studii uváděli starší lidé psychické, tělesné nebo finanční zneužívání v 35 %, „sociální zneužívání“ v 65 % včetně pocitu, že společnost s nimi zachází negativně z důvodu jejich věku, zvláště při uplatňování vládních nařízení, píše generální tajemník ve své zprávě o zneužívání seniorů v přípravném zasedání v New Yorku.

5.3 Reakce společnosti na problém

5.3.1 Ve světě

Vyspělejší země reagují na problém různými programy a projekty, jejichž účelem je posílit obecné povědomí o existenci a závažnosti problému, novými zákony, soudními postupy, intervenčními a preventivními programy. Postupně reagují i méně vyspělé země, i když vzhledem k omezeným zdrojům v menším rozsahu.

Obecně je účelem těchto reakcí posílit povědomí o problému zneužívání seniorů a zlepšit jeho pochopení, povzbudit úctu ke starším občanům a jejich lidské důstojnosti a tím ochránit jejich práva. Ke specifickým opatřením patří regulace péče, detekce případů zneužívání, plánování péče o seniory, výzkumy.

Je to například **Madridský mezinárodní plán pro přípravu na stárnutí z roku 2000**, který se proti prvnímu mezinárodnímu plánu přijatému v roce 1982 ve Vídni, orientuje na rozvojové země a státy s přechodnou ekonomikou. Pokrývá řadu oblastí pro tvorbu politiky stárnutí, jako je:

1. oblast aktivní účasti seniorů na životě společnosti: stárnoucí pracovní síla, přístup k informacím a vzdělávání, mezigenerační solidarita, zajištění příjmů, sociální pojištění a předcházení chudobě, situace ohrožující seniory;
2. oblast uchování zdraví a tělesné a duševní pohody do stáří: podpora zdraví, duševní a tělesné pohody, rovný přístup ke zdravotním službám, výcvik poskytovatelů péče a zdravotnického personálu;
3. oblast zajištění příznivého prostředí: bydlení, péče a podpora poskytovatelů péče, prevence přehlížení, zneužívání a násilí, představy o stárnutí.

5.3.2 Reakce na problém v České republice

Rabušic a Vidovičová ve své práci „Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti“ konstatují, že v české společnosti se setkáváme často s tradicionalistickým postojem vůči stáří a starším lidem a poměrně strnulým vnímáním života v modelu tří krabic: dětství a vzdělávání, střední věk a práce, stáří a odpočinek¹. Politika aktivního stárnutí ale předpokládá propojení celého životního cyklu, na kterém, je koncipována koncepce politiky stárnutí – Národní program přípravy na stárnutí populace, který byl vyhlášen na léta 2003 – 2007 a již i dále na léta 2008 – 2012. Dále dochází k postupnému rozvoji proseniorsky orientovaných institucí na všech společenských úrovních a ve všech regionech.

V České republice byla historie zájmu následovná:

1. 1983 – Program přípravy na stáří do roku 1990
2. 1999 – Rok seniorů, který vyhlásila OSN
3. 2002 – Národní program přípravy na stárnutí 2003 – 2007

¹ VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři asociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Zpráva z empirického výzkumu. VÚPSV Brno, 2003, ISBN, ISSN neuvedeno.

4. 2004 – Zákaz diskriminace na základě věku
5. 2004 – 2006, další 2006 – 2008 Národní akční plán sociální inkluze
6. 2006 – Rada vlády pro seniory a stárnutí
7. 2007 – Evropský rok rovných příležitostí pro všechny
8. 2008 - Národní program přípravy na stárnutí 2008 - 2012

Ad bod 2. **Rok seniorů** jsme, mimo jiné, oslavili i na celookresní konferenci, pořádané Okresním ústavem sociálních služeb, který byl v této době našim zřizovatelem, s bohatým programem odborných přednášek na téma „Senioři mezi námi“. Zde jsem přednesla přednášku „Trénování paměti seniorů“. Byla faktickým zakončením kurzu, který jsem absolvovala ve společnosti Eurag u Ing. Dany Steinové.

Ad bod 3. **Národní program přípravy na stárnutí 2003 – 2007** byl přijat vládou v roce 2002 a je v plném souladu s Madridským mezinárodním plánem, odpovídá Zásadám pro seniory, vydaným OSN. Je to program pro celou společnost a všechny generace, kde stárnutí a příprava na stáří je chápána jako celoživotní proces. V jeho koncepci jsou rozepsány změny, týkající se tří velkých věkových skupin - mladé, střední i seniorské generace.

V jednotlivě rozpracovaných deseti částech Národní program přípravy na stárnutí jasně definuje: I. Etické principy, II. Přirozené sociální prostředí, III. Pracovní aktivity, IV. Hmotné zabezpečení, V. Zdravý životní styl a kvalita života, VI. zdravotní péče, VII. Komplexní sociální služby, VIII. Společenské aktivity, IX. Vzdělávání, X Bydlení. Každá část má dále přesně rozpracované úkoly, cíle, opatření, které je třeba přijmou v konkrétních oblastech, a taxativně vyjmenovává, které ministerstva jsou zodpovědná za jejich plnění.

Jedna z nejzásadnějších otázek při přípravě na stárnutí a vytváření věkově inkluzivní společnosti je zabránění diskriminaci na základě věku a ageistických stereotypů ve společnosti.¹

Ad bod 5. Na to navazuje **Národní akční plán sociální inkluze**, který si stanovil cíle v boji s chudobou a sociálním vyloučením na základě Společných cílů, které členské

¹ dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/2091>, 9. 10. 2008

státy EU přijaly na zasedání Evropské rady na jaře 2006.¹ Nástrojem sociální inkluze je věkový mainstreaming, který používá různé metody pro eliminaci nezákonné věkové diskriminace, pro propagaci dobrých vztahů mezi osobami různého věku, mezi různými věkovými skupinami na straně jedné a zástupci veřejné správy na straně druhé. Obsahuje všechny metody tak, aby lidé na pozicích, na kterých činí zásadní rozhodnutí, dokázali koncentrovat pozornost a zájem na stále se rozrůstající počet seniorů a případně jejich specifických potřeb, aby nedocházelo k sociální exkluzi seniorů. Mainstreaming se zabývá měřením kvality života seniorů a měřením úspěšnosti politických programů.²

V rámci této myšlenky a jedné z metod mainstreamingu vyhlásila - občanské sdružení Rytmus a Quip – společnost pro změnu, jejichž společným posláním je šíření inkluzivní kultury, společnou akci nazvanou „Týden pro inkluzi“ v termínu od 28. 9. do 5. 10. 2008. Jednalo se o mezinárodní akci, jejímž cílem bylo poukázat na důležitost vytváření inkluzivního prostředí v našich školách a komunitách, ocenit různorodost, zapojit se do života školy, ale i všeobecněji do společenského života formou her, přednášek, odborných seminářů, a tím přispět ke zlepšování podmínek ke společnému vzdělávání dětí a mládeže v mateřských, základních, středních i vysokých školách. Připojit se mohly dětská a mládežnická volnočasová zařízení, poskytovatelé sociálních služeb, kulturní a další organizace, a mohly uspořádat vlastní akci. Vítány byly společné aktivity realizované přímo ve výuce, sportovní a další kulturní činnost.³ I náš domov se této akce zúčastnil, a to přesně 3. 10. 2008 v jedné z místních základních škol. Naši klienti si s dětmi zahráli spoustu společenských her a ze školy odjízďeli dobře naladěni. Nebyla to první společná akce s dětmi. Dávno jsme pochopili, že tyto „světy“ patří k sobě. Několikrát do roka se naši uživatelé a žáci místních základních škol, gymnázia i základní umělecké školy setkávají při mnoha akcích, „ušitých přímo na míru“, nebo v rámci města. Z gymnázia k nám, za léta naší existence, docházelo mnoho dobrovolníků z řad studentů, kteří nám pomáhali s vyplňováním volnočasových aktivit klientů. Existuje i několik studentských a bakalářských prací, které „vznikly“ v našem domově.

¹ blíže na <http://www.mpsv.cz/cs/1057>, 13. 5. 2008

² více na www.vups.cz/Fulltext/vz_232.pdf, 9. 10. 2008

³ více na www.inclusion.rytmus.org, 14. 4. 2008

7. 10. 2008 byla vydána zpráva „Týden pro inkluzi končí“, která velmi pozitivně tuto akci zhodnotila. Zúčastnilo se jí i osm zemí – jako např. Norsko, Velká Británie a Jihoafrická republika. Uspořádáno bylo 170 akcí různého druhu.¹

Ad bod 6. **Rada pro seniory a stárnutí populace** je stálým poradním orgánem vlády pro otázky týkající se seniorů. Zasedání se konají podle potřeby, nejméně však třikrát ročně. Informace o činnosti.²

Ad bod 8. Dne 8. 1. 2008 byl schválen **Národní program na stárnutí 2008 – 2012**, jehož perspektivou je budování sítě terénních a ambulantních služeb.

5.3.3 Občanská sdružení a specifické organizace

Vedle krajů, měst a obcí mají důležitou úlohu v podpoře seniorů ve společnosti různá občanská sdružení, nadace, charitativní a specifické organizace. Některé se věnují podpoře zdraví, některé působí v oblasti sociálních služeb a aktivitách pro seniory, jiné organizace reprezentují zájmy důchodců – seniorů.

5.3.3.4 Organizace věnující se podpoře zdraví seniorů³

- **GEMA** je občanské sdružení, které se zabývá podporou zdraví ve vyšším věku, rozvojem geriatrické a kvality péče o chronicky nemocné. Vydává materiály k jednotlivým problémům ochrany zdraví a bezpečnosti seniorů. Jedním z cílů je vytvořit kontaktní místa pro seniory v jednotlivých regionech a stimulace dobrovolnické činnosti z vlastních řad seniorů.⁴

- **Česká gerontologická a geriatrická společnost (ČGGS)** byla založena v roce 1962 a věnuje se především problematice zdravotně sociální péče o seniory a chronicky

¹ více na www.inkluze.cz, 11. 10. 2008

² www.mpsv.cz/cs/2897

³ vyjmenuji jen některé (M. Z.)

⁴ VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři asociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Zpráva z empirického výzkumu. VÚPSV Brno, 2003, ISBN, ISSN neuvedeno str. 64.

nemocné. Na dané téma vydává informační materiály, pořádá školící akce. Zástupci společnosti vstupují do jednání s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí. Ale také jsou v kontaktu s dalšími organizacemi pro seniory, jako např. Svazem důchodců a Životem 90. Cílem je co nejdříve zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdraví a co nejdříve setrvání v rodinném prostředí. V období nemoci pak přiměřeně intenzivní léčení s ohledem na potřeby seniora.

- **Česká alzheimerovská společnost (ČALS)**,¹ vznikla na základě setkávání spolupráce profesionálů v oboru gerontologie – lékařů, sester, sociálních pracovníků a pečovateli zabývajících se problematikou občanů postižených demencí. Cílem činnosti je podpora těchto pacientů, jejich rodinných příslušníků a prosazování jejich práv a zájmů na všech úrovních. Tato společnost vydává edukační materiály, pořádá edukační akce. Podle pravidel Alzheimerovské společnosti jsme zřídili v našem domově oddělení pro takto postižené uživatele, o kterém píšu na jiném místě této práce (M. Z.).

Všechny tři organizace úzce spolupracují, působí v rámci pražského Gerontocentra a spolu se Svazem důchodců v ČR vydávají časopis Gerontologické aktuality.

5.3.3.5 Organizace působící v oblasti sociálních služeb

Jsou to organizace podporující zdraví, soběstačnost a kvalitu života v nejširším slova smyslu.

- **Život 90** (www.zivot90.cz), který se zabývá službami pro seniory již od roku 1994. Cílem je podpora života starých, handicapovaných a osamělých lidí a jejich program se řídí heslem „Domov je doma“. Je provozovatelem Informačního centra pro seniory, ošetrovatelské a pečovatelské služby, půjčovny kompenzačních pomůcek a Akademie pro seniory. Činnost sdružení je založena na aktivní činnosti jeho členů – dobrovolníků. Vydává časopis Generace a založilo činnost krizové linky - Senior telefon a tísňové volání AREION. Život 90 spolupracuje i na televizním vysílání pro seniory „Barvy života“. Působí hlavně v Praze.

¹ www.gerontocentrum.cz; www.stari.cz

- **Rada seniorů České republiky** (www.rscr.cz), byla založena 31. 5. 2005 dvanácti členskými organizacemi sjednoceného důchodcovského hnutí a asi půlmilionovou členskou základnou. Během dalších let do ní vstoupily další sdružení. Rada seniorů ČR tak disponuje reprezentativní mírou suverenity k výkonu vyjednávacích, konzultativních, dohadovacích, informačních, iniciativních, kontrolních a poradních funkcí ve vztahu k vládě, k resortům, k parlamentu a k dalším ústavním činitelům. Cílem je vytváření otevřené společnosti pro všechny generace, koncipování mezigeneračních vztahů, dialogu a tolerance a aktivizace starší generace.

Jak jsou tyto organizace důležité, svědčí fakt, že Rada pro seniory a Život 90 ve dnech 8. – 15. června 2006 uspořádaly informační kampaň zaměřenou na zvýšení povědomí o týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů včetně včasného rozpoznání příznaků a také informací, kam se obrátit. Zúčastnilo se jí mnoho významných odborníků na seniorskou problematiku, i politiků.

- **Společnost Senior** vznikla v Ostravě a je občanským sdružením s cílem poskytovat pomoc seniorům při zapojování do občanských aktivit. Zahrnuje pomoc při řešení bytových, sociálních a právních záležitostí seniorů a organizování společenských, vzdělávacích a relaxačních akcí pro ně.

- **EURAG** Česká republika - společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Byla založena v roce 2002 pod záštitou MPSV. Sdružuje odborníky, dobrovolníky, profesionály i laiky, pořádá edukační akce, z nichž nejznámější je „Trénování paměti pro seniory“. Stejnomená společnost „Trénování paměti pro seniory“ byla založena v šedesátých letech minulého století ve Vídni psychiatrickou a psycholožkou MUDr. Franciskou Stengel, která si všimla, že u demenčních pacientů, se kterými je (na podkladě reminiscencí a staropaměti) paměť trénována, nedochází ke zhoršení demence a na tomto poznatku založila svou metodu, která se rychle uchytila. Do naší republiky ji přivezla Ing. Dana Steinová a propracovala celou metodiku vzdělávání trenérů. O tom, že jsem tento kurz absolvovala, píšu na jiném místě této práce (M. Z.).

- **Kluby důchodců, kluby seniorů, kluby dříve narozených, nebo kluby aktivního stáří** vznikají často z iniciativy samotných seniorů, nebo jejich zřizovateli jsou často městské a obecní úřady a charitativní organizace. Senioři se v těchto klubech setkávají při různých zájmových, sportovních, vzdělávacích a kulturních aktivitách.

- **Charitativními organizacemi** církví jsou sdružení jako Česká katolická charita, Naděje a Diakonie.¹

5.3.3.6 Organizace prezentující zájmy seniorů – důchodců

Jde o organizace na národní i místní úrovni:

- **Koordinační výbor organizací důchodců a zdravotně postižených (KVOD).**

V pěti komisích (sociální, zdravotní, mezinárodní, bytové, bezpečnostní) pracuje řada seniorů – odborníků. Prezentuje jednotlivé organizace při jednání s vládou a jejími členy, se zákonodárnými sbory, s politickými stranami, odbory, podává připomínky k připravovaným zákonům a vyhláškám (léková politika, důchodová reforma apod.).

- **Asociace důchodců odborářů (ADO)**, byla ustanovena jako poradní orgán při Českomoravské konfederaci odborových svazů a působí vně i uvnitř odborů. Věnuje pozornost postavení důchodců ve společnosti, otázkám valorizace důchodů, problémům v oblasti sociální, zdravotní, bydlení, dopravy a jiné. Svými návrhy a podněty se podílí na přípravě Národního programu stárnutí.

- **Svaz důchodců ČR (SDČR)** je občanským sdružením, které sleduje zejména faktory působící na materiální podmínky starších lidí (např. vývoj výdajů na bydlení, zdravotnictví, vývoj reálné hodnoty důchodů). Působí místně a má své organizace v desítkách měst.²

Jak je vidět, v několika posledních letech je obsah osvěty, programů a organizací, jejichž cílem je posílit povědomí o problému zneužívání, založen na principu, že zneužívání představuje porušování lidských práv. Součástí těchto programů jsou osvětová a informační setkání, podpora seniorů i těch, kteří hájí jejich zájmy.

¹ VIDOVIČOVÁ,L.; RABUŠIC, L. *Senioři asociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu.* VÚPSV Brno, 2003, ISBN, ISSN neuvedeno str. 63.

² VIDOVIČOVÁ,L.; RABUŠIC, L. *Senioři asociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva empirického výzkumu.* VÚPSV Brno, 2003, ISBN, ISSN neuvedeno str. 63

5.3.4 Kde hledat pomoc

Ve všech případech zneužívání, nebo týrání seniora je možné kontaktovat:

- sociální odbor příslušného obecního či krajského úřadu
- příslušného praktického lékaře
- telefonní krizové linky nevládních organizací:

DONA linka Praha 251 511 313

ProFem 224 910 744 (středa 18.30 – 20.30)

Riaps 222 580 697

Centrum krizové intervence Praha 284 016 666

V dalších krajích

- Život 90 – Senior tel. 800 157 157
- Elpida – zlatá linka 800 200 007
- Bílý kruh bezpečí 257 317 100
- Ministerstvo vnitra, odbor Prevence kriminality, kontakt: Nad štolou 3, 17034 Praha 7, telefon: 974 832 803, e-mail: media@mvcz.cz

Přehled všech intervenčních center v jednotlivých krajích je k dispozici na www.mvcz.cz.

6. Návrh řešení problému ve společnosti

Obhájci práv seniorů upozorňují, že celosvětový problém zneužívání seniorů bude možno úspěšně řešit, pokud budou uspokojeny základní potřeby a práva občanů v průběhu celého jejich života.

O proseniorské politice a obecně o společenském pohledu na stáří, o povaze služeb pro seniory rozhodují přístupy profesní, občanské, individuální, rodinné, společenské i politické, které se navzájem ovlivňují. Chceme-li dosáhnout zásadních změn v pohledu na seniory, musíme ovlivnit všechny úrovně. Účast veřejnosti na ochraně seniorů je z humánního hlediska naprostou nezbytností.

6.1 Co a jak lze změnit:

- **výchovou dětí a mládeže** (nejen školskými projekty MŠMT) - zdůrazňovat pohled na stárnutí a stáří jako přirozený proces, zdůrazňovat nezastupitelnou roli starších lidí v rodině. V mnoha státech, které jsou na vyšší ekonomické a kulturní úrovni, začínají s výchovou dětí ke vstřícnosti vůči seniorům už v mateřských školách a pokračují v ní přes základní a střední školy až do univerzit. Setkávají se s výbornou odezvou mládeže a získávají mezi ní i cenné pomocníky;
- **občanskými postoji** ke stáří – podporovat osobní zodpovědnost za své stáří, a výchovou občana ke stáří a ve stáří - **gerontopedagogikou**: výchovu nejširší veřejnosti k úctě a chápání vlastního procesu stárnutí ve všech jeho vývojových fázích, stejně jako chápání emocionálních potřeb starších lidí a způsobů, jak mohou být tyto potřeby uspokojeny. Dále výchovou zaměřenou na jedince, který jednou bude starý. To je velmi široký celospolečenský úkol, který začíná již v základní škole, pokračuje v celém průběhu dospělosti a nabývá svoji specifickou podobu v přípravě jedince na důchodový věk.¹ Podporovat vzdělávací programy Univerzit třetího věku a další možnosti vzdělávání seniorů. Zde plní svou roli také **andragogika** v celoživotním vzdělávání dospělých

¹ LIVEČKA, M. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: UŠI při MŠ ČR, 1979, str. 140

v celé jeho šíři. Zde nastupuje se svými cíli **sociální pedagogika** – která pomáhá vytvářet soulad mezi potřebami jedince a společnosti, vychovává k optimálnímu způsobu života v dané době a daných společenských podmínkách v souvislosti s celou populací;¹

- **zvýšením obecné povědomosti o existenci různých forem násilí** – která povede k lepší detekci násilí a pomůže seniorům rozpoznat nebezpečí a poskytnout jim reálné návody k řešení;
- **role obcí** – zodpovědností za své seniory, začlenění moderního pojetí seniorských služeb do komunitního plánování; patří zde poskytování přístřeší obětem zneužívání, budování chráněného bydlení pro seniory, programy pro podporu rodin seniorů, budování denní stacionářů, kdy starý člověk zůstává ve svém přirozeném prostředí, programy respitní péče, zřizování azylových zařízení pro urgentní případy. Příkladem dobré praxe může být odlehčující péče o zdravotně postižené občany nebo seniory z jižních Čech, kde hned ve čtyřech městech odlehčí pečující rodině po nezbytně dlouhou dobu v čase například letní dovolené (MF Dnes: Prázdniny: Senioři míří do domovů. 2. 8. 2007);
- **odstraním bariér mezi resorty** zdravotnictví a sociálních služeb – faktické i legislativní. Meziresortní, mezioborová a meziústavní neinformovanost způsobuje nezabezpečenost křehkého klienta a může vést k chybné manipulaci s ním. Senioři musí často putovat za službami, místo aby šly služby za nimi. Zde pozor na systémovou diskriminaci.
- **aktuálním vyhledáváním** rizikových seniorů – sociálními pracovníky v obcích, ústavech sociální péče, zdravotníky - lékaři a sestrami - ve zdravotních obvodech a při hospitalizaci starého občana – screeningem zaměřeným na domácí násilí. Ohlašování zjištěných skutečností;
- **rodinnými postoji** - nejen osvětou, ale také konkrétní podporou pečujících rodin – např. umožnit poloviční úvazky v pracovním poměru, umožnit neplacené volno;
- **medií** – změnit společenskou atmosféru seriózním kultivováním mediálního obrazu stáří, prezentací pozitivních příkladů aktivních seniorů – kazuistikami. Ale také upozorňovat na případy týraných seniorů. Získat novináře pro zlepšení

¹ KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání, Praha: Portál, 2008, 216 stran, ISBN 978-80-7367-383-3, str. 43

situace, pomoci jim lépe uchopit případy zneužívání a týrání, poskytnout jim ověřená (tvrdá) data o tomto jevu, posilovat pomocí médií sebevědomí seniorů;

- **profesními postoji, výukou a celoživotním vzděláváním:** v novele zákona o sociálních službách je již zakotveno povinné celoživotní vzdělávání pečovatelů. Zdravotní sestry mají povinné vzdělávání dáno zákonem od roku 2004. V zahraničí - v geriatrických zařízeních - personál opakovaně prochází školením v péči o staré a umírající. Na těchto školeních se učí, jak překonávat obrovský stres spojený s povoláním. Stres bývá často příčinou psychického vyčerpání a následně může vést k apatii, nebo naopak ke spuštění agrese;
- **politickými postoji** - ovlivněním mocenské elity a jejich ekonomické strategie. Specifický problém seniorů v naší republice se odvíjí od toho, že si tito lidé většinou neměli příležitost si za svůj život vytvořit finanční rezervu do stáří. Ve vyspělých zemích se hovoří o fenoménu „silver - economy“. Zde jsou senioři chápáni jako ekonomicky zajímavá skupina utrácějící peníze, které si ušetřila na stáří. Je potřeba vyvolat u politiků zájem o další nutné legislativní změny. Nutná je edukace klíčových skupin – policistů, soudců, sociálních pracovníků;
- **tvorbou strategií** - prevence a intervence na úrovni místní i národní politiky;
- **monitorováním problému** - v České republice neexistuje organizace, která by systematicky monitorovala porušování lidských práv seniorů, nejsou shromažďovány údaje o takových případech a jejich analýzy, čímž se i zvýší včasná a vhodná intervence;
- **vytvořením metodik** – ve kterých je třeba nalézt platné a spolehlivé definice týrání seniorů, dohodnout se na etiologii následků zneužívání v různých prostředích;
- **národními průzkumy** – které zdokumentují prevalenci týrání a zneužívání seniorů. Objektivně není přesně znám rozsah a hloubka týrání seniorů jako vážného společenského jevu;
- **právním prostředím** – vytvořit solidní základ ochrany lidských práv a právní rámec. Sjednotit roztržitost právních názorů a opatření nastavit tak, aby nepoškozovalo ani seniora, ani pečující;
- **podporou projektů** - je nezbytné pokračovat v podpoře projektů se specifickým zaměřením na seniory, především směřujících do oblasti informovanosti a bezpečnosti seniorů, do oblasti služeb a poradenských center. Je potřeba

podporovat zřizování telefonních linek, které mohou pomoci překonat obavu o svěřeni se odborníkům s problémem;

- **poskytovatelé péče** - musí důsledně dodržovat a kontrolovat naplňování standardů a požadavků na personál, provádět pravidelné inspekce zařízení. Tvořit další mechanismy, jejichž účelem je zajistit, aby vedení ústavních zařízení neustále zvyšovalo kvalitu péče o své klienty, spolupracovalo s rodinnými příslušníky. Důležitou roli hrají náborová kritéria pro personál, prevence syndromu „burn-out“, podpora dobrovolníků;
- **ucelenou literaturou** pro odborníky i formou osvěty pro širokou veřejnost - pro zlepšení informovanosti. Literatura na téma zneužívání seniorů neexistuje, v odborných časopisech vychází dílčí články, někdy s vlastními průzkumy, které nejsou k dispozici široké veřejnosti. Informace jsou roztržité, překrývají se a splývají, neexistuje ustálené názvosloví pro týrání a zneužívání, neexistuje ustálená definice. Několik autorů je podepsáno pod jednu (tu svoji) definici, takže jsem mnohdy měla problém určit autora výroku (M. Z.).

Reminiscence: při hledání a shromažďování literatury k napsání této práce se mi dostala do rukou útlá knížka s názvem “Úvod do gerontopedagogiky“ od autora Dr. Emila Livečky, Csc., vydal Ústav školských informací při ministerstvu školství ČSR, z roku 1979. Autor na straně 90, v kapitole nazvané „Problémy v oblasti ústavní péče o staré občany“ konstatuje, co všechno je ve společnosti potřeba udělat pro zlepšení života seniorů. Jako například: více míst v domovech důchodců pro staré občany (stále jsou čekací doby i několik let, i když přiznávám, že mnohá místa jsou historicky obsazena klienty, kteří nepotřebují plnou péči – M. Z.), kteří pro trvalé změny zdravotního stavu nebo věk potřebují všestrannou péči, která nemůže být zajištěna jiným způsobem. Dále je zde konstatováno, že je potřeba zřizovat domovy-penziony (stále není dostatek míst v tomto typu zařízení – M. Z.) se službami přiměřenými jejich zdravotnímu stavu. V těchto zařízeních vytvářet příznivé podmínky pro aktivní život jejich obyvatel s podporou účasti obyvatel na účelné pracovní činnosti (terapeuti, starající se o volnočasové aktivity a zaměstnávání uživatelů jsou stále považováni za nadstandard – M. Z.), podávat pestrou stravu odpovídající výživě ve stáří, výběr ze dvou jídel (mnoho domovů dodnes nenabízí výběr ze dvou jídel – M. Z.), dbát na dostatečné vybavení kompenzačními pomůckami. Umožnit přechodné přijetí starých občanů do

domovů důchodců a to na dobu, po kterou se rodina nemůže starat (respitní péče, po které je dnes ve společnosti tak voláno – M. Z.). Podporovat a dále rozšiřovat patronáty škol, hospodářských a společenských organizací. Konec výčtu. Od vydání těchto skript uplynulo třicet (!) let a myšlenky jsou stále aktuální, dnes velmi moderní a mnohé dodnes nezrealizované! Některé se musely stát součástí zákona o sociálních službách, aby byly naplněny. A tak si sama sobě kladu otázku, zda jako společnost jen neteoretizujeme?! Je to v morálce společnosti? My víme, jak problémy řešit, ale málokdy je zrealizujeme? Málokdy je dotáhneme do zdárného konce??!! Zdá se mi, že zde poletuje mnoho velkých slov, za nimiž se skrývají nejisté efekty, a navíc se tu skrývá hodně problematické užívání peněz z veřejných rozpočtů. Neumím si odpovědět, proč je tomu tak.

6.2 Dílčí závěr

Zjištění, že senior je zneužíván, záleží na povědomí a pochopení tohoto problému. Laici i odborníci mnohdy nepoznají, že jde o zneužívání, a připisují chování nebo tělesný stav staršího člověka pouze jeho věku a zdraví, a s velkou pravděpodobností se na zneužívání nepřijde. Navíc, seniorům brání různé situační i psychické překážky, a sami skrývají, že je s nimi špatně zacházeno: bojí se pomsty, chtějí chránit osoby, které jim ubližují, stydí se, a mnohdy si myslí, že si ho zaslouží. Pokud mají omezené komunikační nebo kognitivní schopnosti, nedokážou vyjádřit slovy nebo srozumitelně popsat zneužívání, jehož obětí se stali. Proto toho víme tak málo o zneužívání seniorů.

III. ZÁVĚR

Otázky násilí na starých lidech jsou v naší republice stále stranou společnosti. Obyvatelstvo všeobecně stárne, klesá porodnost a problémy seniorů stále více vystupují do popředí, stávají se stále naléhavější, vyžadují stále nová řešení. Některými odborníky je demografický vývoj nazýván dokonce „demografickou panikou“ ve společnosti. V naší zemi již je tento problém pomalu řešen a poukazuje se na jeho latentnost a nebezpečnost. Senioři jsou aktuální ohroženou skupinou, která je stále početnější z hlediska demografického i kriminologického. Staří lidé jsou ohroženi násilím fyzickým, psychickým, ekonomickým či majetkovým vykořisťováním, ale ohrožení zahrnuje i neposkytnutí péče či neuspokojování mnohých potřeb v domácím prostředí i institucích.

Pro pochopení všech otázek stáří je třeba znát i další souvislosti v podobě specifických otázek, jako jsou změny v oblasti fyzické, psychické a sociální. Tato specifika se promítají do dalších oblastí života starého člověka, i do života jeho okolí a představují určitou míru rizika.

Stále toho o zneužívání a zanedbávání seniorů nevíme dost, ať už se odehrává v domácím, nebo ústavním prostředí. Je potřeba vyvinout všechno úsilí a udělat více pro zlepšení poznání tohoto jevu a jeho příčin. Je potřeba rozvíjení standardů, jak odborných, tak do jisté míry i osobních pro ty, kteří se tímto jevem zabývají. Musíme pokračovat ve vytváření účinných systémů veřejné kontroly zařízení poskytujících péči, naučit se nést odpovědnost za ně, včetně jasné představy o tom, co je vyžadováno, a vytvoření jasných způsobů podpory jednotlivců i organizací. Intervence musí být přiměřené.

Lidská práva jsou pro občany České republiky garantována mnoha právními předpisy. Kromě nejznámější Listiny základních práv a svobod, je to i řada mezinárodních úmluv, a které jsou součástí právního řádu, stejně jako jiné právní předpisy, jako je zákon o rodině, občanský zákoník a další. V praxi se ale ukazuje, že některé skupiny osob (zdravotně postižení, senioři, osoby v tíživé životní situaci), přestože tato práva mají, jsou schopny je realizovat pouze s pomocí ostatních lidí.

Přes všechno úsilí, které již bylo vynaloženo, zůstává týrán seniorů složitou problematikou. Neexistuje jednotná interpretace. Neexistuje ucelený pohled na problematiku a roztržitost pojmů brání čtenáři v osvojení si základních znalostí o násilí v celistvosti. Neexistuje dostatek solidních čísel o prevalenci problému. Chybí celostátní průzkumy, veřejná diskuze, informace pro postižené i jejich blízké, pro poskytovatele.

Mám za to, že se mi podařilo zmapovat a částečně i analyzovat sledovaný problém a tím naplnit vytyčený cíl. Zároveň jsem mohla, dle mého mínění, v dostatečné míře využít informací a kompetencí získaných při studiu sociální pedagogiky, která obohatila mé rozhledy a orientaci v problémech napříč celou společností, která podporuje lidskost, a která usiluje o zlepšení kvality života všech věkových kategorií, tedy i tolik opomíjených seniorů.

Odhodlání řešit tento problém nechybí. Teď potřebujeme jednat.

Úkol do 21. století: altruismus, prosociální chování, odpovědnost, ochrana slabších, tolerance.

Resumé

Práce Týrání seniorů – závažný problém společnosti pojednává o násilí na starém člověku v rodině, ve společnosti i v institucích pečujících o seniory.

Teoretická část se věnuje pojmům a druhům násilí, stárnutí a stáří jako životní etapě. Popisuje tradiční formy péče o seniory a jejich historii, demografické aspekty a prognózy stárnutí populace v České republice i ve světě. Dále se zabývá důsledky stárnutí. Tento exkurz do problematiky o násilí a stáří je potřebný k pochopení v rámci analýzy problému.

Ve druhé kapitole usiluji o získání ucelených poznatků o domácím, společenském i institucionálním násilí, identifikaci možných příčin a hledání nástrojů k minimalizaci tohoto nebezpečného jevu. Zabývám se existujícími právními normami a snažím se najít řešení problému ve společnosti. Hledám také tak důležitou prevenci násilí.

V závěru konstatuji, že se dnes již společnost začíná problémem zabývat, ale není dostatek validních čísel z celostátních výzkumů, informací ani literatury.

Anotace

Týrání seniorů je závažný společenský jev, který má mnoho podob a příčin. Nejčastěji jde o formu domácího a institucionálního násilí, jako je týrání, zanedbávání, zneužívání psychické, fyzické, sociální i ekonomické. Příčinou bývá dysfunkce rodiny, sociální izolace, v institucích je to nízké povědomí pečujících o právech klientů a pacientů, nerespektování jejich individuality a autonomie, ve společnosti je to malý zájem o tuto populační skupinu. Jde o závažné situace, které vznikají působením nepříznivých sociálních činitelů při narušení sociální rovnováhy starého člověka. Tyto situace pak musí být řešeny multidisciplinárně a napříč celou společností.

Klíčová slova

Starý člověk, násilí, zanedbávání, zneužívání, týrání, instituce, společnost, právo, prevence.

Annotation

The abuse of elderly people is a significant social feature which has many forms and causes. In most cases it is a matter of domestic and institutional violence such as maltreatment, neglect, mental, physical, social and economical abuse. It is usually caused by disfunction of a family and social isolation. In institutions are social worker's poor awareness of the client's and patient's rights, disrespect of their individuality and self-government, and in society is a tepid interest of this population group. These significant situations are caused by direct impact of severe factors while disturbing social balance of the elder person have to be multi-disciplinary settled through the whole society.

Keywords

Elder person, violence, neglect, abuse, maltreat, institution, society, right, prevention.

Zkratky a slovníček pojmů

DD - domov důchodců

DS – domov pro seniory

DZR – domov se zvláštním režimem

ČR – Česká republika

EAN – elder abuse and neglect – týrání a zanedbávání starších osob

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

mj. – mimo jiné

OSN – Organizace spojených národů

PZT pomůcky zdravotnické techniky

tzv. – tak zvaný

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

abusus – zneužívání

dehydratace – odvodnění organismu

dekubit – proleženina

charis – láska k bližnímu

inkluze – uzavření, zahrnutí (do něčeho)

inkontinence – nedostatečná činnost svěračů (stolice, moči)

instituire – zřizovat, zařizovat

kachektický – chorobně vyhublý

labeling – označení, nálepkování

mobilita – pohyblivost

mainstreaming – nástroj sociální inkluze (hlavní linie myšlenkové činnosti)

nozokomiální infekce – nemocniční nákaza vzniklá hospitalizací

organon - nástroj

predilekční místo – místo typického výskytu

respitní - odlehčovací

restrikce – omezení, zmenšení

risk of dignity – přiměřené riziko

senece – proces stárnutí

sipping – usrkávání, připíjení

t. č. – toho času

M. Z. – autorka práce

Seznam literatury a pramenů

Literatura

1. BÁRTLOVÁ, S. „Domácí násilí na starých lidech“. *Sestra*, ročník 14, č.11/2004, s. 27, ISSN 1210-0404.
2. BARTOUŠKOVÁ, GÁBEL, VLČKOVÁ, R. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*.
3. BAŠTECKÝ, J.; KÜMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994, 320 s. ISBN 80-7169-0708
4. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 113 s. ISBN 80-7169-629-3.
5. BURIÁNEK, J.; KOVAŘÍK, J; ZIMMELOVÁ, P. et.al. *Domácí násilí na mužích a seniorech*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006, 108 s. ISBN 80-7254-914-6.
6. ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Průvodce poskytovatele. 1. vyd. Praha, 2003, 112 stran, ISBN 80-86552-45-4
7. ČÍRTKOVÁ, L.; VITOUŠOVÁ, P. et al. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. 1.vyd. Grada Publishing, 2007, 192 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
8. ČIŽMÁRIKOVÁ, I. „Zneužívání starých lidí“. *Revue medicíny v praxi*, ročník 1, č.3/2003, str. 19-20, ISSN 1336-202X.
9. ČIŽMÁROVÁ, I. „Krehkí a zranitelní“. *Sestra – slovenská verze*, ročník 3, č.11/2004, s. 32-33, ISSN 1335-9444.
10. GLOSOVÁ, J. *Občanská svoboda (ústava a realizace)*, SP UFNZ 0506.
11. HABART, P. *Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice*. Práce byla zpracována v rámci podpory řešení výzkumného závěru FSV UK „Rozvoj české společnosti v EU: výzvy a rizika“ – MSM 0021620841.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 2.vyd. Praha: Galén, 1997, 192 s. ISBN 80-85824-54-X.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál o násilí*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek ze sociální gerontologie*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2004, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
16. HEGYI, L. "Násile na starších lú'och". *Revue ošetrovatel'stva a laboratórnych metodík*, ročník 8, č. 3 - 4/2002, str. 77 - 78, ISSN 1335-5090.
17. HORECKÝ, J. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, *Zpravodaj* 3/2008, str. 17).
18. KEJDOVÁ, M., VODIČKOVÁ, M., *Základy trestního a správního práva*. Brno: Institut mezioborových studií, 2004.
19. KEJDOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z., VODIČKOVÁ, M., *Základy občanského práva*, Brno, Institut mezioborových studií, 2004.
20. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2.vyd. Praha: Portál, 1997, 152 s. ISBN 80-7178-150-9.
21. KOHOUTEK, R., *Sociální psychologie*, Brno, Institut mezioborových studií, 2004.
22. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání, Praha: Portál, 2008, 216 stran, ISBN 978-80-7367-383-3
23. LIPNER, M. Viktimologie v sociální péči. *Sociální péče*, roč. 2, č.3/2001, str. 15, ISSN 1213-2330.
24. LIVEČKA, M. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: UŠI při MŠ ČSR, 1979, str. 140.
25. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vydání, Praha: SLON, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
26. MACHÁČKOVÁ, R. *Špatné zacházení se seniory. Práva starších osob v České republice pohledem právníka*.
27. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2005, 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
28. RABUŠIC, L. *Česká společnost a senioři. Sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti*. Texty celostátní konference konané v Brně 16. – 17. října 1997, Masarykova univerzita v Brně, 1997, ISBN 80-210-1729-5.
29. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.

30. ŘEHOŘ, A. *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Brno: IMS, 2008.
31. ŠANDEROVÁ, J. *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách*. 1.vyd. Praha: SLON, 2007, 208 s. ISBN 978-80-86429-40-3.
32. ŠIMKOVÁ, M.; CHOVANEC, T.; HRUŠKOVÁ, M. „Problematika špatného zacházení se seniory“, *Kontakt*, ročník 7, č 1 - 2, s. 37 - 44, ISSN 1212-4117.
33. TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 1995, 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
34. TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Průvodce pro zdravotníky a pečovatele. 2. vydání, Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN 80-238-9505-2.
35. VALENOVÁ, I. „Ochrana pacienta v USA před domácím násilím“. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 4/2005, str. 176.
36. VENGLÁŘOVÁ, M. *Senioři*. Vyšlo jako příloha časopisu Policista č.6/2007
37. VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři asociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Zpráva z empirického výzkumu. VÚPSV Brno, 2003, ISBN, ISSN neuvedeno.
38. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
39. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2003, 232 s. ISBN 80-247-0183-9

Ostatní dokumenty

1. Bílá kniha v sociálních službách, konzultační dokument, únor 2003
2. *Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby* (1996, Francie).
3. KUNSTOVÁ, H.; BASTLOVÁ, O. *Práva seniorů*. Zpráva Českého helsinského výboru. 2006.
4. *Listina základních práv a svobod* jako součást ústavního pořádku České republiky.

5. Mladá Fronta DNES: *Prázdniny: senioři míří do domovů*. 2. 8. 2007, vydává MAFRA, Praha, ISSN 1210-1168, MK ČR E 5477
6. Mladá Fronta DNES: *Stáří v bludném kruhu*. 25. 3. 2008, vydává MAFRA, Praha, ISSN1210-1168, MK ČR E 5477
7. Mladá Fronta DNES: *Za zdmi LDN – pacient je nula*. 7. 7. 2008 ,vydává MAFRA, Praha, ISSN1210-1168, MK ČR E 5477
8. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007*.
9. *Násilí na seniorech*. Sborník příspěvků z pracovního semináře. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého, Právnická fakulta, 2002, 65 s. ISBN 80-244-0409-5.
10. *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Sborník z mezinárodní konference MPSV ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností v Hradci Králové dne 25. listopadu 2005, 1. vydání, Praha: MPSV, 2006, 140 s. ISBN 80-86878-52 X.
11. *Sborník kongresu IX. Gerontologické dny Ostrava a Dny seniorů*, 12. - 14. října 2005, kolektiv autorů, Ostrava: Dům techniky, 2005, ISBN 80-02-01757-9.
12. ŠILHÁNOVÁ, L. *Práva seniorů*. Zpráva Českého helsinského výboru o stavu lidských práv. Rok 2007.
13. *Týden proti násilí na seniorech 8. – 15. června 2006*. Projekt informační kampaně zaměřené na zvyšování povědomí o týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v České republice.
14. *Trestní zákon č. 140/1961 Sb. v platném a účinném znění*.

Internet

1. Český helsinský výbor
www.helcom.cz
2. Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby.
www.vups.cz/Fulltext/vz_232.pdf
3. Gerontocentrum Praha
www.gerontocentrum.cz/gema/spatnedoma/php
4. Intervenční centra
www.mvcr.cz
5. kancelář veřejného ochránce práv

www.ochrance.cz

6. Ministerstvo práce a sociálních věcí
www.mpsv.cz.
7. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007
<http://www.mpsv.cz/cs/1057>
8. Projekt informační kampaně zaměřené na zvyšování povědomí o týrání a zanedbávání seniorů.
http://www.zivot90.cz/stopnasili/projekt_den
9. Rada seniorů České republiky
www.rscr.cz
10. Zpráva Českého helsinského výboru. Rok 2006.
<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2007021902>
11. Zpráva Českého helsinského výboru o stavu lidských práv. Rok 2007
<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2008030501>
12. Zpráva Českého statistického úřadu. Rok 2007.
<http://mpsv.cz/cs/2856>, 3. 4. 2008
13. Zpráva generálního tajemníka OSN,
www.mpsv.cz/files/clanky/3023/zprava_OSN.pdf
14. Zpráva vlády o výzkumu Ministerstva pro lidská práva a národnostní menšiny.
<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?d=32518>,
15. Zpráva: Týden pro inkluzi
www.inkluzce.cz
16. Život 90
www.zivot90.cz