

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Diplomová práce

2019

Bc. Lucie Kratochová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Řízení v sociálních službách

Bc. Lucie Kratochová

Etický problém v sociální práci se seniory: agresivní klient

Diplomová práce

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2019

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....
Vlastnoruční podpis

Děkuji ThLic. Michalu Umlafovi za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad.
Děkuji také respondentům, za spolupráci při realizaci výzkumů a nakonec své rodině za
trpělivost při studiu a vypracování diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	7
1. Etika.....	9
1. 1 Charakteristika etiky.....	9
1. 2 Definice morálky.....	10
1. 3 Vztah etiky a morálky.....	11
1. 4 Charakteristika svědomí.....	11
1. 5 Jak můžeme definovat svobodu člověka.....	12
1. 6 Charakteristika etického problému.....	12
1. 7 Popis etického dilematu.....	13
1. 8 Co říká etický kodex sociálních pracovníků.....	13
1. 9 Uplatnění etiky v sociální práci.....	14
2. Agrese.....	15
2. 1 Charakteristika agrese.....	15
2. 2 Agrese a její projevy.....	16
2. 2. 1 Co je fyzická agrese.....	17
2. 2. 2 Co je verbální agrese.....	18
2. 2. 3 Co je sebe agrese a jak se projevuje.....	18
2. 3 Restriktivní opatření a jejich užití.....	18
2. 4 Agrese ve standardech kvality sociálních služeb.....	19
3. Senioři.....	21
3. 1 Lidé v seniorském věku.....	21
3. 2 Změny v chování a jednání seniorů.....	23
3. 3 Ovlivňující faktory agrese u lidí v seniorském věku.....	24
4. Sociální pracovník.....	27
4. 1 Kdo je sociální pracovník.....	27
4. 2 Předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka.....	27
4. 3 Zásady chování při jednání s klientem.....	28

4. 4 Jak vypadá sociální práce se seniory.....	29
5. Empirická část	30
5. 1 Výzkumná strategie	31
5. 2 Vymezení cíle, stanovení výzkumných otázek	31
5. 3 Operacionoalizace hypotéz	32
5. 4 Metoda získávání dat.....	32
5. 5 Výzkumný vzorek.....	33
5. 6 Analýza dotazníků	34
5. 6. 1 V rámci sociálního šetření se dotazujeme na agresivní chování žadatele o sociální službu	35
5. 6. 2 Klienta se snažíme uklidnit.....	36
5. 6. 3 Se standardy kvality v organizaci souhlasíme	38
5. 7 Shrnutí výsledků a diskuze	39
6. Závěr	43
Bibliografický seznam	45
Přílohy	47
Příloha 1	47
Příloha 2	49

Úvod

Etika spolu se sociální prací jsou dva obory, které by spolu měli jít ruku v ruce. Sociální práce je profesní disciplína, která svou odborností je profesně vymezená a etika k tomu vznáší obecný nárok na to, aby jednání každého člověka nějak vypadalo. Střet těchto dvou oborů bychom měli vnímat jako požadavek na kvalitní jednání s klienty, ale zároveň na splnění požadavků společnosti skrze sociální práci. Z etiky by člověk zaměstnaný v sociální práci měl těžit hlavně ve své bezúhonnosti, zároveň pro své osobní potěšení. Etika z oboru sociální práce vychází, měla by stát tak trochu mimo tento obor (Fischer, 2010).

Etický problém vzniká v situaci, kdy je evidentní, jak by se měl sociální pracovník rozhodnout, ale jemu se toto rozhodnutí osobně přičítá. Tato situace nastává i v případě, kdy klient senior je agresivní vůči poskytovateli pomoci. Jak se v této situaci rozhodnout? Jednat razantně a ukončit poskytování služeb, i když klient služby potřebuje? Odkázat klienta na psychiatrickou či psychologickou pomoc, kde je riziko, že klienta utlumí zklidňujícími léky? Přejít chování klienta pouze s výtkou a riskovat, že se toto chování bude u klienta opakovat?

Agrese klientů je problém, se kterým se setkáváme nejen v pomáhajících profesích. Svou diplomovou práci jsem proto nazvala Etický problém v sociální práci se seniory: agresivní klient.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se věnuji vymezení pojmů etika, agrese a agresivní chování, vymezují kdo je senior a jaké změny ve stáří pro seniora nastávají, zabývám se předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka, zásady chování sociálních pracovníků vůči klientovi a v neposlední řadě agresi a co ji u lidí v seniorském věku může ovlivňovat. Neopomenula jsem ani zmínit, kde ve standardech kvality sociálních služeb je agresivní chování zahrnuto a jaké je riziko užití restriktivních opatření.

Cílem mé práce je zmapovat, jak sociální pracovníci řeší etický problém agrese. Ke zjištění potřebných informací byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Hlavním cílem mé práce je: Zjistit, jak sociální pracovníci postupují při práci s agresivním klientem v seniorském věku. Pro zodpovězení hlavního cíle jsem si zvolila dvě hypotézy a čtyři dílčí výzkumné cíle. Hypotéza číslo 1: Větší procento sociálních pracovníků se s agresí u seniorů v rámci své práce neseťká a hypotéza číslo 2: S agresivním chováním u lidí v seniorském věku se setkávají více sociální pracovníci pracující v pobytových zařízeních a terénních službách než sociální pracovníci pracující na úřadech práce. Výzkumné otázky jsem si položila následující: Zda se sociální pracovníci při sociálním šetření na projevy agrese u žadatele služby dotazují a jak s touto informací dále nakládají. Jak jednají sociální pracovníci v kontaktu s agresivními klienty.

Jak se jejich postup liší proti metodice dané organizace a Proč nesouhlasí s daným postupem v organizaci.

Téma pro svou diplomovou práci jsem si zvolila, protože si mnozí z nás neuvědomují, jak je těžké přijmout stárnutí a přizpůsobit se novým změnám. Senioři se často zabývají otázkou, že nechtějí být na obtíž své rodině a okolí, chtějí zůstat co nejdéle soběstační, mnohdy je pro ně ponížující říci si o pomoc. Často jsem byla svědkem situace, kdy lidé, kteří byli v nouzi, si nedokázali říct o pomoc, protože je ve společnosti běžné, že každý má zvládnout postarat se o sebe a své blízké, naopak často pomoc odmítali. Zároveň mnohdy řeší situace, které pro nás mladší jsou mnohem lépe přijatelné, než pro staršího člověka a nerozumíme tomu, proč naši prarodiče nové situaci nedokáží zvládnout tak dobře jako my. Mladý člověk se rychleji adaptuje na nové prostředí, kdežto senior se s touto novou situací vyrovnává mnohem déle a někdy se s touto situací ani nevyrovná. Mohou nastat pocity selhání, pocity osamělosti, pocity méněcennosti. Běžné činnosti vykonávají s větší námahou, nejsou již tak fyzicky zdatní, přichází nemoci, někdy finanční problémy, umírají blízcí přátelé, mnohdy životní partneři. Zároveň s tím přichází také nové radosti života např. vnoučata. Senioři chtějí zůstat co nejdéle pro své blízké oporou, ale často se v rodinách objevují konflikty, protože dochází k nepochopení.

Se seniory pracuji od svých 19- ti let. Jsem toho názoru, že každý člověk ve vyšším věku nás může mnohému naučit, ukázat nám jiný pohled na situace, které prožíváme, protože on si podobnou situací mohl projít a má tak pro nás cenné zkušenosti. Často se i setkávám s tím, že příbuzní nerozumí změnám u svých rodičů, prarodičů. Děti si nevědí rady, když jejich maminky nebo tatínkové přestávají být pohyblivé, mění se jejich psychický stav a v dobré víře, že dělají pro své rodiče to nejlepší, jim vlastně mohou ublížit. Rodiny si neuvědomují, že změna prostředí, změna zdravotního stavu a soběstačnosti, může vést u jejich příbuzného k agresivitě a k vzniklým konfliktům.

Dříve bylo ve společnosti normální, že děti se staraly o své rodiče či prarodiče. V dnešní době často tyto povinnosti přebírají instituce, které se věnují péči o seniory a mnohdy suplují i rodinu. Jako sociální pracovník v nemocnici jsem ráda za každého svého pacienta, který se po stabilizaci svého zdravotního stavu může vrátit do domácího prostředí, kde o něj s pomocí terénních služeb pečují milující rodina.

1. Etika

V této kapitole se chci věnovat tématu etika. Vysvětluji co to etika je, jak definujeme morálku, co pro nás znamená svědomí. Co to vlastně svědomí je a jaký má pro nás význam. Jakým způsobem definujeme svobodu člověka. Následně popisuji rozdíl mezi etickým problémem a etickým dilematem, který znázorňuji to na praktickém příkladu. Představuji etický kodex sociálních pracovníků a nakonec i jaké je uplatnění etiky v sociální práci.

1.1 Charakteristika etiky

Etika má základ v řeckém slově *ethos* což v češtině znamená mrav, zvyk, obyčej někdy i zvláštnost. Jedná se tedy o nauku zabývající se správným jednáním ve společnosti (Jankovský, 2003, s. 21). Neznamená to, že by nám dávala konkrétní vypracované návody, její snahou je spíše ukázat nám cestu, a to tak, že reguluje chování lidí, upravuje vzájemné vztahy, má vliv i na naše sebehodnocení a naši sebeúctu (Heřmanová, 2012, s. 10). V původním slova smyslu *ethos* znamená stáj a ve vztahu k člověku pak společné místo dané určitým společenstvím, kde se ve vzájemných vztazích vytvářely společenské obyčeje a mravy závazné jak pro jednotlivce, tak i pro celek. U starých Řeků slovo mravné znamenalo vše, co vedlo k lepšímu životu na tomto světě (Jankovský, 2003, s. 21).

O etice jako o vědě hovoříme teprve tehdy, když má daný svůj předmět a tím je morálka. Morálka hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla v porovnání se svědomím člověka. Morálka však má svá specifika, a není tedy vhodné ji zaměňovat s pojmem etika. Etika je tedy filozofickou vědou o správném způsobu života, která se snaží nalézt nebo zdůvodnit společné a obecné základy, na kterých je morálka postavena (Jankovský 2003, s. 22). Etika nám však neurčuje, co smíme a nesmíme. Pomáhá nám hledat a rozlišovat za všech okolností co je mravné či nemravné a podle toho jednat správně, či nesprávně. Etika je úzce spojena s teorií hodnot, a jelikož za nejvyšší lidskou hodnotu bývá z etického hlediska pokládáno dobro, etika nás učí rozpoznávat, co je dobré a co je špatné (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 39).

Etiku můžeme rozlišovat podle různých hledisek. Etika autonomní, kde si člověk sám vymezí etické zásady. Etika heteronomní, kdy jsou etické zásady stanoveny z vnějšku. Etika individuální se zabývá morálními otázkami jedince. Etika sociální zkoumá problematiku z hlediska sociálních skupin a profesní etika aplikuje obecná etická ustanovení, tzv. etický kodex, na konkrétní profesionální činnost. V současnosti se můžeme setkat s pojmem etika v nových spojeních a to např. bioetika, ekologická etika, environmentální etika, geoetika, onformatika. Poněkud zjednodušeně můžeme říct, že žijeme v době informací a vše je nějak spojeno s etikou (Jankovský, 2003, s. 23).

V sociální etice má jako etická hodnota dominovat, odpovědnost za druhého. Sociální etika požaduje dosažení odpovědnosti každého jednotlivce za blaho celku a naopak celku za blaho jedince. Sociální etika je určována především právními normami, a to především tam, kde jde o spravedlnost ve smyslu obecného blaha. Vedle toho je však i významný prostor pro nesobecký způsob myšlení, přebírající podíl na obecném blahu, přesahující rámec právních povinností (Kutnohorská, 2011, s. 41).

Zejména v sociální práci je třeba využívat k užitku klientů mnoho "sousedících" oborů. A to jsou znalosti z psychologie a sociologie, pedagogiky, práva a dalších.

1. 2 Definice morálky

Tento výraz je možno odvodit z latinského slova *mos*, v množném čísle *morales*, což lze v češtině přeložit jako mrav, obyčej, zvyk, popřípadě způsob. V původním slova smyslu znamená vůli, a hlavně tu, která je člověku uložena autoritou, tedy zákony či předpisy. Morálka je tedy soubor uznávaných mravních norem, který vyplývá z určitého chápání mravních hodnot, jejich povahy a hierarchie. Ve vztahu každého jedince k morálce se utváří sociální identita vůči společnosti, ve které žijeme, a proto nás nepřekvapí výrok, který je přisuzovaný V. I. Leninovi, *„že pokud chceme zničit národ, musíme nejprve zničit jeho morálku a padne nám do klína jako zralé ovoce.“* (Jankovský, 2003, s. 24) Jonathan Haidt definoval funkci morálních systémů slovy: *„Morální systémy jsou provázané množiny hodnot, ctností, norem, pokynů, identit, institucí, technologií a vyvinutých psychologických mechanismů, které spolupracují za účelem potlačení nebo regulace sobectví a činí sociální život možným.“* (Haidt, 2007, s. 17).

„Morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla, a to v porovnání s lidským svědomím“ (Jankovský, 2003, s. 24). To znamená, že morální je takové jednání, které je v souladu se svědomím člověka. Potom ale mluvíme o mravnosti konkrétního jedince. To však nelze objektivně posuzovat, protože nikdo z nás není schopen nahlédnout do svědomí dalšího člověka. Posuzovat jednání člověka je možné, pouze z hlediska dodržování daných norem, tedy morálky (Jankovský, 2003, s. 25).

Základním kamenem přirozené morálky je povinnost nečinít jiným to, co nechci, aby bylo činěno mně. Jde tedy o to, aby člověk konal dobro pro dobro samé, a morálka se potom stává spravedlností v praxi. Jednotlivci jednají mravně z úcty před sebou samým. Vyvíjí na sebe tlak bez vnějšího vlivu, s čímž souvisí i schopnost jedince nepodléhat diktátu okamžiku (Jankovský, 2003, s. 25).

1. 3 Vztah etiky a morálky

Jak je uvedeno již výše, o etice jako o vědě můžeme mluvit ve chvíli, kdy má daný svůj předmět a tím je morálka (Jankovský, 2003, s. 22). Etiku bychom neměli s pojmem morálka zaměňovat a to i přes to, že díky vztahu těchto pojmů jsou identifikovány základní otázky etiky. Etika nám pomůže vyhodnotit co je správné nebo ne a morálka nám pomáhá vyhodnotit, co je v lidském chování dobré a co zlé (Jankovský, 2003, s. 22- 25). Jinými slovy, etika je teorií morálky. Jde o zkoumání morálky jako konkrétní oblasti lidského života a interpretaci mravních pojmů. Pojmy etika a morálka si tedy můžeme představit jako obrázek přesýpacích hodin, kdy na jednom konci je etika a na druhém morálka. Tyto pojmy se navzájem prolínají (Radvan, 2004, s. 65- 70).

Skoblík (1997, s. 8) říká, že morálka nám slouží pro označení žité praxe, a slovo etika je používáno jako označení úvahy o této praxi. V katolické teologii je slovem etika označován filozofický obor, ale slovem morálka označujeme obor teologický.

Milfait (2012, s. 40) popisuje, že etika se dotazuje na faktor, kterým si dovoluje označit lidské chování za morální nebo mravně dobré. Jde o kritické přezkoumání legitimacy nároků na morální platnost. Zmíněný faktor se zabývá pojmy dobro a zlo, svoboda a determinace, morálka a štěstí. Etice jde tedy o to, aby systematicky zprostředkovala náhled do smyslu morálního jednání. *„Etika potom kriticky promýšlí napětí mezi podmíněnými nároky morálky a bezpodmínečným nárokem principu morality a chce přispívat k rozlišování a obezřetnosti.“* (Milfait, 2012, s. 43-44).

1. 4 Charakteristika svědomí

Svědomí je podstatná složka mravnosti. Zároveň je to zvláštní fenomén lidského vědomí, které je výjimečným jevem. Nelze se však omezit pouze na psychiku člověka, svědomí je mnohem komplexnější záležitost. Díky svědomí člověk získal schopnost morálně hodnotit své jednání (Jankovský, 2003, s. 31).

Latinský výraz pro svědomí je conscientia a vzniklo spojením slov con (s) a scire (vědět), popřípadě scientia (vědění). Český výraz pak vystihuje právě to, co člověk dělá s vědomím. Za svědomitého člověka bereme takového jedince, který si své povinnosti plní důsledně svědomitě. Neexistuje však obecně přijatelná definice (Jankovský, 2003, s. 32).

Současná morální teologie dává pojmu svědomí náboženský rozměr a to, že je vnímáno jako místo setkávání Boha s člověkem, ale zároveň je kladen důraz na úsudek člověka. *„Mravní svědomí je úsudek rozumu, kterým lidská osoba poznává mravní hodnotu konkrétního činu“* (Jankovský, 2003, s. 32). Z pohledu filozofické antropologie je důležitá odpovědnost člověka a svědomí je pak chápáno jako funkce celé osobnosti. Z pohledu psychologie, pedagogiky a sociologie můžeme říct, že jedinec se musí identifikovat s normami= internalizace norem. Zároveň je obsah svědomí

závislé na sociokulturních normách a pro rozvinutí základních obsahů svědomí je třeba působení výchovy a vzdělání (Jankovský, 2003, s. 34).

Naše svědomí se „ozývá“ jak před činem, tak i po činu. Říká nám co je správné a co ne, zároveň zpětně hodnotí, zda to co bylo učiněno je správné či nikoliv. Pokud se tedy po již vykonaném jednání máme tendenci omlouvat a ozývají se v nás výčitky, promluvilo k nám svědomí tzv. po činu. Toto můžeme nazvat jako špatné svědomí, které má také svoji funkci. Hlavní funkcí špatného svědomí, je funkce preventivní. Upozorňuje nás na to, abychom se jednání, které v minulosti bylo špatné, vyvarovali. Můžeme tedy říct, že člověku, který jedná podle svého nejlepší svědomí a vědomí, nesmíme upřít moralitu (Jankovský, 2003, s. 34- 36).

1. 5 Jak můžeme definovat svobodu člověka

„Nic není významnějšího než umění být svobodou, ale nic není těžšího než učební doba svobody.“

(Alexis de Tocqueville 1805-1859)

„Svoboda znamená odpovědnost. Proto se jí mnozí z nás bojí.“

(George Bernard Shaw 1856- 1950)

O svobodě člověka mluví i zákon o sociálních službách a to konkrétně takto: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* (§ 2, odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění).

1. 6 Charakteristika etického problému

Etický problém nastává v situaci, kdy se sociální pracovník domnívá, že klient potřebuje pomoc, ale on sám mu ji nemůže poskytnout, protože klient nespĺňuje kritéria dané cílové skupiny sociální služby (Matoušek a kol., 2003, s. 24). Příkladem etického problému může být tato situace. Sociální pracovník domova pro seniory obdrží žádost o umístění do domova. Po zhlédnutí vyplněné žádosti, provede sociální šetření v domácnosti budoucího klienta. Na první pohled je zřejmé, že žadatel o službu potřebuje pomoc, ale jeho rodina mu ji nedokáže poskytnout v takovém rozsahu, v jakých by byla potřeba. Po prozkoumání lékařské zprávy, kterou vyplnil praktický lékař, je zjištěno, že žadatel trpí Alzheimerovou demencí. Sociální služba, kterou zastupuje sociální pracovník, však nemá v cílové skupině klienty s Alzheimerovou demencí. Sociální pracovník je tedy povinen, žadatele o službu odmítnout, i když ví, že žadatel o službu, včetně jeho rodiny, pomoc potřebuje.

1. 7 Popis etického dilematu

Etické dilema vzniká tehdy, kdy sociální pracovník stojí před situací, kdy klient má právo na sebeurčení, ale povinností sociálního pracovníka je chránit zdraví klienta a ani jedna z možností řešení není vhodná (Matoušek a kol., 2003, s. 24). Dilema můžeme přirovnat ke křižovatce nebo rozcestí, kdy jejich směry nevedou k jasně vytyčenému cíli. Etické kodexy nám jasně říkají, že profesionál je odpovědný za své kroky a dodržuje profesní závazky, jedná tak, aby sloužil zájmům klienta a jejich blahu a také zajišťuje, aby žádný krok nebo opomenutí neměl negativní důsledek pro klienta. Nesmíme také zapomenout, že profesionál nese odpovědnost za své jednání (Kutnohorská a kol., 2011, s. 49).

Obecně můžeme říct, že pomáhající profese jsou dilematickými situacemi zatíženy více než jiné profese. Je to dáno tím, že řeší nejen morální versus nemorální, ale jejich cílem je pomoci klientovi, který se ocitl v krizové životní situaci (Kutnohorská a kol., 2011, s. 50).

S etickými problémy se setkáváme v Etickém kodexu sociálních pracovníků. Tam je popsáno, jak by měl sociální pracovník postupovat, na základě jakých principů by měl s klientem jednat, jakými dokumenty se řídí, jaká jsou pravidla etického chování pracovníka a především jak postupovat při řešení etických problémů. Toto blíže rozvedu v další kapitole.

1. 8 Co říká etický kodex sociálních pracovníků

Základním etickým principem je úcta k životu. Etické principy jsou důležité pro správný vývoj vztahů mezi sociálním pracovníkem a klientem. Od hodnot a vlastností se odvíjí jejich přístup k etickým principům, které jsou v práci sociálního pracovníka zásadní a měly by tvořit nedílnou součást vykonávané praxe (Matoušek a kol., 2003, s. 32). V etickém kodexu máme proto popsané etické zásady, pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, ve vztahu ke svému zaměstnavateli, ve vztahu ke společnosti a etické problémové okruhy (Etický kodex sociálních pracovníků). Kompletní znění etického kodexu sociálních pracovníků je v příloze mé diplomové práce.

Principy zformuloval koncem padesátých let 20. stol. americký kněz Felix Biesek. Mezi klasické principy pro práci s klienty patří individualizace (uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti klienta), vyjadřování pocitů (uznání klientovy potřeby svoje pocity volně vyjadřovat, včetně těch negativních), empatie (snaha o vcítění se do pocitů a situace klienta), akceptace (snaha vnímat a chápat klienta, včetně jeho silných stránek i slabostí, podporovat vnitřní důstojnost a hodnotu klienta), nehodnotící postoj, nemoralizování (nehodnotit klienta jako takového (osobnost klienta), ale jeho chování, postoje a jednání). Nesmíme opomenout sebeurčení (znamená respektování klientova práva a potřeby se svobodně rozhodnout a vybírat si mezi možnostmi, alternativami) a diskrétnost (znamená zachování důvěrných sdělení klienta či

informací o klientovi). Diskrétnost patří k základním právům klienta a etickým závazkům sociálního pracovníka, ale je i základem efektivní práce s klientem (Matoušek a kol., 2003, s. 32).

Etické principy sociální práce jsou vyjádřeny zejména v mezinárodních a národních, etických kodexech. Mohou být obsaženy i v etickém kodexu, který si pracovníci dané služby vytvoří jako součást vyjádření kultury, v níž pracují. Klíčovým dokladem o dodržování etických principů je zachování důstojnosti uživatelů služeb (Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 377).

1. 9 Uplatnění etiky v sociální práci

Téma etiky v sociální práci se v české literatuře objevuje jen velmi málo na rozdíl od Západní Evropy, kde je téma profesní etiky předmětem nejedné odborné diskuze. Zvýšený zájem o etiku však vyvolali aféry, kolem sociálních pracovníků, kteří selhali právě v morální oblasti. Tyto diskuze by měli být vodítkem pro sociální pracovníky, kteří nevědí, jak se mají v těžkých situacích správně a morálně rozhodnout. Příkladem těchto situací jsou např. klienti senioři, kteří odmítají nastoupit do domovů pro seniory, byť jejich fyzický nebo psychický stav neodpovídá tomu, že by zvládli chod domácnosti (Matoušek a kol. 2003, s. 22- 24).

Ani v sociální práci nesmíme opomínat, že člověk je holistická neboli celistvá bytost. To znamená, že nesmíme opomínat ani zanedbat jakoukoliv složku z jeho bio- psycho- sociální a spirituální dimenze. Společenské vztahy jsou složité vazby, které mají svůj obsah, strukturu, funkce a dynamiku svého vývoje. Je podstatné, abychom člověka vnímali jako sjednocenou bytost, která dovede řídit sebe sama, zároveň je odpovědný za své jednání. Lidé, kteří jsou odkázáni na sociálně zdravotní služby, mají omezené rozhodování a to z důvodu sociální bezmocnosti, která může být daná situací, ale i věkem. Navíc, člověk se nerozhoduje jen na základě vlastní vůle, ale i na základě sociálních vztahů. Kant říká, že s člověkem jednáme morálně, pokud mu předložíme takové důvody, které se dají považovat za objektivní, pokud s ním jednáme jako s rozumnou a rovnocennou bytostí, hodnou úcty (Kutnohorská a kol., 2011, s. 9-10).

Banksová uvádí výčet, který je založen na rozumovém zdůvodnění morálního rozhodnutí na základě etických principů. Do tohoto výčtu patří: řešení by měla podporovat spokojenost klientů, uspokojení jejich potřeb, řešení zahrnuje jednání, tato řešení by měla být univerzální pro klienty v obdobné situaci a mělo by být oprávněné k profesním a obecným hodnotám (Banks, 1995, s. 10-11)

“Většina rozhodnutí v sociální práci zahrnuje komplex etických, technických, právních ale i politických faktorů, které jsou vzájemně propojeny.” (Matoušek a kol., 2003, s. 24)

2. Agrese

Kapitola agrese se věnuje popisu tohoto pojmu, odkud slovo agrese pochází a jak si ho vysvětlujeme, pro názornost uvádím několik možných definic pojmu agrese. V jednotlivých podkapitolách popisují to, jak se agrese projevuje. Agresi rozlišuju na verbální, fyzickou a sebeagresi a tyto typy agrese popisují. Vzhledem k tomu, že má diplomová práce se věnuje projevům agrese v sociálních službách, neopomněla jsem zmínit užití restriktivních opatření, a kde ve standardech kvality sociálních služeb se můžeme s agresí setkat.

2.1 Charakteristika agrese

Agrese jako pojem vychází s latinského *agressio*= výpad, útok- vůči věci či osobě. Je to jednání, jimiž se projevuje úsilí vůči některému objektu nebo nepřítelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit (Edelsberger a kol., 2000, s. 29). Druhé doplněné vydání knížky *Psychiatrie* uvádí, že neexistuje všeobecně přijatá definice agrese, nabízí však jeden pohled: „*agrese je definována jako manifestní pozorovatelné chování vedené úmyslem poškodit jiný organismus (člověk nebo zvíře) anebo neživotný předmět*“ (Höschl, Libiger, Švestka., 2004, s. 166). Definice však nezahrnuje agresi vůči sobě, agresivní sny, fantazie anebo pouhé plány ((Höschl a kol., 2004, s. 166).

Agresivita a agresivní způsob chování je evolučně starý způsob chování na něco nepříjemného. Musíme myslet na to, že nevhodná reakce, postupy a projevy na toto chování může agresivní reakci spouštět (Venglářová, 2007, s. 56).

Pojmy agrese a agresivita jsou často spojovány dohromady i přes to, že každý označuje něco jiného. Pro názornost zde bude uvedeno několik definic agresivity a agresivního chování:

„*Agresivita, sklon k útočnému jednání vůči věcem, zvířatům a lidem, většinou souvisí s vnitřní nepohodou, s rozpory mezi prožíváním a jednáním.*“ (Šímanovský, 2002, s. 11)

„*Vymezujeme ji jako poměrně stálou, individuální dispozici útočného jednání*“ (Vymětal, 2003, s. 258).

„*Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. Agresivitu lze chápat jako sklon k takovému chování. Agrese označuje aktuální projev takového chování*“ (Vágnerová, 2002, s. 266).

„*Agresi definujeme jako onu v člověku spočívající dispozici a energii, která se projevuje původně v aktivitě a později v nejrozmanitějších individuálních a kolektivních sociálně naučených a sociálně zprostředkovaných formách od sebeprosazování až ke krutosti*“ (Nakonečný, 1997, s. 201).

Já osobně se ztotožňuji s definicí, kterou uvedla Vágnerová M. v knize *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Dle mých zkušeností a názoru se jedná o kompletní popis agrese a agresivního chování.

Agresivní chování můžeme pozorovat jako epizody. Každá epizoda, má jasný začátek, konec a krátké trvání, např. rvačka nebo vražda. Popis škál jednotlivých epizod je pak podstatné pro klinické účely (Höschl a kol., 2004, s. 166).

Násilí je pojem, který můžeme zaměnit s agresí, ale používá se hlavně pro interakci mezi lidmi (Höschl a kol., 2004, s. 166).

Mezi lidmi se objevují i demografické rozdíly v projevech agrese. Samci jsou agresivnější než samice, většina agresivních činů je spáchána osobami ve věku 15- 25 let, násilné zločiny jsou častěji páchany osobami z nižších sociálních tříd, s nižším školním vzděláním a i etnické skupiny se liší ve statistikách násilných zločinů (Höschl a kol., 2004, s. 166).

Agrese, která se ve společnosti objevuje, není reakcí na vnější podmínky, protože kdyby tomu tak bylo, situace lidstva by nebyla nebezpečná a jednoduše by se odstranily ty faktory, které agresii vyvolávají. Na základě upozornění Z. Freuda, že k faktorům, které podporují útočné jednání, patří frustrace a ztráta lásky v dětství, se v Americe rozšířila výchovná metoda bez omezování. Objevil se velký počet dětí, které byli drzé a mimo další projevy i agresivní (Höschl a kol., 2004, s. 145).

Agresivita může mít i pozitivní vliv. Určitá míra agresivity, která má své hranice a pravidla je žádoucí například ve sportu, aby člověk dosáhl úspěchů. Zároveň nemůžeme říct, že agresivita, jako odpověď na signály upozorňující na ohrožení člověka je „dobrá“ nebo „špatná“ (Šímanovský, 2002, s. 11).

2. 2 Agrese a její projevy

Agresivní chování vyvolávají různé příčiny. Agrese patří do běžného života lidí. Je to reakce na nepříjemné podněty, které se agresí snažíme odrazit či zničit. Během socializace a vývoje jsme se naučili agresivní projevy potlačit. K dosažení cílů volíme jiné způsoby chování. S přibývajícím věkem se povahové vlastnosti lidí mění, vyvstávají ty, které se člověku dařilo zvládat. V tomto případě musíme myslet na to, že povahu člověka nezměníme, je dobré konfliktním situacím předcházet (Venglářová, 2007, s. 42- 44).

Často je vyvolána přívalem emocí. S rostoucím věkem se zvyšuje i citlivost na různé podněty, snižuje se schopnost vyrovnat se se silnými emocemi. Zloba se stává projevem bolesti ze ztráty, zlobíme se na těžký osud. Pokud se klient dostane do situace, kdy se stydí, může se agresí bránit proti trvání této situace (Venglářová, 2007, s. 43).

Dalším důvodem, kdy se starší lidé mohou projevit agresivně, může být při nepochopení situace. Vlivem kognitivních poruch k tomuto může dojít velmi snadno. K takovýmto situacím může dojít např. při převlékání z denního do nočního oblečení, manipulací s majetkem klienta.

Mnoho můžeme ovlivnit i komunikací. Pokud je komunikace nevhodná, může u uživatele služby vyvolat nevhodné až agresivní chování (Venglářová, 2007, s. 43- 44).

Agrese u lidí obecně, bývá spojena s projevem úzkosti. Agresivně jednají i lidé, kteří jsou v situaci, ve které je třeba jednat obranně, jedná se o protest, vzdor nebo si chtějí splnit vytoužené cíle. Agrese má také patologický základ vlivem bludné produkce. Nemocný člověk, senior, chce mít i pod kontrolou veškeré činnosti a jednání pečujících osob a i díky tomuto, se může vůči okolí jevit agresivně (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 23- 25). Zároveň musíme brát také v potaz a uvědomit si, že agresivní chování je biopsychosociálním fenoménem a jen malá složka, která vyvolává toto chování je farmakologicky ovlivnitelná (Jirák, Dušková, Malá, Neubauer, Obenberger, 1999, s. 198- 199).

U člověka potom rozlišujeme 4 stupně agrese. Afekt katarzní, agresivita, chování agresivní a imitace agrese. Afekt katarzní je očištné jednání, kdy prostřednictvím hněvu či podobných emočních projevů agresivně nabitý jedinec uvolní své napětí. Agresivitou je myšleno útočně nastavené jednání vůči druhé osobě, k hrozbě nebo útočnému jednání. Agresivní chování vede k útoku na druhé osoby a imitace agrese je vlastně kopírování agrese, které vidíme u druhého člověka (Hartl, Hartlová, 2000, s. 19, 22, 211, 225).

Agrese má různou příčinu, různé projevy a psychologické pozadí. Proto rozlišujeme několik typů agrese podle více kritérií. Z hlediska formy se nejčastěji rozlišuje agrese verbální a fyzická a dále pak přímá a nepřímá. Z hlediska kontextu příčin nebo povahy se rozlišuje agrese afektivní, instrumentální a v poslední době nemůžeme opomenout ani tyranizování, obtěžování a šikanování. Mezi uvedenými typy agrese jsou zřetelné rozdíly, ale i přesto je těžké rozhodnout, o jaký typ agrese se jedná. A to hlavně ve chvíli, kdy se jedná o agresi, která je promyšlená, za účelem dosáhnout určitého cíle a následně přeroste v nenávistný a zlostný útok. V tu chvíli se rozlišení, o jaký typ agrese se jedná, považuje za sekundární otázku. Primární otázkou se stává to, jaké jsou společné charakteristiky agresivního jednání. Dalo by se říci, že to je důvod, že proto se nehledají různá vysvětlení pro různé typy, ale hledá se společné vysvětlení pro všechny typy agrese (Výrost, Slaměník, 2008, s. 269).

2. 2. 1 Co je fyzická agrese

Pokud se podíváme do Psychologického slovníku, slovo fyzický znamená tělesný, proto tedy fyzická agrese označuje typ agresivního chování zaměřené na tělo druhé osoby. Projevuje se údery, kopy a dalším tělesným napadením druhého člověka. K tomuto typu agresivního chování se uchylují více muži než ženy (Hartl, Hartlová, 2000, s. 174).

2. 2. 2 Co je verbální agrese

Verbální, neboli slovní agrese se projevuje křikem, nadávkami, často používanými vulgarismy, které mohou být velmi překvapující, zvláště pro rodinu, která se diví, že jejich příbuzný takováto slova zná. Nadávky a vulgarismy se často stupňují, dochází k výhrůzkám, stížnostem (Venglářová, 2007, s. 42).

Verbální agresivita se projevuje více u žen než u mužů. Rizikem je špatný tělesný stav nebo chronická bolest. Zároveň se objevuje častěji u lidí, kteří trpí demencí a zároveň mají špatné sociální zázemí. Také bývá spojena s výskytem deprese a somatickými problémy. Bývá častější než agrese fyzická (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 23- 25).

Verbální agresivita bývá zaměřena často proti svému nejbližšímu okolí. Zejména to bývá rodina, pečovatelky či pečovatelé (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 23- 25).

2. 2. 3 Co je sebeagrese a jak se projevuje

Příznaky duševních poruch se vyskytují ve stáří podobně jako u jiných věkových kategorií. Jsou často nenápadné a mohou být schované za fyziologickými změnami ve stáří. Častěji pozorujeme poruchy paměti, a mnohem častěji u seniorů, kteří jsou v pobytových zařízeních, protože se zvyšuje jejich závislost na instituci, nedokáží žít bez podpory okolí (Venglářová, 2007, s. 18).

Sebeagresi můžeme pozorovat u lidí s depresivním syndromem. Myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškození, jsou jedním z příznaků u lidí s depresí. Deprese není součástí stáří, jedná se o závažnou chorobu. Depresivního člověka můžeme poznat podle obvyklých příznaků. Mezi ty patří zhoršení soustředění a pozornosti, snížení sebedůvěry, pocity viny, převládá smutek, spánek je porušený, snižuje se chuť k jídlu, člověk přestane plánovat do budoucna, a jak jsem již zmiňovala, objevují se myšlenky na sebevraždu či sebepoškození (Venglářová, 2007, s. 18- 19).

Deprese snižuje kvalitu života, lidé potřebují více zdravotní péče a často navštěvují nebo vyhledávají lékaře. Bývá přítomna na začátku demence, ale symptomy demence může změnit. Může být poskytována péče, vhodná pro lidi s demencí, ale deprese bývá opomenuta (Venglářová, 2007, s. 18- 19).

2. 3 Restriktivní opatření a jejich užití

Užití restriktivních opatření v sociálních službách je definováno v zákoně č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, konkrétně § 89 Opatření omezující pohyb.

Hlavním cílem, proč se používají restriktivní opatření, je zajištění bezpečnosti a ochranu klienta, klid a bezpečí pro ostatní klienty, zabránit poškození nebo zničení majetku. Toto je pouze krajní řešení vzniklé situace, protože působí velkou psychickou zátěž jak pro klienta, tak pro

ošetřující personál a všem ostatním, kteří jsou svědky takového zákroku. Pokud se k užití těchto prostředků rozhodneme, musí být splněna ta podmínka, že všechny ostatní možnosti, jak zajistit bezpečí, jsou vyčerpány. Mezi vhodné metody řadíme dostatek pohybových aktivit, zvýšený počet personálu v péči o neklidné pacienty, vyhovující denní režim, dostatek adekvátních aktivit, vhodné podnětné prostředí (Venglářová, 2007, s. 52- 53).

Pokud je to možné, o použití omezení by měl rozhodovat tým, který o klienta pečuje. Toto omezení vždy indikuje lékař. Výjimkou je situace, kdy hrozí zranění či závažné poškození okolí. Potom toto omezení může indikovat zdravotní sestra, která neprodleně po užití informuje lékaře. Omezení je použito pouze na dobu nezbytně nutnou, většinou než se projeví pozitivní účinek farmakoterapie. Vše se důsledně dokumentuje (Venglářová, 2007, s. 53).

Mezi druhy omezujících prostředků patří fyzické, mechanické a farmakologické omezení. Vždy je nutné personál řádně vyškolit k užití těchto prostředků a personál postupuje šetrně. Fyzické omezení znamená úchopy, držení rukama, sebeobrana. Mechanické omezení znamená užití kurtů nebo síťových lůžek, izolačních místností a k farmakologickému omezení patří užití léků na uklidnění (Venglářová, 2007, s. 53).

Při užití opatření omezujících pohyb je nutné o klienta či pacienta zvýšeně dbát, zajistit všechny základní potřeby, sledovat fyziologické funkce, dbáme na prevenci negativních důsledků omezení a minimalizujeme psychickou zátěž. Po ukončení omezení klienta nadále zvýšeně sledujeme. V průběhu situace podáváme přiměřené vysvětlení (Venglářová, 2007, s. 55).

„V červenci 2004 MPSV zveřejnilo Metodické opatření pro mimořádné použití klecových lůžek se sítí v zařízeních sociální péče, které mělo pouze ráz doporučení. To označilo klecová lůžka s mříží za nepřijatelná a nastavilo požadavek evidence používání klecových lůžek se sítí. V říjnu 2005 vešla v účinnost novela zákona o sociálním zabezpečení č. 218/2005 Sb. Novela označila užívání prostředků omezujících pohyb osob za nepřijatelné, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou. Dále nastavila povinnost evidence a požadavek souhlasu lékaře s použitím prostředků omezujících pohyb uživatelů.“ (MPSV, Problematika restriktivních opatření, [online])

2. 4 Agrese ve standardech kvality sociálních služeb

Standarty kvality sociálních služeb jsou výsledkem spolupráce MPSV se zástupci odborné veřejnosti, poskytovatelů i uživatelů sociálních služeb v průběhu několika let. K jejich vytvoření se bylo třeba inspirovat standarty kvality sociálních služeb některých evropských zemí, zejména potom Velké Británie. Od 1. Ledna 2007 existuje 15 standardů kvality, které jsou dále rozčleněny do 48 kritérií (Bednář, 2012, s. 55).

Problematikou agrese a restriktivních opatření se zabývá standard číslo 2 Ochrana práv osob, kritérium 2a: *„Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž*

by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod, a pro postup, pokud k porušení těchto práv dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje“ (příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění).

Východiskem tohoto standardu je Listina lidských práv a svobod, která je součástí právního řádu České republiky. Znění této listiny, by měl znát každý občan. Ochrana práv uživatelů sociálních služeb je základní povinností a měřítkem kvality. Mezi jednu z nejrizikovějších oblastí patří také používání restriktivních postupů (Bednář, 2012, s. 67- 69).

Poskytovatelé sociálních služeb musí mít přesně pojmenovány situace, ve kterých může dojít k porušení práv klientů a přesně stanovit opatření, aby k těmto nepříznivým situacím nedocházelo. Má zpracovány postupy pro nápravu. Zároveň má zpracován postupy, pokud k porušení těchto práv dojde. Nejedná se o náhodné situace, ale o situace, které v průběhu poskytování sociální služby mohou nastat. Poskytovatelé tedy popisují, jakým způsobem mají pracovníci postupovat, aby rizikovým situacím předcházeli. Při definování tohoto kritéria poskytovatelé vychází z individuální situace uživatele, míry závislosti uživatelů na dané službě, z délky a druhu poskytování služby, umístění služby, vybavení prostor, personálního zabezpečení, jednotlivých úseků dne, průběhu a způsobu poskytování služby, praxe služby, zkušenosti pracovníků, uživatelů a rodinných příslušníků (Bednář, 2012, s. 69).

3. Senioři

V kapitole o seniorech popisují, kdo jsou senioři, jak se mění chování a jednání seniorů a čím tyto změny v chování mohou být ovlivněny. Poslední podkapitole této kapitoly se věnují faktorům, které ovlivňují a mohou vyvolat agresí u lidí v seniorském věku.

3. 1 Lidé v seniorském věku

Stejně jako mládí, i stáří je součástí našeho života. Je to další vývojová etapa života, která trvá přibližně 30-40 let a bude tedy stejně dlouhá jako mládí a dospělost. Měli bychom si uvědomit, že i přes vyšší věk, se senioři stávají silnou skupinou, která má ve společnosti své uplatnění, nároky, způsob života. Mají svou pro nás cenné zkušenosti, jsou moudří, ale zároveň se potýkají se svými problémy, které jsou ve společnosti často zlehčovány (Sociální práce/Sociálna práca, 2/2018, str. 22). Ve vývojové psychologii za seniory označujeme člověka od 65 let. Proto si zaslouží pozornost nejen seniora, ale i jeho okolí, pomáhajících profesí, státní sociální politiky a veřejného zdravotnictví. Měli bychom myslet na to, že stáří není konec života, ten přináší až smrt. Prodloužení života a vzájemné soužití několika věkových skupin dává prostor k vytvoření nového osobního růstu, kde se budou stírat hranice mezi mládím, dospělosti a stářím. Lidský život bude tedy chápán jako jeden celek života. Neměli bychom podceňovat psychosociální souvislosti, které jsou motivačními prvky pro seniora, aby dosáhl zlepšení fyzického zdraví (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11- 14).

Každý z nás přemýšlí o tom, s kým by chtěl své stáří strávit, jakým způsobem by ho chtěl prožívat a čemu by se chtěl věnovat. Dnešní lékařská medicína nám toto nejenom umožňuje, ale také nám život prodlužuje a s ním i stáří. Je to jen pár posledních let, kdy se však mluví nejen o délce života, ale zaměřujeme se i na jeho kvalitu. A v seniorském věku je obzvláště nutné toto sledovat. Velmi vysokou hodnotou ve stáří je to, že jedinec je samostatný, má možnost spolurozhodovat a je dostatečně finančně zajištěn (Venglářová, 2007, s. 11).

Změny ve stáří lze zařadit mezi významné okamžiky života. Odehrávají se v rovině psychické, sociální i tělesné. Je to propojený systém. Všechny tyto změny s sebou nesou také reakce. Reakce nejen člověka, kterého se tyto změny týkají, ale také reakce okolí. Ne vždy jsou tyto reakce pozitivní a podle těchto reakcí přichází modely adaptace. Konstruktivní přístup, kdy si člověk ještě v produktivním věku připravuje aktivity, které v pozdějším věku rozvine. Někteří lidé si vytvoří závislost na okolí, ale některé situace jsou pro seniora tak náročné, že zaujme nepřátelský postoj (Venglářová, 2007, s. 11- 12).

Dnešní moderní doba také ochuzuje seniory o jejich přirozenost, tedy předávat informace a zkušenosti z generace na generaci. V době internetu a chytrých telefonů již nikdo nechce čerpat

z celoživotních zkušeností seniorů. Mediální kampaně zesměšňují staré lidi, společnost se bez jejich rad obejde. Průzkumy poukazují na to, že staří lidé se cítí odstrčeni a nepotřební, ztrácejí sebedůvěru. Vznikly i nové mýty: stáří je ekonomická zátěž pro společnost, senioři jsou všichni stejní, stáří je nemoc, senioři nemohou naší společnosti přispět (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 11- 14). Je to stereotypní pohled na seniory, který vnímá staré lidi, jako homogenní skupinu bez individuálních rozdílů. Jedná se o pohled, který se nesnaží hledat ve starém člověku pozitivní hodnoty a zaznamenat jeho významnou roli (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 163).

Můžeme i říct, že vlivem společnosti a jejího myšlení trpí mnoho seniorů syndromem vyhoření, v důsledku své role, která je pro společnost nepotřebná, naopak přitěžující (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 13- 14).

Změn ve stáří je opravdu mnoho. Je důležité, aby míra těchto změn byla únosná. Potom se senior na změny lehčeji adaptuje. Pokud změn nastává hodně, je důležité, aby jedinec měl vedle sebe někoho, kdo mu pomůže se s novými situacemi vyrovnat a mohlo dojít k adaptaci na tyto změny. Lze říci, že psychické změny společně se sociálními stěžují seniorům adaptaci na nové prostředí. I odborníci upozorňují na to, že není vhodné, aby se změn v životě dělalo mnoho najednou. Vše má jít postupně. U seniorů tomu někdy nebývá a v jejich životě dochází k mnoha změnám v jeden okamžik. Se změnami přichází hledání nového způsobu života ve stáří. Změny, které se v životě seniora odehrávají, jsou spojené se sebedůvěrou a tím se zvyšují nároky na okolí, může dojít ke změně místa vhodného pro život. Nejlepší variantou se pro seniory jeví život ve společnosti a za podpory své rodiny. Krajním řešením, by měl být život v institucionálním zařízení. V tomto případě je vhodné, aby byla zohledněna lokalita, velikost zařízení, typ poskytované sociální služby a cena za službu. Velkým rizikem, které přichází s přijetím do sociální služby, je ztráta autonomie člověka. Záleží pak na personálu, jak klientovi pomůže překonat tuto obtížnou situaci (Venglářová, 2007, s. 11- 16).

Pokud dojde k situaci, že senior bude umístěn do institucionálního zařízení sociálních služeb, uvádí Holmerová (zakladatelka České Alzheimerovy společnosti) kritéria pro výběr vhodného zařízení a to formou doslovných nebo parafrázovaných otázek. Mohou návštěvy do zařízení neomezené? Cítíme se při návštěvě zařízení příjemně a jsme vstřícně přijímáni? Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty? Jakým způsobem pracovníci s klienty komunikují? Je zařízení uklizené, vypadá dobře, není v něm něco nepříjemného cítit? Jak se personál o klienty stará? Je možné klienta do zařízení umístit pouze „na zkoušku“? Podporují pečující samostatnost klientů? Je v zařízení dostatečné zázemí pro denní aktivity? Je respektována důstojnost klientů? Jsou klienti upravení? Jak personál klienty oslovuje? Vypadají klienti spokojeně, a zda jsou skutečně spokojeni? Jakým způsobem probíhá komunikace mezi

personálem? Jakým způsobem probíhá komunikace mezi personálem a dalšími lidmi (není myšleno klienty)? Tyto otázky nám jasně ukazují, zda personál jedná eticko- profesionálním přístupem (Kutnohorská a kol., 2011, s. 108).

3. 2 Změny v chování a jednání seniorů

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a jeho reakce na situace v životě jsou ovlivněny genetickými dispozicemi, životními zkušenostmi, prostředím. Musíme myslet na to, že se učíme způsobům chování v určitém místě, čase. Při změně prostředí, se způsoby chování mohou stát obtížnými. Mění se také role, kterou člověk v životě zastává a člověk potřebuje pomoc okolí, aby našel své nové místo (Venglářová, 2007, s. 15).

Změny chování souvisí s tělesnými změnami. Ty mají za následek soustředění se na somatický stav. Zdravotní péče je zaměřena na příznaky onemocnění a pacient může mít dojem, že pečující nic jiného nezajímá. Proto může nabízet různé symptomy onemocnění, které mohou symbolizovat potřebu kontaktu. Může také dojít k zintenzivnění některých povahových rysů. Často toto bývá označeno jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Je nutné proto odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševního onemocnění či somatických problémů (Venglářová, 2007, s. 15- 17).

Mnoho studií dokazuje vliv prostředí na zdraví a chování seniorů. Proto by mělo prostředí být přizpůsobeno pro měnící se potřeby starých lidí. Chování je totiž závislé na mnoha faktorech. Interakce mezi prostředím a osobou vede k různému chování a reakcí organismu. Měli bychom předvídat chování podle změn prostředí a zároveň kontrolovat následky jeho změn. Samozřejmě je vhodné, abychom starým lidem zajistili vhodné prostředí, ale co dělají instituce dobře nebo špatně? Výzkumy pracovníků v gerontologii dokázali, že nedostatek možností, nudné a ponuré prostředí, sterilita, denní rutina sloužící především pro personál, bezútešné prostředí, umrtvování iniciativy ze strany klientů, monotónní stravování. Můžeme říci, že převládá nemocniční model. Stává se tak, že na staré lidi nahlížíme jako na pacienty, nemocné lidi. Převládá tak myšlenka, že klienti, kteří jsou umístěni v domovech, jsou lidmi odloženými, nepotřebnými. Nikdo se potom nezajímá o to, jak prostředí na klienty může působit. Některým lidem dokonce jde jen o to, seniory někam umístit. Jako příklad vlivu prostředí na chování člověka si můžeme uvést běžné situace v životě člověka, tedy jinak se člověk chová v kanceláři a jinak doma. V prostředí strohé chladné kanceláře se člověk jinak cítí a jinak chová než doma, kde je obklopen oblíbenými věcmi, uměleckými předměty, pohodlnými lenoškami, s tlumeným světlem a hudbou (Rheinwaldová, 1999, s. 37).

Změny chování seniorů ovlivňuje mnoho faktorů. Nejčastější příčinou změn v chování u seniorů je demence. Demenci rozdělujeme na několik typů a to na atroficko-degenerativní

demenci, ischemicko- vaskulární demenci a symptomatické demence. Do atroficko-degenerativní demence řadíme Alzheimerovu demenci, Parkinsonovu chorobu, korovou nemoc s Lewyho tělísky, demenci u Pickovy choroby a jiných ložiskových mozkových atrofií, progresivní supranukleární obrnu, Huntingtonovu chorobu, olivopontocerebelární atrofii a presenilní gliální dystrofii. Do symptomatických demencí pak řadíme metabolické demence, demence při vitamínových deficitech, demence v průběhu elektrolytového rozvratu, demence při endokrinopatiích, hereditární podmíněné metabolické demence, toxicky podmíněné metabolické demence, demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy (Jirák a kol. 1999, s. 122- 165).

Demence spadá do skupiny duševních poruch. Základní charakteristický rys nezískaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, způsobený mozkovým onemocněním (Jirák a kol. 1999, s. 8). Slovo demence pochází z latinského de- mens, což znamená nerozum, nepřičetnost nebo šílenost.

Nejčastější ze všech demencí je potom Alzheimerova choroba.

3. 3 Ovlivňující faktory agrese u lidí v seniorském věku

V kapitole výše zmiňuji vliv prostředí na starého člověka. Hluboko v lidském podvědomí je uložena potřeba být plně orientován ve svém prostoru a pojí se k mechanismu přežití a duševního zdraví. Z praxe víme, že jedním z evaluačních faktorů duševního zdraví je testování orientace. Pokud v testech vychází, že je osoba dezorientovaná, diagnostikujeme ji jako psychotickou, to znamená trpící ztrátou reality. Nutně však nemusí jít o senilitu, demenci nebo mozkovou poruchu. Může jít pouze o funkční reakce na ochuzené prostředí. Senioři z něho utíkají do sebe a fantazie. To může připomínat psychózu. Prostředí, které je jim nabízeno, v nich toto může vyvolávat (Rheinwaldová, 1999, s. 37).

Jsou ale i další pocity, které stres ze změny prostředí může vyvolávat. Pocity nudy, úzkosti, strachu, osamělosti, nejasnosti. Všechny tyto pocity můžeme ovlivnit. Nejasnost a nejistotu snížíme čitelnými nadpisy, značkami, symboly. Vše rozlišené barvami a světly, což umožňuje ubývající paměti zmapovat okolí. Jasně odlišené chody vedoucí k zavřeným dveřím nebo ke schodišti. Můžeme tak ušetřit seniorům energii a frustraci z bloudění. Mnoho starých lidí nevychází ze svých pokojů. Můžeme jim tak do jejich mikrosvěta dodat auditivní a vizuální stimuly. Ty by se měly obměňovat nebo k nim přidávat další. Klienti by měli mít samozřejmě možnost, si tyto stimuly zvolit samy. Každé jejich přání respektujeme. Také je můžeme podporovat pozitivním nahlížením na svou osobu v sebeúctě. Kompenzujeme jim vlastní fyzické ztráty (zrak, sluch, pohyblivost atd.). Pomáháme jim udržet si co nejdéle pocit, že jsou soběstační

a jsou schopni mnohých činností. To vše pomáhá k motivaci žít, sebeúctě a udržení pocitu Já (Rheinwaldová, 1999, s. 37- 38).

Měli bychom stejně jako u dětí, dbát na to, aby i senioři měli uzpůsobené prostředí svým dovednostem a schopnostem. Dětem také přizpůsobujeme prostředí, pořizujeme jim židličky s bezpečnostními prvky, které jsou snižené, stolky na které se dá připnout táč s jídlem. Dbáme tak o jejich bezpečí a pohodlí. Na seniory v takové míře už nemyslíme. Přitom také potřebují speciálně uzpůsobené prostředí, které je chrání a vytváří jim pocit bezpečí, ale také pocit maximálního komfortu a soběstačnosti. Z měkkých a nízkých pohovek se starým lidem těžko vstává, k nízkým skříním se těžko ohýbají, nedosáhnou příliš vysoko, nepřečtou malé nápisy, kliky oken, dveří a kohoutků jsou těžko manipulovatelné ztuhlými nebo polochromými prsty, kolečková židle nemá brzdy. To vše zvyšuje u starých lidí stres a frustraci. Proto bychom měli myslet na to, aby prostředí pro starého člověka bylo co nejvíce přizpůsobené jeho potřebám a schopnostem. Život se pro seniora může stát hodnotný a stává se tak příjemnou alternativou po životě ve vlastním domově (Rheinwaldová, 1999, s. 37- 39).

Nejčastějším faktorem ovlivňujícím chování v seniorském věku je demence. Ta se projevuje několika způsoby a nese sebou řadu symptomů. Až v polovině případů se u lidí s demencí objevuje bezcílné bloudění, většinou založené na patologickém podkladě. Příčiny bloudění jsou dezorientace, zpočátku v neznámém prostředí a v pokročilejším stádiu demence ve známém prostředí. Další příčinou je jakákoliv změna v zavedených stereotypech, poruchy paměti, separační anxieta, hledání někoho nebo něčeho, co může být pro seniora v danou chvíli důležité, přání může být reálné, ale nemusí. Další příčinou je spánková inverze. To znamená, že senior má přehozený denní rytmus a spí během dne a v noci už nepotřebuje tělo odpočinek. Jednou z posledních příčin jsou neuspokojené základní potřeby, uvedené v Maslowově pyramidě potřeb (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 21- 22).

Maslowova pyramida potřeb se skládá ze sedmi stupňů druhů potřeb, které jsou pro člověka a jeho spokojenost důležité. Jejím principem je, že pokud jeden ze stupňů není naplněn a uspokojen, nemohou být uspokojeny stupně nad touto potřebou, může dojít k frustraci, která se při dlouhodobém neuspokojení může přesunout k deprivaci až depresi. Na nejnižším stupni jsou umístěny fyziologické potřeby. Mezi tyto potřeby spadá hlad, žízeň ale i sexuální potřeby. Na druhém stupni se nachází potřeba jistoty a bezpečí. Dalším stupněm je potřeba sounáležitosti a lásky, o stupeň výš se nachází potřeba uznání a posledním stupněm je potřeba seberealizace. Rozšířená pyramida potřeb má mezi stupněm potřeby uznání a potřeby seberealizace ještě dva druhy potřeb. Jimi jsou kognitivní potřeby a estetické potřeby. Kognitivní potřeby jsou potřeby vědět, rozumět a zkoumat, mezi ty estetické pak řadíme potřeby sympatie a krásy. Celá pyramida

funguje tak, že potřeby uspokojujeme od nejnižšího stupně postupně k tomu nejvyššímu (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 49-50).

Mezi tyto neuspokojené potřeby spadá výskyt tělesných nemocí, tělesný dyskomfort, chronické bolesti, pocit žízně, hladu a další tělesné příčiny. Bloudění může být samozřejmě způsobeno i špatným dávkováním léků, které se pak projevuje hlavně v noci (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 22).

Agrese se objevuje u lidí se zhoršenými kognitivními funkcemi, vlivem špatné medikace, vlivem prostředí, ale také vlivem premorbidní osobnosti (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 23).

Další faktory ovlivňující agresi u seniorů by se dali zařadit do oboru psychiatrické medicíny. Patří sem bludy, halucinace, poruchy nálad, poruchy spánku a psychotické příznaky.

„Definice bludu: blud je chorobná myšlenka, která vzniká na chorobném základě, má vliv na jednání a je nevyvratitelná“ (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 27). Bludy jsou většinou zaměřené paranoidně vůči druhým lidem. Projevují se například tím, že senior začne rodinu nebo pečující osoby podezírat z krádeží, má pocit, že ho chtějí zlikvidovat, není výjimkou, že senioři začnou tvrdit, že dům, ve kterém žijí, není jejich domem, partnera podezírá z nevěry apod. (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 27).

U středně těžkých a těžkých stádií demence se mohou objevit halucinace. Nejčastěji to jsou halucinace zrakové a ty se projevují tak, že senior vidí osoby, které nejsou přítomné. Méně časté jsou pak halucinace sluchové (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 28). Definice halucinace: *„Halucinace je porucha vnímání. Je charakterizovaná tím, že jedinec vnímá něco, co není“* (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 28).

K základním příznakům demence patří paranoidita neboli podezíravost. Vzniká na základě špatné interpretace reality, vlivem kognitivních poruch. Člověk, který trpí těmito poruchami, má problém s nalézáním a ukládáním svých věcí. Pokud trvale předměty nenachází, je přesvědčen, že mu je ostatní berou. Napadá tak své okolí nejčastěji verbálně a hledá vysvětlení. Toto chování je nepříjemné pro celé okolí klienta. Narušují se vztahy, dochází k prožívání pocitů nespravedlnosti (Venglářová, 2007, s. 60- 62).

U lidí seniorů s depresí nebo demencí se také objevuje agitovanost. Dalo by se říct, že agitovanost je předstupeň agrese. Agitovanost u člověka poznáme vcelku jednoduše. Člověk je neklidný, rychle a bezcílně přechází po místnosti, opakovaně kontroluje věci či jednání druhých, bezúčelně se snaží vykonávat činnosti doma nebo na zahradě (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 23).

4. Sociální pracovník

V kapitole rozebírám a popisuji, kdo je v zákoně o sociálních službách definovaný, jako sociální pracovník. Jaké jsou předpoklady pro výkon tohoto povolání, jakým způsobem by měl sociální pracovník s klienty jednat a jak by se k nim měl chovat. Nakonec popisuji, jaká sociální práce se seniory je, v čem jsou její specifika.

4.1 Kdo je sociální pracovník

„Sociální práci definujeme jako odbornou disciplínu, která se profesionálním způsobem, s použitím speciálních pracovních metod, zaměřuje na řešení problémů jednotlivce, rodin či celých skupin klientů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv, sociální spravedlnosti a občanské společnosti“ (Kutnohorská a kol., 2011, s. 25).

V české legislativě je přesně ukotveno, kdo je sociální pracovník včetně předpokladů pro výkon této profese. Zákon 108/2006 Sb. nám říká, že *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“* (§109 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Zastrow (1995) uvádí praktické cíle sociální práce, které navazují na popis sociálního pracovníka. Na těchto cílech se shodlas Americká asociace sociálních pracovníků. Zastrow tedy definoval tyto cíle: podporovat schopnosti klienta tak, aby byl schopný řešit problémy, adaptoval se na nároky a dále se vyvíjel, poskytnout a zajistit klientovi kontakt s dalšími organizacemi, které pro něj mohou být přínosné a mohou pomoci v řešení problémů, podporovat pomoc, která je humánní a efektivní a dále rozvíjet a podílet se na zlepšování sociální politiky ve státě.

4.2 Předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník je člověk, který musí být schopen reflektovat skutečnost. Je to člověk, který dává, když ví, co může nabídnout. Etický přístup pak předpokládá, že má schopnost porozumět klientovi, dokáže ocenit klientův přístup a jeho myšlení v dané situaci. Sociální pracovník dokáže vymezit a dodržet rozsah pomoci, který klient žádá. Měl by umět vidět další souvislosti případu, který řeší (Kutnohorská a kol., 2011, s. 11). Jinými slovy by se také dalo říct, že je to člověk, který zprostředkovává sociální služby osobě či osobám, které je potřebují (Matoušek a kol., 2007, s. 47).

Sociální pracovník nesmí zapomínat respektovat jedinečnost každého klienta, klienti by se měli volně a svobodně vyjadřovat, pracovník respektuje klienta takového, jaký je. Pracovník své

klienty nemoralizuje, respektuje právo svobodně se rozhodnout a má empatický přístup (Kutnohorská a kol., 2011, s. 77).

Pracovník dbá na to, aby vztah mezi ním a klientem byl pozitivní. Pracovník nesmí opomíjet věk, pohlaví, vzdělání klienta, prostředí, ze kterého vychází, okolnosti případu, zda klient o pomoc požádal sám, zda je předpoklad dobré spolupráce. Nového klienta seznámí s funkcemi a pravomocemi pracovníka. Pracovník jedná klidně, měl by si svým jednáním udržet autoritu zároveň určitý odstup, jedná taktně a cílevědomě. Rozhovor s klientem by měl být předem připravený a měl by směřovat k jasnému cíli. Nesmí opomíjet diskretnost, členy klientových sociálních skupin (rodina, přátelé atd.). Kontakt s klientem je také potřeba vést ve vhodnou denní dobu, vzhledem k jeho životnímu stylu. Je nutné se vyvarovat unáhleným slibům (Kutnohorská a kol., 2011, s. 76- 79).

Podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně §110. Zákon nám říká, že sociální pracovník má být plně svéprávný, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Bližší specifikaci najdeme v uvedeném zákoně.

4. 3 Zásady chování při jednání s klientem

Dobrým vodítkem proto, jaké zásady chování by se měli dodržovat při jednání s klienty, je Etický kodex sociálních pracovníků. Nebudu ho zde více popisovat, protože jsem se mu věnovala již v kapitolách výše a jeho úplné znění je v příloze mé práce.

Každý sociální pracovník se ke klientovi chová zdvořile a slušně, musí si uvědomit složitost jeho životní situace. Jeho přístup by měl být odpovědný a empatický a měl by vykazovat určitou komunikační zručnost (Kutnohorská a kol., 2011, s. 50). Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem by měl být postaven na důvěře, porozumění a pocitu bezpečí (Kutnohorská a kol., 2011, s. 54).

Pracovníci pomáhajících profesí by měli být schopni se empaticky vžít do klientových problémů. Pokud budeme mluvit o klientech seniorech, měli by si umět představit, co prožívá stárnoucí jedinec. Ten si v tuto chvíli uvědomuje, že stárne, větší díl jeho života je naplněn, zužuje se mu okruh příbuzných a přátel, jeho smrt se blíží, i když v daný okamžik může být ve velmi dobré fyzické i psychické kondici. Starý člověk také vnímá, jak mu den ode dne ubývá sil, šikovnosti a samostatnosti a pomalu začíná být závislý na druhých lidech. Toto vše může vnímat jako degradaci sebe sama ve společnosti (Kutnohorská a kol., 2011, s. 105- 108).

Ke klientům bychom neměli přistupovat s předem vytvořenými předsudky. Pokud se zaměříme na seniory, existuje ve společnosti několik vytvořených předsudků. Starý člověk je tedy považován za neaktivního nebo neproduktivního, jsou předpokládány zdravotní potíže,

především polymorbidita, postupná ztráta soběstačnosti, ztráta funkčních schopností. Jako sociální pracovník bychom se od těchto stereotypů měli oprostit. Hlavně z toho důvodu, že opomíjí veškeré individuální rozdíly (Matoušek a kol., 2010, s. 163).

4. 4 Jak vypadá sociální práce se seniory

Úkolem sociální práce se seniory je, vyvést seniora z bludného kruhu tzv. nezvládání. Mezi toto nezvládání řadíme pokles funkčních schopností a soběstačnosti. Tento pokles omezuje seniora ve schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby, plnit své plány a mít kontrolu nad svým životem, což výrazně ovlivňuje jeho kvalitu života (Matoušek a kol., 2010, s. 163- 164).

Sociální práce se seniory se nevyhne kritickým momentům. Je důležité si tedy uvědomit, že u seniorů nelze oddělit sociální a zdravotní péči, naopak musejí jít spolu ruku v ruce. Oba dva obory se v péči o seniora prolínají, protože zhoršení zdravotního stavu seniora vede ke zhoršené sociální situaci a naopak, ztížená sociální situace má vliv na zdravotní stav těchto klientů. Musíme dbát na kvalitu sociální práce, protože i když klient má např. problém s komunikací, musí být sociální pracovník vybaven takovými schopnostmi a dovednostmi, které mu pomohou s navázáním kontaktu s klientem seniorem. Je důležité, aby mezi pracovníkem a seniorem byl navázán vztah, který se opírá o důvěru a tím vytváří pocit jistoty a bezpečí. Pocit jistoty a bezpečí patří mezi základní potřeby starých lidí. Nesmíme ani zapomínat na to, že práce se starými lidmi v sobě zahrnuje i práci s jeho rodinou a okolím (Matoušek a kol., 2010, s. 164).

5. Empirická část

V empirické části své diplomové práce se budu věnovat popisu kvalitativního a kvantitativního výzkumu, který se zaměřil na to, zda se sociální pracovníci setkávají s agresivními klienty seniory, v jakém typu organizací nejčastěji a jakým způsobem pracují s agresivními klienty v seniorském věku. Cílem bylo, abych zjistila, jak moc se sociální pracovníci drží metodiky své organizace v tomto etickém problému. Chtěla jsem především prozkoumat, zda sociální pracovníci s uvedeným postupem souhlasí či nikoliv. Pokud ne, z jakého důvodu a jakým způsobem při řešení problému, konfliktu postupují. Osobně si myslím, že zkušenosti jednotlivých pracovníků mohou být pro řešení tohoto problému velmi užitečné a mohou být dobrým návodem nebo inspirací pro ostatní. Osobně jsem se s agresivitou seniorů ve své práci setkala a jednalo se vždy o najetí řešení, které nebylo snadné.

Zaměřila jsem se na zjišťování agrese při prvním kontaktu, práci s agresivním seniorem a jakým způsobem sociální pracovníci při jednání s agresivním seniorem postupují a zda je to v rozporu se standardy kvality organizace.

První kontakt se žadatelem o službu jsem zvolila proto, že to může ovlivňovat veškerou budoucí spolupráci s pracovníkem a celou organizací. Osobně si myslím, že je to nejdůležitější kontakt. Můžeme na žadatele o službu udělat pozitivní, ale i negativní dojem a tím už je ovlivněno jeho vnímání o dané organizaci. Při sociálním šetření by měl sociální pracovník získat co možná nejvíce informací o žadateli o službu.

Na jednání s agresivním seniorem jsem se zaměřila hlavně z toho důvodu, abych získala přehled o tom, jak moc sociální pracovníci vycházejí ze svých osobních zkušeností, jak moc do jednání projektují své vlastnosti a schopnosti a také proto, abych mohla porovnat jejich postupy se standardy kvality sociální služby, ve které jsou zaměstnaní.

Dotaz na metodiku byl jasný. A to hlavně z toho důvodu, abych si ověřila, zda sociální pracovníci metodiku organizace znají a zda se jí drží. Pokud by se sociální pracovníci a ostatní zaměstnanci metodiky nedrželi, mohlo by se jednat o nekvalitní sociální službu.

Každý z nás je individualita a může mít dobré nápady pro řešení obtížných konfliktních situací, ať v osobní rovině, či profesionální. Konflikt sám o sobě je pro každého z nás obtížný, pro někoho nepřekonatelný problém, a pokud máme agresivní klienty, ke konfliktním situacím může docházet často. Velmi také záleží na osobnosti každého z nás, každý máme jiné zkušenosti, jinou míru trpělivosti, s každým klientem sympatizujeme jinak. Sympatie by měly v profesionálním životě jít stranou, ale ne vždy se nám to zadaří.

Ve výzkumu mě také zajímalo, zda agresi klienta řeší v týmu a z jakých odborníků se tento tým skládá.

5. 1 Výzkumná strategie

Na první část výzkumu jsem použila kvantitativní strategii. Cílem bylo zjistit, zda se sociální pracovníci s agresí u klientů seniorů setkávají či nikoliv a v jakém typu zařízení nejčastěji. Tato strategie byla vhodná, protože „*Kvantitativní výzkum předpokládá, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit a předpovídat*“ (Hendl, 2016, s. 42).

Abych mohla vyhodnotit své další stanovené cíle, na další část výzkumu jsem využila kvalitativního pojetí, protože „...*posláním kvalitativního výzkumu je, porozumění lidem v sociálních situacích*“ (Disman, 2000, s. 289). Jinými slovy, kvalitativní výzkum nám pomáhá rozumět zkoumané realitě (Disman, 2000, s. 291). Tato strategie byla pro můj výzkum vhodná, protože bylo potřeba porozumět jednání sociálních pracovníků.

Jednání jednotlivých pracovníků může být subjektivní a to se nedá převést do čísel. Nelze také přesně říct, zda pracovníci jednají správně nebo špatně, protože neexistuje jediný správný postup, pro jednání s agresivním klientem, ale existuje několik možných a vhodných řešení. A to je také nevýhodou kvalitativního výzkumu. Nemůžeme určit jednotný postup, pro jednání s agresivními seniory, protože každá situace je jiná, každý klient i pracovník jsou jiní. V životě se setkáváme s tím, že čtyři lidé v jedné situaci reagují čtyřmi různými způsoby.

5. 2 Vymezení cíle, stanovení výzkumných otázek

Cílem mé práce bylo zjistit, jak sociální pracovníci postupují při kontaktu s agresivním klientem v seniorském věku. Jaký mají názor na metodiku organizace, konkrétně na postupy při jednání s agresivními klienty. K dosažení výzkumného cíle byly stanoveny výzkumné otázky a to tak, aby plnily základní funkce, kterými jsou pomoc zaostřit výzkum tak, aby výsledky byly v souladu se stanovenými cíly a ukázaly jak výzkum vést (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 69).

Abych dosáhla výzkumného cíle, položila jsem si tyto otázky:

1. Zda se sociální pracovníci při sociálním šetření na projevy agrese u žadatele služby dotazují a jak s touto informací dále nakládají
2. Jak jednají sociální pracovníci v kontaktu s agresivními klienty
3. Jak se jejich postup liší proti metodice dané organizace
4. Proč nesouhlasí s daným postupem v organizaci

Díky těmto položeným otázkám jsem zkoumala, jakým způsobem sociální pracovníci jednají s agresivními klienty. Zda znají metodiku své organizace, zda se metodika organizace mimo jiné etickému problému agresivních klientů věnuje nebo při řešení problému dají na svou intuici a zkušenosti.

5. 3 Operacionalizace hypotéz

V empirické části svého výzkumu jsem si musela i stanovit hypotézy, pro vyhodnocení první části mého dotazníku a to tak, aby měření bylo validní a spolehlivé. Na základě teorie se provede dedukce a za předpokladu, že určité tvrzení platí, očekáváme, že výzkumem nalezneme vztah mezi dvěma proměnnými (Hendl, 2016, s. 42).

Pro stanovení hypotéz jsem vycházela z těchto teoretických poznatků. Höschl, a kol. (2004, s. 166) popisují, že většinu agresivního chování pozorujeme u lidí ve věku 15- 25 let. Vzhledem k cílové skupině lidí, se kterou respondenti pracují, lze předpokládat, že se s agresivním chováním u seniorů budou setkávat ojediněle.

Matoušek a kol. (2010, s. 164) uvádí, že sociální změny představují pro seniory větší zátěž, což je i jeden z ovlivňujících faktorů agresivního jednání. Mezi tyto sociální změny patří umístění do domova pro seniory. Proto bylo logické předpokládat, že s agresí se budou sociální pracovníci setkávat více v domovech pro seniory než na úřadech práce či v pečovatelských službách.

Toto mohu potvrdit i ze své vlastní praxe, kdy jsem pracovala v domově pro seniory, kde jsme se s agresivním chováním u seniorů potýkali. Mám i dvouletou zkušenost z pečovatelské služby, kde jsme se s agresivním chováním u lidí v seniorském věku nesetkávali. Agresivně se chovali spíše mladší klienti a to kolem 40. roku života. Vždy se však jednalo o ojedinělé případy a agresivní chování či jednání nebylo pravidlem, ze strany našich klientů. Více jsem se setkávala s útočným jednáním ze strany rodinných příslušníků našich klientů.

Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu jsem si stanovila takto:

1. Větší procento sociálních pracovníků se s agresí u seniorů v rámci své práce nesetkává
2. S agresivním chováním u lidí v seniorském věku se setkávají více sociální pracovníci pracující v pobytových zařízeních a terénních službách než sociální pracovníci pracující na úřadech práce.

Vyhodnocení cílů a hypotéz provedu v kapitole Shrnutí výsledků a diskuze.

5. 4 Metoda získávání dat

Metodu sběru dat jsem zvolila dotazník s uzavřenými a otevřenými otázkami. Vzhledem k tomu, že jsem kombinovala kvalitativní a kvantitativní typ výzkumu, bylo toto vhodné řešení.

Dotazník jsem si předem připravila a oslovovala jsem jednotlivé respondenty pomocí elektronické pošty. Vzhledem k tomu, že se jednalo o dotazník, snažila jsem se, aby otázky byly konkrétní a položené tak, aby se na ně dalo jednoznačně odpovědět a nezatěžovala jsem tak sociální pracovníky příliš dlouhými odpověďmi.

Dotazník měl úvodní popis, kde jsem vysvětlovala, jaký je cíl mého výzkumu a jakým způsobem mají na dotazník odpovědět. Zdůraznila jsem anonymitu výzkumu.

Abych dokázala odpovědět na jednotlivé otázky a potvrdit hypotézy, položila jsem následující otázky.

Pro ověření *hypotéz* jsem využila otázky uzavřené:

V jaké organizaci pracujete?

Setkáváte se při své práci s agresivními klienty v seniorském věku?

Pro oblast *získávání informací o agresivním jednání* jsem zvolila otázky:

Při prvním kontaktu s klientem a jeho rodinou, dotazujete se na projevy agrese? Jakým způsobem?

Pokud získáte informaci, že se agrese u žadatele o službu objevila, jak s touto informací dále nakládáte?

Pro postup při *jednání s agresivním klientem* jsem se ptala:

Jak postupujete, při jednání s agresivním klientem?

Jakým způsobem při projevech agrese postupuje ostatní personál?

Řešíte agresi klienta v týmu? Z jakých odborníků se tým skládá?

Pro zjištění *porušení postupů práce* jsem zvolila otázky:

Je Vámi uvedený postup v metodice vaší organizace? Pokud ne, popište postup z metodiky.

Souhlasíte s postupem v metodice vaší organizace? Pokud ne, proč?

5. 5 Výzkumný vzorek

„Při použití účelového výběru musí výzkumník jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje“ (Disman, 2002, s. 113). Vzhledem k tématu mé diplomové práce a vzhledem ke zkoumaným cílům byli vybíráni sociální pracovníci jednotlivých sociálních služeb. Abych mohla porovnat agresivní chování u seniorů v jednotlivých typech sociálních služeb, zaměřila jsem se na pobytové sociální služby, terénní sociální služby a úřady práce. V dotazníkovém šetření jsem už nerozlišovala rozdíl mezi domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. „Výběr zkoumaných jednotek ve statistickém šetření nebo experimentu má zajistit možnost zobecnění výsledků na populaci, z níž jednotky pocházejí“ (Hendl, 2016, s. 152). Při ohledu na téma diplomové práce byla předem daná struktura výzkumu. „Výběr jednotlivých zkoumaných případů se orientuje na jejich rovnoměrné zastoupení v jednotlivých bodech výběrové struktury“ (Hendl, 2016, s. 153).

Výběr jsem provedla na základě účelového výběru, který je založen na úsudku výzkumníka podle toho, co zkoumá a co je možné pozorovat a sledovat (Disman, 2002).

Výběr respondentů tedy probíhal na základě těchto kritérií:

Organizace, které pracují se seniory- na internetovém prohlížeči jsem si našla sociální služby, které v cílové skupině uživatelů služeb mají uvedené klienty ve věku od 65 let a oslovila jsem jejich vedoucí sociální pracovníky. Dále jsem oslovila vedoucí pracovníky úřadu práce a to oddělení, které poskytuje dávky seniorům. Zaměřila jsem se na oddělení poskytující příspěvky na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že se jedná o porovnání práce s agresivním chováním dle standardů kvality sociálních služeb, neoslovovala jsem sociální pracovníky ve zdravotnických zařízeních.

Sociální pracovníky, kteří měli uvedený kontakt na elektronickou poštu- vzhledem k náročnosti výzkumu a zkoumaného vzorku, jsem mohla oslovit pouze ty vedoucí sociální pracovníky, kteří měli na internetu uvedený kontakt na elektronickou poštu.

Celkem jsem oslovila 496 sociálních pracovníků. Zpět se mi vrátilo 135 vyplněných dotazníků, se kterými jsem dále pracovala.

5. 6 Analýza dotazníků

V první fázi jsem si rozdělila dotazníky na to, zda se sociální pracovníci setkávají v organizaci s agresivním chováním u klientů seniorů či nikoliv. Toto bylo důležité pro zodpovězení první stanovené hypotézy. V další fázi jsem pracovala již jen s dotazníky těch respondentů, kteří se s agresivním chováním ve svém zaměstnání u lidí v seniorském věku setkali. Ty jsem si rozdělila na jednotlivé druhy poskytovaných služeb, abych tak mohla vyhodnotit druhou stanovenou hypotézu, která zněla, že *„S agresivním chováním u lidí v seniorském věku se setkávají více sociální pracovníci pracující v pobytových zařízeních a terénních službách než sociální pracovníci pracující na úřadech práce“*.

Dotazníky, u kterých oslovení respondenti odpověděli, že se setkávají s agresivním chováním u lidí v seniorském věku, jsem následně kódovala a převedla do jednotlivých oddílů, abych v něm mohla hledat shody. Tyto nalezené shody jsem identifikovala a pojmenovala, provedla jsem tedy identifikaci dat. V jednotlivých dotaznících jsem hledala shody a odpovědi, které měly stejný význam, protože se respondenti někdy opakovali. Na základě těchto podobností jsem vytvořila oblasti a v získaných odpovědích respondentů jsem mohla dojít k naplnění výzkumné otázky (Miovský, 2006, s. 219).

Z celkového počtu oslovených respondentů, jsem dále pracovala se 135 vyplněnými dotazníky. Návratnost dotazníků tedy byla 27,2 %.

Po následném rozdělení mi vyšlo, že 64 (47,4 %) respondentů pracuje na úřadu práce, 53 (39,3%) respondentů v pobytové sociální službě a 18 (13,3%) respondentů v terénní sociální službě. Z tohoto počtu respondentů mi po dalším rozdělení, zda se setkávají s agresivními lidmi v seniorském věku, vyplynulo, že jen 8 (5,9%) respondentů se ve svém zaměstnání setkali s agresivními lidmi v seniorském věku. Z těchto 8 respondentů bylo 8 (100%) respondentů, kteří pracují v pobytových sociálních službách, 0 (0%) respondentů, kteří pracují v terénních sociálních službách a 0 (0%) respondentů, kteří pracují na úřadu práce.

Další analýza již vyplývá z odpovědí respondentů pracujících v pobytové sociální službě. Odpovědi respondentů jsem neupravovala, přepsala jsem je přesně tak, jak mi je zaslali vyplněné v dotaznících.

5. 6. 1 V rámci sociálního šetření se dotazujeme na agresivní chování žadatele o sociální službu

První co mě v dotazníkovém šetření zajímalo, bylo, zda se sociální pracovníci při prvním kontaktu s žadatelem o službu, dotazují na agresivní chování a projevy agrese. Cílem bylo zjistit, jakým způsobem se na toto chování dotazují a jak s touto informací dále nakládají. V tomto okruhu jsem z odpovědí respondentů identifikovala data a přiřadila jim následující označení: sociální šetření, dotazníková metoda, ovlivňující faktory.

Všichni respondenti se shodli na tom, že se svých zájemců o službu ptají na agresi. Tento dotaz je vznesen při prvním sociálním šetření. To pak mohou využít při dalších kontaktech. Většina respondentů má své vlastní dotazníky, případně formuláře, do kterých jejich zájemci o službu, popřípadě rodiny žadatelů o sociální službu zapíší, zda jsou agresivní, případně kdy se agrese projevuje. Toto je pak přílohou žádosti o umístění do sociální služby. Během sociálního šetření zjišťují, jaké faktory ovlivňují agresivní chování u žadatelů o službu. Tuto informaci zaznamenají a dále předávají ostatním pracovníkům v organizaci, aby bylo možné takovému chování předejít.

R1: „Dotazujeme se, jak a v jakých chvílích se agrese projevuje.“

R2: „Ano, při sociálním šetření. Ve formuláři vyjádření lékaře je dotaz na agresi, je to příloha k žádosti.“

R3: „Zjišťují, co agresi vyvolává (podněty zvenčí, určitý rodinný člen, tabu témata, direktivní přístup, zda není způsobena onemocněním, nebo sníženou orientací v situacích, kdy se klient neorientuje v tom, co se s ním děje (např. při koupání, manipulaci) a jeho agrese (rozmachování rukama, pevné držení, škrábání, křik, nadávky) je pouze projevem strachu a nejistoty.“

R4: „První kontakt je sociální šetření, kdy se klienta ptám na denní rituály a co přes den dělá. Pozeptám se, zda se u klienta neprojevuje nějaká agrese. Tuto otázku podávám, pouze pokud je zmínka o agresi

ve zdravotní zprávě. Za prvé se zeptám rodiny, co u klienta podporuje agresi. Za druhé, kdy se agrese vždy objeví (např. jestli když klienta probouzí, nebo když mu několikrát vysvětlují nebo zda se agrese objevuje a neví se příčina).“

R6: *„Při sociálním šetření se dotazujeme na chování a s tím souvisí i agrese. Informaci dále předáváme personálu a dotazujeme se na to, v jakých konkrétních případech se toto stává- snažíme se zjistit důvod agrese, abychom tomu předešli. Dotazujeme se na odbornou péči- např. zda klient navštěvuje psychiatra.“*

R7: *„Při sociálním šetření dotazníkem. Informaci dále předáváme personálu a dotazujeme se na to, v jakých konkrétních případech se toto stává.“*

R8: *„Při sociálním šetření dotazníkem. Klasický dotaz, rodina většinou když už je agrese zlehcuje problém.“*

5. 6. 2 Klienta se snažíme uklidnit

Abych mohla porovnat, zda sociální pracovníci postupují podle metodiky organizace, ve které jsou zaměstnaní, položila jsem jim následující otázku: *„Pokud se setkáte osobně s agresivním klientem seniorem, jak postupujete? Jakým způsobem, při projevech agrese postupuje ostatní personál?“*

Z těchto otázek mi vyšla data s následujícím označením: metodika, uklidnění.

Respondenti shodně popisovali postup při jednání s agresivním klientem s ohledem na metodiku dané organizace. Nejenom respondenti, ale i ostatní zaměstnanci se těmito pravidly při jednání s agresivním klientem řídí.

Dle dotazníkového šetření, mnoho sociálních pracovníků spoléhá na zklidnění klienta. Snaží se o to různými způsoby, většinou tento postup mají uvedený v metodice organizace, tedy standardech kvality sociálních služeb.

R1: *„Snažíme se jej uklidnit a následně dle postupů stanovených zařízením. Ostatní personál postupuje dle postupů práce, zklidnění, v případě neúspěchu voláme Polici ČR.“*

R2: *„Postupujeme podle metodiky organizace. Nepodlébat časovému stresu, přivolat SZP. Nabídnout uživateli místo k sezení, pití. Nabízet možnost rozhodnutí, volby, dohody, spolupráce (služby psychologa, hledat možná řešení, ale neslibovat, co nelze splnit). Nečinit nátlak, nabízet možná řešení, možnost rozhodnout se v maličkostech. Podporovat srozumitelnou, výstižnou komunikaci bez emocí. Využívat odpoutávací techniky (odvedení pozornosti jiným směrem).“*

R3: *„Já se snažím hledat cesty, jak agresi předejít, odsunout, odlákat pozornost. Každý klient je individualita a každý vyžaduje jiný přístup, od kolegiálního přes žoviální až po úřední či takový, kdy klient potřebuje nabít pocit nadřazenosti. Dopřeji klientovi takové jednání, aby byl spokojen a spolupracoval dobrovolně a mohl se v dané situaci orientovat a zklidnit. Pokud žádné alternativní přístupy nezaberou, nastupuje psychiatr a medikace. Opravdu těžké případy agresivity neznám, protože jsme pobytové zařízení běžného typu a takový klienti jsou mimo naši cílovou skupinu. Ostatní personál pracuje dle metodiky, dle selského rozumu a dostupných*

možností, dle předešlé zkušenosti s klientem či pokynů rodiny či psychiatra. Každá taková agrese je zapsána do záznamu o péči, stejně jako její řešení. Metodiku máme přímo na jednání s agresivním klientem, popsány jsou znaky a projevy agrese, její možné příčiny a způsoby jakými by měl zaměstnanec reagovat, jak projevy agrese mírnit. Snažíme se hledat cesty, jak agresi předejít, odsunout. Omlouvám se, ale přesné znění metodiky nemohu citovat.“

R4: „Pokud máme klienta v domově, postupujeme tak, že upozorňujeme na jeho chování vůči např. personálu, klientům domova, atd. Pokud je klient nadále agresivní, jsme nuceni mu dát první vytýkáací dopis (za 3 vytýkáací dopisy můžeme s klientem ukončit službu). Tyto podmínky klient podepisuje ve smlouvě při nástupu, že nesmí porušit domovní řád a my ho máme uvedený ve standardech kvality. Také doporučujeme klienta k psychiatrickému lékaři, popřípadě lékař doporučí psychiatrickou léčbu. Všechn personál postupuje podle metodiky a po usnesení multidisciplinárního týmu. Tento postup máme uvedený pro agresivního klienta. Ve standardech kvality máme taky popsán postup při jednání s agresivními členy rodiny klienta.“

R6: „Snažím se bo svým klidným chováním a pochopením uklidnit a informuji zdravotnický personál. Dle metodiky organizace. Postup máme uvedený ve standardu kvality č. 14- nouzové a havarijní situace- ublížení, obrožování, obtěžování, agresivní chování. Postup je následující. Pokus o uklidnění uživatele a situace. Informování klientů na patře, aby se neúčastnili sporu- osobně nebo rozhlasem. Operativně řešit dle vážnosti situace volat rychlou záchrannou službu 155, Policii ČR. Prevence- vhodný výběr klientů s ohledem na cílovou skupinu uživatelů, zajištěná psychiatrická léčba, nabízení vhodných volnočasových aktivit klientům.“

R7: „Dle metodiky organizace. Probíhá to v rámci řešení s týmem.“

R8: „Podle metodiky. Uklidnění, pokud to jde nebo zavolání policie nebo záchranné služby- toto není uvedeno v metodice. Pokud je to nutné znehybnění seniora. Přivolání lékaře- podání uklidňujících prostředků. Další řešení s psychiatrem. Administrativa- nahlášení na krajský úřad. Ostatní personál postupuje s ohledem na svou bezpečnost a agresi nahlásí vrchní sestře a ošetřujícímu personálu.“

Jejich postupy práce s klientem v agresi, byly jasně popsány v metodice organizace, tedy ve standardech kvality.

R1: „Ano.“

R2: „Ano.“

R3: „Ano.“

R4: „Ano.“

R6: „Ano ve standardu kvality číslo 14.“

R7: „Ano ve standardech kvality.“

R8: „Ano.“

5. 6. 3 Se standardy kvality v organizaci souhlasíme

I přes to, že respondenti uváděli, že jejich postup práce s klientem v seniorském věku, který je agresivní, vychází ze standardů kvality sociálních služeb, které jsou popsány v metodice organizace, položila jsem jim otázku, kde se jich ptám, zda s uvedeným postupem souhlasí. Chtěla jsem tak zjistit názor pracovníků na metodiku organizace. V těchto otázkách jsem našla tyto kódy: souhlasím, připomínky, multidisciplinární tým.

Respondenti se shodli, že s metodikou organizace souhlasí, neměli by připomínek, nenavrhují jiné postupy práce při jednání s agresivním klientem. Vyhovuje jim, jaké postupy jsou v metodice organizace uvedeny.

R1: „*Ano.*“

R2: „*Ano.*“

R3: „*Ano souhlasím. V metodice jsou popsány základy slušného jednání a základní způsoby reakcí, ale závisí hodně i na osobnosti zaměstnance a jak si tyto pokyny přebere, neexistuje uniformní návod jak řešit každou agresi.*“

R4: „*Ano souhlasím.*“

R6: „*Myslím, že je správný a postupujeme dle něj.*“

R7: „*Ano.*“

Jen jeden respondent zmiňuje své připomínky k metodice, dle které mají postupovat při jednání s agresivním klientem. Je důležité ho zde zmínit. Ani v životě se nesetkáme s tím, že by 100% našeho okolí souhlasilo s něčím, co je dané nebo psané. Tento respondent měl připomínky k uvedeným postupům v jeho organizaci a neměla bych je opomenout.

R8: „*Mám k tomu připomínky. Oddělení od ostatních klientů- není vyčleněná bezpečná místnost. Znehybnění- dle prodělaného školení je nutná účast minimálně 4 členů personálu- na noční směně jsou jen 2 členové personálu.*“

Mnoho respondentů uvedlo, že pracují v týmech. Řeší etické problémy a hledají řešení, které je pro obě strany, klienta a organizaci, nejméně bolestivé a přijatelné. Tento tým nastupuje ve chvíli, kdy se agresivní chování klienta opakuje nebo stupňuje. Popsali mi, z jakých odborníků se jejich tým skládá. Složení týmu se v jednotlivých organizacích lišilo. Všechny organizace na svých týmových poradách neuvádějí ředitele organizace, lékaře, psychiatra a aktivizační pracovníky.

R1: „*Agresi klienta řešíme v týmu. V týmu je vedoucí sociálně zdravotního úseku, sociální pracovníce, vedoucí konkrétního domova, následně je obeznámen veškerý personál poskytující přímou péči uživateli.*“

R2: „*Máme v organizaci tým, který je složený ze zdravotnického personálu a tam řešíme agresivní jednání klientů.*“

R3: „Máme setkání s multidisciplinárním týmem 3x týdně, účastní se všichni vedoucí pracovníci úseků, kterých se to týká. Sestra, sociální pracovníce, vedoucí přímé péče, metodik, aktivizační pracovník, pečovatelky.“

R4: „Agresivní chování řešíme v týmu. Ředitel, vrchní sestra, sociální pracovník, zdravotní sestra, pracovník v sociálních službách a aktivizační pracovník.“

R5: „Máme tým, který se pravidelně schází. Psychoterapeut, zdravotník, pečovatel, sociální pracovník, lékař.“

R6: „Máme pravidelné týmové porady, kdy se účastní ředitelka, vedoucí přímé péče, vedoucí sester, zdravotní sestra, sociální pracovníce a personál přímé obslužné péče.“

R7: „Máme tým, který se pravidelně schází 1x měsíčně.“

R8: „Agresi klienta řešíme v týmu. Náš tým se skládá z vrchní sestry, sociálního pracovníka, ústavního lékaře+ externího psychiatra, ředitele. Pracuje se dle individuálního plánu, kde se agrese zapíše, a plánují se další kroky.“

5. 7 Shrnutí výsledků a diskuze

Výzkum se zabývá tím, jakým způsobem sociální pracovníci pracují s agresivními klienty v seniorském věku v kontextu se standardy kvality sociálních služeb.

Zvolila jsem kombinaci kvantitativního a kvalitativního pojetí výzkumu, jako metodu sběru dat jsem vzhledem k náročnosti zvolila strukturovaný dotazník s uzavřenými a otevřenými otázkami. Celkem jsem oslovila 496 respondentů, pracovala jsem se 135 respondenty. Výzkum probíhal pomocí elektronické pošty, abych mohla oslovit co největší počet respondentů a aby respondenti mohli vyplněné dotazníky odesílat zpět dle mého názoru nejjednodušším způsobem.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak sociální pracovníci postupují při kontaktu s agresivním klientem v seniorském věku. Zda se jejich postupy práce liší od metodiky jejich organizace a zda s metodikou v dané organizaci souhlasí.

I přes to, že větší procento respondentů (72,8%) se vyjádřilo, že se při práci s lidmi v seniorském věku s agresivním chováním nesetkávají, bylo možné zhodnotit postupy práce při jednání s agresivními lidmi v seniorském věku. Tímto jsem si potvrdila hypotézu číslo 1: „Větší procento sociálních pracovníků se s agresí u seniorů v rámci své práce nesetkává“. Osobně toto mohu potvrdit v rámci své praxe v psychiatrické nemocnici, kde se s agresivním chováním u pacientů setkáváme velmi často. Nejčastěji se s agresí setkáváme u lidí mladších 50ti let. Naše nemocnice je pro dospělé lidi, neléčíme děti. O tomto psali i Höschl, Libiger a Švestka (2004, str. 166) a bylo z toho vycházeno při tvorbě hypotéz. S agresivními seniory se setkáváme také. Ale pro seniory máme menší kapacitu lůžek, než pro lidi mladší.

Z výzkumu vyplývá, že 100% oslovených respondentů, pracujících na úřadu práce se s agresivním jednáním u seniorů ve svém zaměstnání nesetkávají. Tím jsem částečně potvrdila

hypotézu číslo 2: „S agresivním chováním u lidí v seniorském věku se setkávají více sociální pracovníci pracující v pobytových zařízeních a terénních službách než sociální pracovníci pracující na úřadech práce“. Z výzkumu také vyplynulo, že v terénních sociálních službách se sociální pracovníci s agresivním jednáním u klientů v seniorském věku nesetkávají. Toto zjištění potvrzuje to, co je uvedené v teoretické části mé diplomové práce, že agresivní jednání u lidí v seniorském věku velmi ovlivňuje to, že jsou vytrženi ze svého domácího prostředí a přesunuti do domovů pro seniory, kde jim toto prostředí je neznámé, mají kolem sebe cizí lidi a tím se může zhoršit i jejich orientace v prostoru. Toto dále může být příčinou vyvolání agresivního chování a jednání. Zmiňuje se o tomto Matoušek (2010), Venglářová (2007), Rheinwaldová (1999), Jirák, Dušková, Malá, Neubauer a Obenberger (1999) a v neposlední řadě i Pidman a Kolibáš (2005).

Výzkumem bylo zjištěno, sociální pracovníci pobytových služeb se na projevy agrese u žadatele o službu dotazují již během prvního kontaktu se žadatelem o službu a to při sociálním šetření. Otázku mají zahrnutou v dotazníku, který mají předem daný organizací pro sociální šetření, kam odpověď žadatele či rodiny služby zadávají. Aby předešli během poskytování služby agresi u klienta, dotazují se také rodiny, kdy se agrese projevuje, v jakých situacích a co ji vyvolává. Tuto informaci zaznamenávají a předají dále ostatnímu personálu.

Sociální pracovníci jednají s agresivním klientem tak, že se ho snaží různými způsoby uklidnit. Postupují dle svých dřívějších zkušeností, snaží se agresivnímu jednání u klientů předcházet, zacházejí s klienty jako s individualitami. Jejich postupy, které uvedly v dotazníkovém šetření, jsou ve většině případů uvedené v postupech organizace a liší se pouze v detailech, jako např. přivoláme Policii ČR nebo záchrannou službu, doporučíme klienta do psychiatrické péče, nahlásí agresivní jednání klienta ošetřujícímu personálu. Každá organizace má postupy práce stanovené jinak a ne všude se postupy lišili od metodiky dané organizace.

V této oblasti jsem se však setkala s respondentem, který mi odpověděl, že pokud se setká s agresivním klientem v seniorském věku, tak odejde. Je toto postup, který by mohl ovlivnit i v budoucnu další chování klienta vůči respondentovi? Nemohlo by to vyvolat spíše další agresivní jednání, protože se v tuto chvíli jedná o neuzavřený konflikt, čímž by se mohla agrese jen podpořit a stupňovat?

Nejvíce mě však překvapilo, že zmíněný respondent nezná metodiku organizace a neví, jak při práci postupuje ostatní personál. Toto mě přivádí k zamyšlení, zda jsem neměla v průvodním dopise dotazníkového šetření vysvětlit, jaké všechny projevy agrese můžeme u klientů zaznamenat a jaké chování agresi značí nebo zda se jedná o organizaci, kde není vyžadováno dodržování postupů práce a standardů kvality.

Podle výzkumu mi vychází, že sociální pracovníci souhlasí s postupy uvedenými v jejich metodice organizace. Objevil se jen 1 případ, kdy sociální pracovník upozornil na nedostatky v postupech, kdy jim k dodržování standardu kvality chybí prostorové a personální zajištění. Toto je důležitá a zásadní připomínka. Vzhledem k tomu, že se jednalo o dotazníkové šetření, nemohla jsem se respondenta více doptat. Určitě by mě zajímalo, zda jsou s připomínkami seznámeni i nadřízení pracovníci a jak na tyto připomínky reagovali, zda plánují jejich zahrnutí do zkvalitňování služby.

U respondentů jsem zaznamenala i to, že pracují v multidisciplinárních týmech. Řeší agresivní chování společně a diskutují, jak dál postupovat při jednání s takovým klientem. Jeden respondent na otázku, jak jednáte s agresivním klientem v seniorském věku, uvedl, že toto záleží na rozhodnutí multidisciplinárního týmu. Škoda, že toto nerozvedl obsáhleji a že nebyla možnost se respondenta doptat, jakým způsobem probíhá první kontakt s agresivním klientem. Je možné, že mou otázku špatně pochopil. Ale toto je jedna z nevýhod dotazníkového šetření.

Složení multidisciplinárního týmu se v jednotlivých organizacích liší. Vzhledem k tomu, že jsem nerozlišovala domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, mohu se domnívat, že je to jeden z důvodů, proč se složení jednotlivých týmů liší. Podstatné však je to, že rozhodnutí o tom, co bude s agresivním uživatelem služby dál, nezáleží jen na rozhodnutí jednoho člověka, ale na rozhodnutí celého týmu. Rozhodnutí pak není ovlivněné subjektivními pocity jednoho člověka, ale vychází snad z objektivní situace. Slovo snad jsem užila proto, že mám osobní zkušenost s tím, že pokud více členů týmu nemá rádo klienta z nějakého důvodu, je rozhodnutí týmu ovlivněno a ne vždy se personál chová podle toho, co je pro klienta nejlepší. Dávají přednost subjektivním pocitům a někdy až vyvíjí tlak na vedení, aby neoblíbený klient byl umístěn co nejdříve do jiného zařízení nebo propuštěn do domácí péče.

Z osobní zkušenosti mohu také zmínit to, že agresivní klient se u personálu rovná neoblíbený klient. Což ovlivňuje i jejich chování ve chvílích, kdy se klient nechová agresivně. Setkala jsem se jen s malým počtem pracovníků, kteří doopravdy zjišťují, co se za agresivním chováním schovává, jakou to má příčinu.

V závěru dotazníku jsem se respondentů ptala, s jakými dalšími etickými problémy se v organizacích potýkají. Nebylo to už předmětem výzkumu, ale mohl by to být podmět ke zpracování dalších výzkumů. Ověřila jsem si tím i svou připomínku, o které se zmiňuji výše, že jsem v úvodu dotazníku měla vypsát, jaké projevy chování patří k agresivnímu jednání. Odpovědi jednotlivých respondentů jsou takovéto:

R1: „Nesoudnost, vulgarismy apod.“

R2: „Neohleduplnost uživatelů vůči ostatním více nemocným uživatelům, někdy až psychická šikana, pomlouvání, apod.“

R4: „Nadměrné užívání alkoholu.“

R5: „S neúctou ke stáří.“

R6: „Zásahy rodiny, kteří chtějí za klienta rozhodovat- samozřejmě pro nás je na prvním místě klient, ale s některými rodinami není téměř možná domluva a dále někdy klient chce, abychom zasahovali do vztahů jejich a jejich rodin, neděláme to, to je věc klienta.“

R8: „Sexuální obtěžování mezi seniory na personál, problémy s toaletou na společenské místnosti- hygiena na společenské místnosti, verbální agrese.“

Toto mi jasně dokazuje u respondenta R1 a R8, že si pravděpodobně neuvědomili, že verbální agrese a vulgarismy jsou jedním z typů agresivního jednání a chování. Více jsem toto popisovala v teoretické části své diplomové práce.

6. Závěr

Senium jako životní etapa s sebou přináší mnohé výzvy. Je třeba, aby se jedinec adaptoval na deterioraci původních schopností, možností, funkcí. Tato deteriorace v případě starých lidí vede ke ztrátě nezávislosti. Jedinec se pak stává závislým na svém bezprostředním okolí, které je na podobnou situaci zpravidla nepřipraveno. Seniu bez duševní nemoci též přináší výzvy psychospirituální. Je to období života spojené s bilancí dosavadního životního příběhu. Přirozeně souvisí s otázkami životních zisků a ztrát, smyslu života, kvality blízkých vztahů. Jedinec se musí adaptovat na výhled konce života, umírání a smrti. Gerontopsychiatrická problematika je o to složitější, že často postihuje to, co je člověku nejvlastnější- jeho osobnost, vzpomínky, komunikaci se svým okolím. Klade na přirozeně sníženou nezávislost další nároky a hendikepuje jedince oproti seniorům bez duševní nemoci v dosažení další péče.

Má diplomová práce se věnovala přístupu sociálních pracovníků v sociálních službách k agresivním klientům v seniorském věku. Výzkumem bylo zjištěno, že nejvíce zkušeností s takovýmto chováním mají sociální pracovníci v domovech pro seniory. V teoretické části diplomové práce se věnuji kapitole, která nám popisuje, jaké faktory u lidí v seniorském věku ovlivňují a podporují agresivní jednání. Jedním z faktorů je vytržení z domácího prostředí a umístění do domova pro seniory. Měli by si toto uvědomit především rodiny těch, kteří žádají o sociální službu pro své rodiče a prarodiče. Sami by si měli položit otázku, zda oni sami by souhlasili s umístěním do domova pro seniory. Také by to mělo vést k rozšíření terénních a komunitních služeb pro seniory v jednotlivých krajích, aby bylo možné zajistit péči o nemocné seniory v jejich přirozeném domácím prostředí. Můžeme si tím odpovédět na otázku, je opravdu transformace sociálních služeb nutná? Ano transformace sociálních služeb je nutná a agresivní chování klientů v domovech pro seniory by se tímto možná mohlo z nějakého procenta zmírnit.

Z výzkumu vyplynulo, že poskytovatelé sociálních služeb mají zpracovanou metodiku pro jednání s agresivními lidmi v seniorském věku a jejich zaměstnanci se těmito pokyny řídí a dodržují je. Při zjištění etického problému agresivního chování u klienta pracují v týmech a hledají nejlepší řešení s ohledem na klienta, ale i poskytovatele sociálních služeb. Těmito závěry jsem tak mohla zodpovědět stanovené cíle a potvrdit stanovené hypotézy.

V závěru bych chtěla moc poděkovat všem respondentům, kteří se mého výzkumu účastnili. Velmi mě potěšili svými obsáhlými odpověďmi a mnohdy i brzkými odpověďmi. Návratnost dotazníků nebyla příliš vysoká, ale pro můj výzkum dostačující.

Osobně jsem pracovala jako sociální pracovník v domově pro seniory a v pečovatelské službě. Sama ze své vlastní zkušenosti mohu porovnat, že více agresivních klientů seniorů bylo v domově pro seniory. Často takové jednání vycházelo z konfliktů mezi klienty, s malou

návštěvností rodin, finančními problémy, zhoršeným zdravotním stavem a soběstačností, špatnou orientací. Bylo těžké s takovými klienty jednat a dále pracovat. V sociálních službách jsem se nesečkala s tím, že by bylo nutné klienta omezit ve volném pohybu a užít restriktivní opatření. Toto měli někteří respondenti ve standardech kvality pro postup při jednání s agresivním klientem uvedené.

Bibliografický seznam

- BANKS, S. *Ethics and Values in Social Work*, Macmillan Press, London, 1995
- BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000.
- EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník* (Sovák, M.). HaH Vyšehradská, s. r. o, 2000.
- FISCHER, Ondřej a René MILFAIT. *Etika pro sociální práci*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2010.
- HAIDT, J. *The new synthesis in moral psychology*. American Association for the Advancement of Science, 2007.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016.
- HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada).
- HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie: Druhé, doplněné a opravené vydání*. 2. Praha 4: TIGIS, spol., 2004.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003.
- JANOUSHKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. 2008, *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostravská univerzita v Ostravě.
- JIRÁK, Roman, DUŠKOVÁ, Jaroslava, MALÁ, Eva, NEUBAUER, Karel, OBENBERGER, Jiří. *Dementia*. Praha 4: MAXDORF, 1999.
- KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010.
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada).
- KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007.
- MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*. vyd. 2. Praha: Portál, 2010.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha 3: Portál, 2003.
- MILFAIT, René. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2012.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada-Avicenum.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997.

- PIDRMAN, Vladimír, KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. Praha 5: Galén, 2005.
- Problematika restriktivních opatření. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2008, 7. 11. 2008 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/1087>
- Příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 sb., o sociálních službách v platném znění.
- RADVAN, Eduard. *Úvod do filosofie*. Brno, 2004.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada).
- SKOBLÍK, Jiří. *Přehled křesťanské etiky*. Praha: Karolinum, 1997.
- Sociální práce/Sociálna práca*, článek Aktivizácia kognitívnych funkcií u seniorov počas individuálnej a skupinovej ergoterapeutickej intervencie v inštitucionálnom prostredí, č. 2/2018
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. Praha: Portál, 2002.
- ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.
- VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada).
- ZASTROW, CH. *The Practice of Social Work*. Publishing Co., Pacific Grove, CA, 1995.

Přílohy

Příloha 1

Dobrý den,

jsem studentka 2. ročníku magisterského studia na Palackého univerzitě v Olomouci. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako výzkum pro moji diplomovou práci, jejíž název je Etický problém v sociální práci se seniory: agresivní klient. Hlavním cílem mé práce je zjistit, jak sociální pracovníci postupují při práci s agresivním klientem v seniorském věku., proto bych Vás chtěla požádat o Vaše zkušenosti v této problematice.

Dotazník je anonymní a je určený sociálním pracovníkům.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Bc. Lucie Kratochová

- 1. V jaké organizaci pracujete:**
 - a. Pobytová sociální služba
 - b. Terénní sociální služba
 - c. Úřad práce

- 2. Setkáváte se při své práci s agresivními klienty v seniorském věku? Pokud ne, dotazník již dále nevyplňujte.**
 - a. Ano
 - b. Ne

- 3. Při prvním kontaktu s klientem a jeho rodinou, dotazujete se na projevy agrese? Pokud ano, jakým způsobem?**

- 4. Pokud získáte informaci, že se agrese u klienta již objevila, jak s touto informací dále nakládáte? Popište své kroky.**

- 5. Pokud se setkáte osobně s agresivním klientem seniorem, jak postupujete?**

6. Je Vámi uvedený postup uvedený v metodice vaší organizace? Pokud ne, krátce popište postup z metodiky.

7. Jakým způsobem při projevech agrese postupuje ostatní personál ve vaší organizaci?

8. Souhlasíte s postupem uvedeným v metodice organizace? Pokud ne, napište proč.

9. Řešíte agresi klienta v týmu? Pokud ano, z jakých odborníků se váš tým skládá?

10. S jakými dalšími etickými problémy se při práci se seniory setkáváte?

Příloha 2

Etický kodex sociálních pracovníků

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho

souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnání, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických

opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),

- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,

- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,

- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,

- při konfliktu klienta a jiného občana,

- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,

- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společnosti,

- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.